



# EN AVOIR POUR NOTRE ARGENT

DES SERVICES ACCESSIBLES AUX PATIENTS  
UN FINANCEMENT DURABLE  
UN SYSTÈME PRODUCTIF  
UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

# EN AVOIR POUR NOTRE ARGENT

DES SERVICES ACCESSIBLES AUX PATIENTS

UN FINANCEMENT DURABLE

UN SYSTÈME PRODUCTIF

UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ  
**EN AVOIR POUR NOTRE ARGENT**

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Février 2008

ISBN 978-2-550-52154-9 (Imprimé)

ISBN 978-2-550-52155-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2008

## LETTRE ET SIGNATURES DES TROIS MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

*Madame la Ministre des Finances,  
Ministre des Services gouvernementaux,  
Ministre responsable de l'Administration gouvernementale  
et Présidente du Conseil du trésor,*

*Monsieur le Ministre de la Santé et des Services sociaux,  
Ministre responsable de la région de la Capitale-Nationale*

*Le 27 juin dernier, le Conseil des ministres confirmait et concrétisait le mandat confié à notre groupe de travail à l'occasion du Discours sur le budget du 24 mai précédent.*

*Au terme de nos réflexions et analyses, nous vous transmettons le rapport issu des travaux entrepris à votre initiative.*

*Nous espérons que les recommandations qui y sont présentées répondront aux attentes que vous avez formulées, et contribueront par là-même à relever le défi majeur que constitue le financement du système de santé du Québec.*

*Comme vous le constaterez, notre groupe de travail n'a pu faire l'unanimité sur l'ensemble des recommandations et propositions présentées dans le rapport. Une position dissidente a été enregistrée par Michel Venne sur trois points précisément identifiés dans le rapport. Cette position est expliquée dans l'une des annexes.*

*Pour préparer ce rapport, notre groupe de travail a bénéficié de l'appui efficace et dévoué de fonctionnaires appartenant au ministère des Finances, au ministère de la Santé et des Services sociaux, au Secrétariat du Conseil du trésor et au ministère du Conseil exécutif. Nous tenons à souligner l'importance et la valeur de cet appui, grâce auquel nos travaux ont été grandement facilités.*

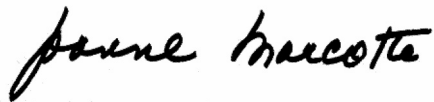
*Nous voulons en particulier souligner le soutien apporté par Brian Girard, secrétaire de notre groupe de travail, par Pierre Côté, secrétaire adjoint, ainsi que par Alain Boisvert, Michèle Bourget, Jacques Cotton et Jean-Pierre Pellegrin.*

*En vous remerciant de la confiance manifestée à notre égard, nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Castonguay' in a cursive style.

*Claude Castonguay*

*Président du Groupe de travail sur le financement du système de santé*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Joanne Marcotte' in a cursive style.

*Joanne Marcotte*

*Vice-présidente du Groupe de travail sur le financement du système de santé*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michel Venne' in a cursive style.

*Michel Venne*

*Vice-président du Groupe de travail sur le financement du système de santé*

# PRÉFACE

Au cours des dernières décennies, de profondes transformations se sont produites dans tous les secteurs d'activité des pays industrialisés. Ces transformations se sont accélérées sous l'influence et les pressions de la libéralisation des échanges et de la mondialisation.

Un tel mouvement a nécessité une adaptation et une modernisation des politiques issues de l'État providence lors de l'après-guerre. Le mandat qui nous a été confié se situe dans une perspective de même nature, puisqu'il s'agit d'adapter les politiques sociales issues de la Révolution tranquille au nouveau contexte économique et à la mondialisation.

## Un mouvement général de changement

Tous les pays industrialisés sont confrontés à la même problématique. Partout, le défi consiste à poursuivre l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins, tout en contrôlant la croissance des dépenses publiques de santé. Depuis une vingtaine d'années et partout dans le monde, les systèmes de santé sont ainsi l'objet de multiples réformes.

Certains pays se sont même littéralement engagés dans un processus permanent de changement. Les pays scandinaves, berceau de la social-démocratie, ont ouvert la voie. Ils ont été suivis dans cette démarche par l'Allemagne, le Royaume-Uni et la plupart des pays industrialisés.

## Le Canada et le Québec

Il faut cependant constater que le Canada et le Québec ne se sont pas engagés dans un tel mouvement de façon aussi systématique. Au Québec, le système de santé a été considéré comme un acquis de la Révolution tranquille, et de ce fait, il a longtemps été perçu comme intouchable. Dans les autres provinces, le système de santé est devenu le symbole de ce qui différencie les Canadiens de leurs voisins américains.

Sur le plan politique, toute remise en question du système et de ses modes de financement risquait d'être dénoncée comme une tentative visant à introduire un système à deux vitesses. Pour contrôler la croissance des dépenses publiques de santé, les gouvernements successifs ont eu ainsi recours à des méthodes de rationnement ainsi qu'à une gouverne autoritaire. Les délais d'attente se sont allongés. La productivité du système a baissé. La motivation des employés du réseau a chuté. L'insatisfaction des citoyens à l'endroit du système de santé s'est accentuée.

On doit ainsi se rendre à l'évidence : aujourd'hui, le système public ne semble pas être en mesure de répondre de façon satisfaisante à la demande des citoyens.

## **Des questions de la plus haute importance**

Notre système de santé soulève des questions qui sont de la plus haute importance. Son avenir préoccupe la majorité des Québécois. Il les affecte à des degrés divers dans leur vie quotidienne.

Sur le plan global, la croissance des dépenses publiques de santé constitue le défi numéro un de nos finances publiques. La santé mobilise déjà près de la moitié des dépenses de programmes du gouvernement. Surtout, elle empiète toujours davantage sur les autres missions de l'État. Le rythme de croissance des dépenses publiques de santé est insoutenable, en raison de toutes les implications qui en découlent. Il s'agit là d'une certitude incontournable.

Au cours des dernières années, des changements importants et judicieux ont été apportés à notre système de santé. Malgré ces changements et l'injection massive de fonds par le gouvernement, la situation pour ce qui est de l'accès aux soins reste nettement insatisfaisante. Quant à la problématique du financement du système, elle demeure entière.

## **Les propositions du groupe de travail**

Conformément au mandat qui nous a été confié, nous avons formulé des propositions qui visent essentiellement à assurer la pérennité du système et à protéger son caractère universel, tout en ramenant la croissance des dépenses publiques de santé à un niveau soutenable.

Il s'agit là d'un objectif extrêmement exigeant. Il l'est d'autant plus que le vieillissement de la population, dans lequel le Québec est largement engagé, va accentuer la pression à la hausse sur les coûts. L'expérience de la dernière décennie nous enseigne qu'il faut éviter que des décisions précipitées et forcément risquées ne soient prises dans un climat de crise.

Nos propositions visent une mise à jour nécessaire de notre système de santé. Elles établissent un sain équilibre entre les droits et les obligations de chacun.

Nous faisons appel au réalisme et au sens des responsabilités de tous. Nous invitons le gouvernement, les professionnels de la santé ainsi que la population à conclure un nouveau contrat social, afin d'assurer à tous les citoyens les soins requis en temps opportun, dans le respect de notre capacité collective de payer.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Lettre et signatures des trois membres du groupe de travail .....</b>	<b>I</b>
<b>Préface.....</b>	<b>III</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>XI</b>
<b>Liste des graphiques.....</b>	<b>XIII</b>

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
---------------------------	----------

## **PREMIÈRE PARTIE**

<b>La vision : un nouveau contrat social .....</b>	<b>7</b>
--	----------

Un appel à la responsabilité .....	7
Des valeurs et des principes.....	10
Des obligations précises pour chacun des acteurs.....	11
Le rôle complémentaire du secteur privé .....	14
Des rôles bien circonscrits .....	15

## **DEUXIÈME PARTIE**

<b>L'état de la situation : le système de santé au Québec et ailleurs.....</b>	<b>17</b>
--	-----------

<b>Chapitre 1 – Le système de santé au Québec : ses forces et ses faiblesses .....</b>	<b>19</b>
--	-----------

1.1 Un système de santé auquel les Québécois sont profondément attachés .....	19
1.2 Des citoyens satisfaits des services rendus, mais un accès difficile et une productivité insuffisante : le système de santé pourrait faire beaucoup mieux.....	26
1.3 La question du financement du système .....	30

<b>Chapitre 2 – Le contexte international : une source d'inspiration pour le Québec .....</b>	<b>39</b>
---	-----------

2.1 Un état de santé toujours meilleur.....	39
2.2 Une valeur commune, des problèmes identiques .....	39
2.3 Des réformes partout engagées.....	42
2.4 La réforme : un processus permanent.....	46



## **TROISIÈME PARTIE**

### **Un cadre de référence : fixer des limites réalistes et équitables ..... 47**

#### **Chapitre 3 – Une limite quantitative : ajuster la croissance des dépenses publiques de santé à celle de la richesse ..... 49**

- 3.1 Des limites qui ont toujours existé ..... 49
- 3.2 L'obligation de faire des choix ..... 51
- 3.3 Se fixer un objectif ..... 54
- 3.4 Prendre les moyens pour atteindre l'objectif fixé ..... 55

#### **Chapitre 4 – Une limite qualitative : délimiter la couverture publique et établir des priorités ..... 59**

- 4.1 La couverture actuelle : incohérente et figée ..... 59
- 4.2 Un mécanisme crédible et légitime ..... 62
- 4.3 Les conditions du succès ..... 66

## **QUATRIÈME PARTIE**

### **Les services : le bon service de santé offert par la bonne personne au bon moment ..... 69**

#### **Chapitre 5 – Vivre en santé et limiter les coûts grâce à la prévention ..... 71**

- 5.1 La prévention et ses effets ..... 72
- 5.2 Des exemples convaincants ..... 74
- 5.3 Investir dans la prévention, individuellement et collectivement ..... 77

#### **Chapitre 6 – Une clinique de santé de première ligne pour tous au Québec ..... 81**

- 6.1 Qu'est-ce que la première ligne ? ..... 82
- 6.2 Le chemin parcouru pour renforcer la première ligne ..... 82
- 6.3 Des efforts encore insuffisants ..... 83
- 6.4 Accélérer le déploiement de cliniques de santé partout au Québec ..... 88
- 6.5 Une cotisation annuelle ..... 91

**Chapitre 7 – Des initiatives pour l'accès aux soins.....95**

- 7.1 Assurer une collaboration étroite entre la première ligne et les autres composantes du système .....95
- 7.2 Faire du secteur privé un allié du secteur public .....99
- 7.3 Des initiatives clairement encadrées..... 107

**Chapitre 8 – Une réponse adaptée au vieillissement et à la perte d'autonomie..... 109**

- 8.1 Quelques idées reçues sur les effets du vieillissement..... 110
- 8.2 L'importance d'une vision à long terme ..... 111
- 8.3 Commentaires concernant un régime d'assurance contre la perte d'autonomie ..... 115
- 8.4 Les soins liés à la perte d'autonomie : la situation au Québec ..... 117
- 8.5 La situation dans les pays de l'OCDE..... 123
- 8.6 Les principaux constats ..... 125
- 8.7 Des orientations pour la prochaine décennie ..... 127

**Chapitre 9 – Des médicaments mieux utilisés dont le coût est contrôlé ..... 135**

- 9.1 Un enjeu thérapeutique et économique majeur ..... 135
- 9.2 Utiliser les médicaments de façon optimale ..... 147
- 9.3 Améliorer les règles de financement du régime général d'assurance médicaments..... 152

**CINQUIÈME PARTIE**

**La mobilisation des moyens : un système de santé productif et efficace .....157**

**Chapitre 10 – La gouvernance : une nouvelle culture à implanter ..... 159**

- 10.1 Notre système de santé du point de vue de sa gouvernance ..... 160
- 10.2 Un changement de culture étayé par des principes ..... 170
- 10.3 Des recommandations et des propositions..... 171
- 10.4 Évaluer la performance, tester de nouvelles voies ..... 185

**Chapitre 11 – Une allocation des ressources incitative et stratégique ..... 189**

- 11.1 Le système actuel d'allocation des ressources..... 189
- 11.2 Une nouvelle approche : l'achat de services ..... 193

## **Chapitre 12 – Une organisation du travail dynamique et efficace.....199**

- 12.1 La situation actuelle : bureaucratisme et affrontements ..... 200
- 12.2 Améliorer les relations de travail grâce à l'organisation du travail..... 205

## **Chapitre 13 – Un organisme crédible et indépendant pour assumer un rôle stratégique : l'Institut national d'excellence en santé .....213**

- 13.1 Des exemples étrangers ..... 213
- 13.2 La situation au Québec ..... 215
- 13.3 Fusionner les organismes existants pour créer l'Institut national d'excellence en santé ..... 217

## **Chapitre 14 – Les nouvelles technologies de l'information, au service du patient et du gestionnaire.....221**

- 14.1 Informatiser le dossier de chaque patient : pour la qualité des soins et l'efficacité de la gestion ..... 222
- 14.2 L'état de la situation..... 224
- 14.3 Partir de la base et mieux coordonner l'ensemble ..... 229

## **SIXIÈME PARTIE**

### **Le financement : voir à long terme, partager les responsabilités .....233**

#### **Chapitre 15 – Des sources de revenus durables et diversifiées.....235**

- 15.1 La situation actuelle ..... 236
- 15.2 Un fonds de stabilisation dédié à la santé..... 241
- 15.3 Les autres sources de financement..... 258
- 15.4 L'impact des mesures proposées sur l'évolution des dépenses et des revenus ..... 262

#### **Chapitre 16 – Une meilleure information, grâce au compte santé.....265**

- 16.1 Les objectifs ..... 265
- 16.2 Les informations présentées dans le compte santé..... 266
- 16.3 Le compte santé, outil de reddition de comptes..... 268
- 16.4 Un exemple de ce que pourrait être le compte santé..... 269

**Chapitre 17 – Une loi inadaptée : la *Loi canadienne sur la santé* ..... 275**

17.1 Le contenu de la *Loi canadienne sur la santé* ..... 275

17.2 Une loi qui gêne l'évolution des systèmes de santé ..... 277

17.3 La nécessaire adaptation de la *Loi canadienne sur la santé* ..... 279

**Conclusion ..... 281**

**ANNEXES**

**Annexe 1 – Les recommandations du groupe de travail ..... 283**

**Annexe 2 – Sommaire de plusieurs propositions de rationalisation..... 293**

**Annexe 3 – La position dissidente..... 297**

**Annexe 4 – Les membres du groupe de travail et l'équipe de soutien..... 305**

**Annexe 5 – Les personnes et organismes rencontrés par le groupe de travail..... 309**

**Annexe 6 – Les études commandées par le groupe de travail ..... 315**



## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Budget de dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux par programme et élément de programme, 2002-2003 et 2007-2008.....	32
TABLEAU 2	Croissance annuelle prévue des dépenses de santé (croissance structurelle), 2008-2018.....	36
TABLEAU 3	Répartition des personnes âgées selon le lieu de résidence au 31 mars 2006.....	117
TABLEAU 4	Coûts des programmes du MSSS couvrant la perte d'autonomie, 2005-2006.....	118
TABLEAU 5	L'hébergement en CHSLD .....	123
TABLEAU 6	Régime public d'assurance médicaments.....	137
TABLEAU 7	Paramètres du régime public d'assurance médicaments.....	138
TABLEAU 8	Évolution des coûts du régime public d'assurance médicaments.....	143
TABLEAU 9	Projection de la croissance du coût des médicaments .....	145
TABLEAU 10	Partage des coûts – Régime public, 2007-2008.....	153
TABLEAU 11	Nombre d'infirmières et de médecins, Canada et provinces, 2006.....	200
TABLEAU 12	Sources publiques de revenus, 2007-2008.....	236
TABLEAU 13	Répartition du financement de la santé selon la source pour certains pays développés, 2004.....	240
TABLEAU 14	Régime d'assurance médicaments du Québec, 2007 – Déductions variant selon la composition du ménage.....	245
TABLEAU 15	Grille de calcul pour la franchise à payer pour un célibataire et un couple avec deux enfants ayant effectué sept visites médicales au cours d'une année – Option 1 .....	252
TABLEAU 16	Grille de calcul pour la franchise à payer pour un célibataire et un couple avec deux enfants ayant effectué sept visites médicales au cours d'une année – Option 2 .....	253
TABLEAU 17	Franchise annuelle maximale – Plafond de la franchise annuelle à 1 % du revenu familial après exemption .....	254
TABLEAU 18	Franchise annuelle maximale – Plafond de la franchise annuelle à 2 % du revenu familial après exemption .....	255
TABLEAU 19	Simulation d'un fonds de stabilisation dédié à la santé – Option 1.....	256
TABLEAU 20	Simulation d'un fonds de stabilisation dédié à la santé – Option 2.....	257
TABLEAU 21	Évolution des dépenses de santé durant la période de stabilisation, 2007-2008 à 2014-2015.....	264
TABLEAU 22	Compte santé et services sociaux – Exemple basé sur les prévisions de l'exercice 2007-2008.....	270
TABLEAU 23	Information complémentaire – Dépenses du réseau – Découpage selon les programmes-services – Vue spécifique sur les secteurs à croissance rapide – Exemple basé sur les dernières données disponibles, 2005-2006.....	271

TABLEAU 24	Information complémentaire – Services avec contributions des usagers – Exemple basé sur les dernières données disponibles, 2005-2006 .....	272
TABLEAU 25	Information complémentaire – Immobilisations – Santé et service sociaux – Exemple basé sur les dernières prévisions, 2007-2008 à 2011-2012 .....	273
TABLEAU 26	Information complémentaire – Mesures fiscales spécifiques à la santé, aux aînés et aux aidants naturels – Exemple basé sur les dernières données disponibles, 2005 à 2008.....	274
TABLEAU 27	Évaluation sommaire de scénarios de révision des frais administratifs et de tarification examinés par le groupe de travail.....	295
TABLEAU 28	Liste des consultations effectuées par le groupe de travail .....	311
TABLEAU 29	Liste des études commandées par le Groupe de travail sur le financement du système de santé.....	317

## LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1	Part du secteur privé dans les dépenses totales de santé au Québec, 1975 à 2007 .....	25
GRAPHIQUE 2	Part du secteur privé dans les dépenses totales de santé pour certains pays industrialisés, 2005.....	25
GRAPHIQUE 3	Proportion de personnes de 12 ans et plus déclarant des besoins non satisfaits en matière de soins de santé, provinces canadiennes et Canada, 2005 .....	27
GRAPHIQUE 4	Dépenses de santé, d'éducation et des autres portefeuilles, 1980-1981 et 2007-2008 .....	34
GRAPHIQUE 5	Augmentation des dépenses de programmes, 2003-2004 à 2007-2008.....	35
GRAPHIQUE 6	Projection des dépenses publiques de santé, 2007-2008 à 2017-2018.....	37
GRAPHIQUE 7	Dettes totales des provinces canadiennes au 31 mars 2007.....	38
GRAPHIQUE 8	Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus et de 75 ans et plus au Québec, 2008 à 2038.....	112
GRAPHIQUE 9	Dépenses de santé du gouvernement du Québec selon l'âge, 2004 .....	112
GRAPHIQUE 10	Tendances dans le pourcentage des lits approuvés pour l'hébergement des personnes âgées par catégorie, Québec, Canada et provinces, 2005.....	121
GRAPHIQUE 11	Projection des dépenses publiques de santé et des revenus consacrés au financement de la santé, 2007-2008 à 2017-2018 .....	263





# INTRODUCTION

Le Groupe de travail sur le financement du système de santé a été mis en place par le gouvernement du Québec à l'occasion du *Discours sur le budget 2007-2008* du 24 mai 2007.

La ministre des Finances annonçait alors « la formation d'un groupe de travail chargé d'examiner les moyens d'assurer un financement adéquat de la santé »<sup>1</sup>, dont la présidence serait confiée à M. Claude Castonguay et les deux vice-présidents nommés après consultation des partis d'opposition.

Dans l'un des documents joints au *Discours sur le budget*, il était précisé que « s'appuyant sur les recommandations de ce rapport, le gouvernement annoncera par la suite un plan d'action afin d'assurer la pérennité du financement de la santé »<sup>2</sup>. La nature du mandat et l'enjeu en cause ont ainsi été clairement précisés dès le départ.

## ❑ Le mandat défini par le gouvernement

Le 27 juin 2007, le gouvernement adoptait un décret précisant le contenu du mandat confié au groupe de travail<sup>3</sup> et nommant comme vice-présidents M<sup>me</sup> Joanne Marcotte et M. Michel Venne.

Le mandat s'énonce comme suit.

« ... le mandat consiste à formuler des recommandations sur les meilleurs moyens à prendre pour assurer un financement adéquat du système de santé.

... le mandat de ce groupe de travail comporte [de plus] les quatre grands volets suivants :

- a) proposer au gouvernement des sources additionnelles de financement pour la santé;
- b) préciser le rôle que le secteur privé peut jouer afin d'améliorer l'accès et de réduire les délais d'attente, et ce, en préservant un système public fort dans le maintien des valeurs qui le caractérisent;
- c) proposer une structure pour un nouveau « compte santé » afin d'améliorer la transparence du financement de la santé, de mieux informer la population et d'illustrer la problématique du financement à moyen terme, en particulier

<sup>1</sup> *Discours sur le budget*, p. 23, *Budget 2007-2008*, mai 2007, Finances Québec.

<sup>2</sup> *Relever le défi du financement de la santé*, p. 19, *Budget 2007-2008*, mai 2007, Finances Québec.

<sup>3</sup> Décret n° 506-2007 du 27 juin 2007, concernant la constitution du Groupe de travail sur le financement du système de santé.

quant au niveau des transferts fédéraux pour la santé;

- d) examiner les modifications qui pourraient être suggérées afin que les ajustements nécessaires soient apportés à la *Loi canadienne sur la santé* (L.R.C. 1985, ch. C-6). »

## ❑ Les principes rappelés par le gouvernement

Dans le décret, le gouvernement précisait également le cadre à l'intérieur duquel devaient se développer les réflexions du groupe de travail.

« ... ce groupe de travail... [doit s'assurer]... que ses recommandations soient compatibles avec les principes qui caractérisent le système de santé québécois depuis sa mise en place, dont :

- a) le maintien d'un régime public de santé fort;
- b) la protection des plus démunis, notamment l'accès aux soins, peu importe leur statut social et leur niveau de revenu;
- c) le maintien de critères de qualité élevés, autant pour le secteur public que pour la prestation privée. »

Le groupe de travail a procédé à une lecture attentive du mandat qui lui était confié.

Les trois principes rappelés par le gouvernement correspondent à des valeurs pleinement endossées par les membres du groupe de travail.

## ❑ Le défi du financement de la santé

Le mandat lui-même est clairement centré sur la question du financement du système de santé et sur le défi que ce financement représente.

Le document publié en même temps que le *Discours sur le budget* explique la nature de ce défi<sup>4</sup>: au Québec comme ailleurs au Canada et dans les autres pays industrialisés, les dépenses de santé exercent une forte pression sur les finances publiques. La croissance des dépenses de santé dépasse largement celle des revenus du gouvernement. À terme, elle menace l'équilibre budgétaire ainsi que le financement des autres missions de l'État. La mise en place du groupe de travail vise justement à apporter des réponses à une situation qui n'est pas soutenable sur une longue période.

---

<sup>4</sup> Relever le défi du financement de la santé, op. cit.

Le groupe de travail est conscient de l'ampleur du mandat qui lui a ainsi été confié par le gouvernement.

Pour y répondre le plus adéquatement possible, il a abordé les différents éléments sur lesquels il était possible d'agir afin d'assurer le financement à long terme du système – qu'il s'agisse de l'organisation même des services offerts à la population, de la façon dont les moyens disponibles sont mobilisés pour assurer ces services ou des mécanismes de financement.

La question du financement du système de santé a ainsi été traitée dans son sens le plus large : le groupe de travail est convaincu que pour assurer ce financement et par là-même la pérennité du système, il faut à la fois agir sur les revenus et sur les dépenses, se fixer des objectifs clairs quant à la couverture publique et sensibiliser les gestionnaires du système, les professionnels de la santé, les travailleurs du secteur comme les citoyens aux enjeux en cause.

Le groupe de travail a bien entendu établi ses recommandations à partir d'une analyse des forces et des faiblesses du système existant au Québec, tout en tirant certaines leçons d'expériences observées dans d'autres pays.

## **□ Santé et services sociaux**

Le groupe de travail n'a pas effectué de distinction entre les soins de santé au sens strict et les services sociaux. Selon sa compréhension du mandat qui lui a été confié, le système de santé auquel le mandat fait référence englobe la santé comme les services sociaux. Dans le rapport, le terme de santé doit ainsi être lu dans son acception la plus large, et recouvre implicitement les services sociaux.

Quant à la portée de la réflexion et de l'analyse, le groupe de travail s'est concentré sur les facteurs de croissance des coûts les plus importants – qu'ils concernent les soins de santé ou qu'ils intéressent les services sociaux.

## **□ Définir un objectif central**

Dès le départ, le groupe de travail a voulu définir un objectif central à sa démarche, illustrant ses priorités et sa vision des choses.

Le groupe de travail considère que le Québec doit assurer la pérennité du système public de santé en augmentant sa productivité et en ajustant la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, et cela, tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services.

Comme on le verra plus loin, cet objectif pourrait constituer le cœur d'un nouveau « contrat social », reconnu comme tel par l'ensemble des Québécois.

## ❑ L'approche privilégiée

Pour répondre au mandat qui lui était confié tout en respectant les délais impartis, le groupe de travail a adopté une approche qu'il a voulue aussi efficace que possible :

- Tout au long de l'automne 2007, et même s'il n'avait pas reçu le mandat de tenir des audiences publiques, le groupe de travail a rencontré un certain nombre de personnes et d'organisations dont les analyses étaient en mesure de nourrir sa réflexion<sup>5</sup>. Le groupe de travail tient à souligner la collaboration qu'il a reçue des personnes contactées. Elles n'ont pas hésité à partager généreusement avec les membres du groupe leurs analyses et leur évaluation de la situation.
- Le groupe de travail a commandé plusieurs études, couvrant des points spécifiques pour lesquels un avis approfondi lui apparaissait nécessaire<sup>6</sup>.
- Le groupe de travail a par ailleurs bénéficié de l'appui d'une équipe efficace et aguerrie, qui ne lui a pas ménagé son soutien<sup>7</sup>.

Le groupe de travail a pris en considération tous les commentaires reçus par écrit ou verbalement. Il s'est tenu informé des déclarations effectuées publiquement sur les questions dont il avait à débattre.

Le groupe de travail a par ailleurs directement bénéficié des différentes consultations publiques tenues au cours des dernières années sur le secteur de la santé.

## ❑ Le plan du rapport

Le rapport lui-même est articulé autour de six parties, reflétant les différentes étapes de la réflexion effectuée.

- Dans une **première partie**, le groupe de travail précise la vision qu'il propose, incarnée dans un nouveau contrat social.
- La **deuxième partie** du rapport est consacrée à l'état de la situation du système de santé au Québec. Le but est de revenir rapidement sur les forces et les faiblesses de ce système, et de les mettre en perspective par rapport au contexte international.
- Dans la **troisième partie**, le groupe de travail définit un cadre de référence, fixant des limites réalistes et équitables au financement public du système de santé.

---

<sup>5</sup> On trouvera la liste des personnes et organismes rencontrés en annexe 5.

<sup>6</sup> Voir en annexe 6 la liste des études commandées par le groupe de travail.

<sup>7</sup> La liste des différents collaborateurs de l'équipe de travail est reproduite en annexe 4.

- La **quatrième partie** du rapport regroupe les propositions énoncées afin d'améliorer les services, le but étant que la bonne personne offre le bon service au bon moment. C'est dans cette partie que l'on trouvera les réflexions du groupe de travail quant au rôle du secteur privé.
- Dans la **cinquième partie** du rapport, le groupe de travail aborde la façon dont les moyens sont mobilisés, soit notamment la gouvernance du système, l'allocation des ressources, l'organisation du travail et l'utilisation des nouvelles technologies de l'information. Le groupe de travail identifie plusieurs pistes afin de faire bénéficier les Québécois d'un système de santé productif et efficace.
- Enfin, la **sixième partie** du rapport aborde le financement du système au sens strict, soit ses sources de revenus, avec la double préoccupation de voir à long terme et de partager les responsabilités. C'est dans cette dernière partie du rapport que sont traités deux points mentionnés explicitement par le gouvernement dans le mandat confié au groupe de travail, soit le compte santé et la *Loi canadienne sur la santé*.

La **conclusion** du rapport revient sur la nature des orientations que le groupe de travail propose, ainsi que sur l'esprit avec lequel ces orientations ont été formulées.

Le rapport comprend par ailleurs **six annexes**, consacrées respectivement :

- aux principales recommandations du groupe de travail (annexe 1);
- à un sommaire de plusieurs propositions de rationalisation (annexe 2)
- à la position dissidente présentée par M. Michel Venne sur trois points du rapport (annexe 3);
- aux membres du groupe de travail et à l'équipe de soutien (annexe 4);
- aux personnes et organismes rencontrés par le groupe de travail (annexe 5);
- aux études commandées et aux documents reçus par le groupe de travail (annexe 6).



# PREMIÈRE PARTIE

## La vision : un nouveau contrat social

Le groupe de travail considère que le temps est venu pour les Québécois de s'entendre autour de ce qui pourrait constituer un nouveau contrat social, visant à assurer la pérennité d'un système auquel tous sont profondément attachés, mais dont le maintien ne pourra être assuré sans un effort vigoureux et une prise de conscience collective des enjeux en cause.

- Ce contrat social constitue d'abord un appel à la responsabilité.
- Il s'appuie sur un certain nombre de valeurs et de principes dans lesquels tous devraient se reconnaître.
- Il s'incarne dans un ensemble d'obligations qui incombent aux principaux acteurs du système.
- Il devrait permettre de lever le véritable tabou que constitue le rôle du secteur privé, en définissant clairement la contribution et les responsabilités que la collectivité s'entend pour lui confier.
- Il inclut une répartition reconnue par tous des responsabilités que chacun des acteurs du système s'engagerait à assumer.

En définissant dès le début de son rapport le contrat social qu'il propose aux Québécois, le groupe de travail aborde la question du financement de la santé au seul niveau qui permettra d'apporter une réponse effective à une question qui nous concerne tous.

## Un appel à la responsabilité

Le contrat social proposé par le groupe de travail découle d'abord d'une réalité évidente : parmi tous nos programmes publics, le système de santé constitue l'expression la plus importante de la solidarité qui unit tous les citoyens afin de répondre collectivement à un des besoins de base de tout être humain.

### ☐ Le système de santé : au cœur de nos solidarités

Comme dans la plupart des pays industrialisés, le système de santé est au cœur des solidarités sur lesquelles les Québécois ont construit leur vie collective. Il constitue un extraordinaire mécanisme de partage du risque et de la richesse.

Créé lors de la Révolution tranquille, il est rapidement devenu la plus importante organisation de services au Québec. Son principe même a été établi sur la base d'un contrat social, selon lequel chacun est appelé à contribuer selon ses moyens au financement d'un système qui doit offrir à tous l'accès aux soins requis par son état de santé.



Lors de la mise en place du système de santé, la conviction était profonde : les Québécois allaient être en quelque sorte libérés financièrement du risque de la maladie, le système de santé universel apparaissant comme un gage de liberté, de sécurité et de développement.

### ❑ Un contrat social en péril

Quarante ans plus tard, cependant, le système de santé traverse une crise de confiance.

- Les patients attendent indûment pour une chirurgie ou à l'urgence.
- Un quart d'entre eux n'ont pas accès à un médecin de famille.
- Les données colligées par le groupe de travail, et sur lesquelles on va revenir plus loin, sont claires à cet égard : notre système est coûteux en fonction de notre richesse collective, et il n'est pas aussi productif qu'il pourrait l'être.

Les citoyens continuent à remplir leur part du contrat en payant des impôts élevés. Ils ont cependant de plus en plus le sentiment de ne pas en avoir pour leur argent. Certains délaissent le système public ou ont perdu confiance en lui, et préconisent désormais des solutions privées.

Le problème est réel et il déborde la question proprement dite de la santé. En mobilisant près de la moitié des dépenses de programmes du gouvernement, la santé est en train d'écraser graduellement les autres missions de l'État.

### ❑ Des réponses inadéquates

Tout le monde est conscient des difficultés du système de santé, et pourtant, la situation ne change pas assez rapidement. La raison en est simple : personne n'ose remettre en question les intérêts particuliers qui sont en jeu.

Il y a également une autre raison à cet immobilisme : nous avons érigé en dogmes certaines caractéristiques de notre système – des caractéristiques qui ont pourtant, depuis longtemps, été remises en question dans d'autres pays.

Au cours des dernières années, nous avons cru pouvoir résoudre les problèmes du système en rationnant les services, ou en y injectant massivement des fonds nouveaux. Ces réponses sont vite apparues inadéquates. Les solutions aux problèmes du système de santé ne passent qu'en partie par le niveau des ressources financières. Elles dépendent bien davantage de la manière dont ces ressources circulent dans le système et sont utilisées.

## ❑ S'élever au-dessus des intérêts particuliers

La première condition pour améliorer notre système public est d'accepter que les fonds y circulent autrement et soient utilisés de manière optimale. Pour remplir cette condition, chaque acteur du système, du citoyen jusqu'au ministre, doit accepter de remettre en question ses acquis et ses préjugés.

- Aujourd'hui, ni les patients, ni les professionnels de la santé ne semblent avoir vraiment conscience des coûts du système.
- La couverture des services par le régime public est incohérente et introduit des iniquités.
- Les incitations présentes dans le système favorisent le statu quo au lieu de récompenser la performance.
- Le gouvernement maintient sur le système une gouvernance centralisée et bureaucratique, qui gêne l'innovation et l'initiative.

Dans ce contexte figé, il ne faut pas se surprendre que les fédérations de médecins autant que les syndicats et les ordres professionnels s'évertuent à défendre leurs parcelles de pouvoir ou leurs privilèges.

Si la bureaucratie et les jeux d'influence avaient pour conséquence une amélioration du système, il n'y aurait personne pour s'en plaindre. Mais ce n'est pas le cas. Le personnel est démotivé. Les médecins sont frustrés. Les patients attendent. Et tous ces problèmes aboutissent dans l'arène politique partisane au lieu d'être résolus par une gestion moderne et efficace.

Cette situation a fini par miner la confiance de la population envers le système public. L'effritement du contrat social des années soixante met en danger notre capacité de maintenir, à long terme, le système de santé dont nous avons besoin.

## ❑ Un objectif : la pérennité du système public

Pour rétablir la situation, le groupe de travail est convaincu qu'il ne faut surtout pas revenir en arrière : on ne doit pas chercher à reproduire les conditions d'il y a quarante ans. On ne peut non plus compter sur des mesures conjoncturelles.

Il faut en fait redéfinir le contrat social sur lequel est fondé notre système de santé, procéder à cette révision de façon graduelle, bien identifier l'objectif à atteindre puis se donner un élan en vue du changement, en s'appuyant à cette fin sur des moyens qui ont fait leurs preuves ailleurs. Il faut enfin placer chacun devant sa responsabilité à l'égard du système de santé.

Ce contrat social doit être conclu autour de l'objectif central précédemment énoncé, soit d'assurer la pérennité du système public de santé en augmentant sa productivité et en ajustant la hausse des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, et cela tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services<sup>8</sup>.

Certains trouveront cet objectif ambitieux, voire audacieux. Justement, notre société a bien besoin ces temps-ci d'ambition et d'audace.

L'objectif est exigeant. Il est réaliste. D'autres sociétés l'ont atteint. Le groupe de travail est persuadé que nous en sommes aussi capables.

## Des valeurs et des principes

Ce nouveau contrat social doit s'appuyer sur un certain nombre de valeurs et de principes.

Le groupe de travail en a identifié six, sur lesquels tous les citoyens devraient s'entendre.

- Le premier principe est celui de l'universalité : les modalités de financement du système de santé doivent favoriser la couverture universelle de la population.
- En deuxième lieu, toute personne doit avoir accès aux soins médicaux et hospitaliers requis par son état de santé, quel que soit son statut socioéconomique ou ses revenus. Il s'agit d'une question de solidarité : les plus démunis doivent être protégés. Cette solidarité doit aussi s'exprimer entre les générations, autant auprès des plus âgés qui souffrent de conditions chroniques, qu'auprès des plus jeunes à qui la société n'a pas le droit de léguer pour l'avenir un fardeau financier indu.
- Le nouveau contrat social doit s'appuyer sur un troisième principe, celui de l'équité. L'équité est comprise ici comme l'équilibre entre ce que chacun est en droit d'attendre et ce qu'on est en droit d'attendre de chacun. Ainsi, si ceux qui ont une plus grande capacité de payer doivent contribuer davantage que ceux qui en ont moins les moyens, ces derniers ne peuvent pas non plus être entièrement dispensés de contribution – dans la mesure bien sûr où cette contribution est calibrée à la hauteur de leurs capacités.
- En quatrième lieu, le système doit respecter un principe d'efficacité. Concrètement, cela signifie que les citoyens doivent en avoir pour leur argent. Il faut que le système produise des services de qualité en quantité suffisante afin de répondre aux besoins, et cela au meilleur coût possible.

---

<sup>8</sup> Voir ci-dessus page 3.

- Le cinquième principe identifié est celui de la responsabilité. Les modalités de financement doivent favoriser l'exercice de la responsabilité de chacun dans ce système – autant celle des patients qui ont un rôle à jouer à l'égard de leur santé personnelle que celle des dispensateurs de soins, qui ont des comptes à rendre.
- Le sixième principe proposé, et non le moindre, est celui de la liberté. Les modalités de financement doivent s'appuyer sur l'autonomie du patient, sur le respect de son intégrité et de sa dignité, ainsi que sur sa capacité et le droit qui lui est reconnu par la loi de choisir par qui, comment et quand il est traité. Ces modalités doivent également favoriser l'autonomie des gestionnaires et prendre en compte la liberté professionnelle des producteurs de soins.

Pour le groupe de travail, il va de soi que ces six principes interagissent, et doivent être interprétés en relation les uns avec les autres.

- Par exemple, il faut que la liberté de choisir son médecin s'exerce de manière responsable, ce qui signifie que le système de financement doit inciter les personnes à utiliser le service le plus approprié pour tenir compte à la fois de la condition du patient et des coûts qui sont engendrés par ce service.
- Si le médecin jouit de la liberté professionnelle, il doit aussi agir de manière responsable et prodiguer les soins appropriés au meilleur coût possible. La liberté professionnelle du médecin est certes un principe important, mais dans des systèmes complexes comme ceux d'aujourd'hui, elle ne peut plus s'exercer sans aucune balise.
- De la même façon, l'universalité ne signifie pas que la couverture s'applique à l'ensemble des services disponibles sur le marché. Le système ne pourra pas produire les meilleurs services aux meilleurs coûts s'il paie par ailleurs pour des services coûteux dont l'efficacité est douteuse.

## Des obligations précises pour chacun des acteurs

Le contrat social proposé par le groupe de travail rappelle que chacun des acteurs du système jouit de droits mais doit respecter des obligations.

### ☐ **Pour les citoyens : prise de conscience des coûts et responsabilité**

Le premier engagement d'un citoyen devrait être d'assumer sa part de responsabilité à l'égard de sa propre santé, en adoptant de saines habitudes de vie et en consultant régulièrement les services de santé.

Ce même citoyen doit contribuer au financement du système de santé en fonction de ses moyens, et de façon complémentaire, en relation avec sa consommation de soins.

Le groupe de travail a ainsi formulé plusieurs recommandations visant à favoriser une prise de conscience par les citoyens des limites du système et de ses coûts. Ces recommandations, sur lesquelles on reviendra plus loin, ont pour objet d'inciter les citoyens à assumer leurs responsabilités par la prévention et par l'inscription auprès d'une clinique de santé et d'un médecin de famille.

### **❑ Pour les professionnels de la santé : qualité et continuité**

La responsabilité principale des professionnels de la santé, et au premier chef des médecins, est de donner le bon service à la bonne personne au bon moment.

- Les professionnels de la santé sont les garants de la qualité des services.
- En retour d'une juste rémunération, ils doivent accepter de se conformer aux meilleures pratiques et de se soumettre à des évaluations.
- Les professionnels de la santé ont également le devoir d'assurer la continuité des soins et la bonne collaboration entre les différentes catégories de professionnels.

Le rapport du groupe de travail contient de nombreuses recommandations visant à inciter les professionnels de la santé à assumer ces responsabilités, telles que l'adoption de protocoles de soins et de guides de pratique ou la conclusion de relations contractuelles avec les établissements<sup>9</sup> et les agences régionales.

### **❑ Pour les gestionnaires : efficacité**

Les gestionnaires sont les gardiens de l'efficacité du système.

En retour d'une reconnaissance plus importante de leur autonomie sur le plan local et d'une juste rémunération, ils ont la responsabilité d'offrir des services efficaces au meilleur coût possible.

Comme on le verra plus loin, le groupe de travail recommande ainsi des changements fondamentaux dans la manière de faire circuler l'argent dans le système public de santé, de façon à récompenser la performance et à sanctionner l'inefficacité.

---

<sup>9</sup> Sur le concept d'« établissement » selon la nomenclature du ministère de la Santé et des Services sociaux, voir ci-après page 20.

## ❑ Pour les groupes d'intérêts : collaboration et désarmement

En 1988, la Commission Rochon avait observé que le système de santé québécois était l'otage des groupes d'intérêts qui s'y sont constitués. Les syndicats, les fédérations de médecins, les associations d'établissements, les ordres professionnels, notamment, exercent dans le système de santé de l'influence, du pouvoir, et souvent y disposent d'une véritable faculté de blocage.<sup>10</sup>

Le système ne pourra pas évoluer si ces différents groupes d'intérêts n'acceptent pas de jeter du lest et de collaborer aux réformes essentielles. Les changements nécessaires ont d'autant plus de chance de réussir s'ils sont mis en œuvre avec l'apport, l'influence et la collaboration des acteurs en présence.

L'absence de collaboration mettrait ainsi le système lui-même en péril.

Les groupes présents devraient en avoir conscience. Le groupe de travail les invite à collaborer. Un désarmement est nécessaire pour assurer la pérennité du système.

## ❑ Pour le gouvernement : cohérence et vision

Le gouvernement a d'abord un devoir de cohérence.

- Une fois établie une politique de santé et de bien-être déterminant les priorités des années à venir, le gouvernement aura à redéfinir un panier de services médicalement requis qui soit clair, bien délimité et révisé sur une base régulière.
- Après avoir établi les limites de l'engagement du système public, le gouvernement devra prendre les moyens pour tenir ses promesses.
- Le gouvernement devra également vérifier la qualité des services dispensés, évaluer la performance du système et mettre en place les incitatifs nécessaires à cet égard.

---

<sup>10</sup> ROCHON, Jean. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Publications du Québec, 1988, 803 p.

Il faut que le ministère de la Santé et des Services sociaux accepte de restreindre son rôle aux grandes fonctions de gouverner, et se retire ainsi de la dispensation des soins.

- Comme on le constatera plus loin, le groupe de travail a formulé de très nombreuses propositions visant à modifier la gouvernance du système, de manière à laisser aux dispensateurs de soins, au niveau local, puis aux agences régionales, la responsabilité et l'autonomie nécessaires pour effectuer ce travail.
- Le ministère doit réduire le poids de la bureaucratie et s'inscrire dans une dynamique nouvelle que le groupe de travail étaye tout au long de son rapport.

C'est enfin la responsabilité du gouvernement que de veiller à doter le système de soins des ressources financières dont il a besoin, et cela sur une base prévisible. Le système a trop souffert ces dernières années d'une évolution du financement en montagnes russes. Le groupe de travail a formulé des recommandations afin d'assurer un financement durable, équitable et prévisible.

La responsabilité de l'État fédéral est elle aussi interpellée. Le gouvernement fédéral doit assouplir les exigences contenues dans la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral doit assurer sa part du contrat social par un financement stable.

## **Le rôle complémentaire du secteur privé<sup>11</sup>**

On ne peut définir un nouveau contrat social à l'égard de la santé sans inclure une réflexion sur le rôle du secteur privé. Une telle réflexion est d'ailleurs explicitement mentionnée dans le mandat du groupe de travail.

### **❑ Aux antipodes de la privatisation**

Pour le groupe de travail, l'apport du secteur privé doit être considéré comme une ressource complémentaire : il s'agit de donner aux Québécois une plus grande liberté de choix sur la façon de répondre à leurs besoins de soins, tout en apportant des appoints essentiels au système public et en y introduisant des éléments qui en favoriseront le dynamisme et l'émulation.

Cette vision se situe aux antipodes de la privatisation.

Le groupe de travail est convaincu que l'on peut attribuer un rôle au secteur privé, tout en respectant les fondements du système public. Il s'agit en fait de reconnaître le secteur privé comme un allié du système public, en délimitant bien son rôle, au lieu de continuer de le considérer inutilement comme une menace.

---

<sup>11</sup> Voir la position dissidente de M. Michel Venne portant sur certains éléments reliés à cette question à l'annexe 3, page 297.

## ❑ La participation du secteur privé

Le rapport du groupe de travail comporte plusieurs propositions à l'égard du secteur privé. Elles font partie intégrante du contrat social proposé.

Ces propositions concernent l'organisation des soins de première ligne, les cliniques spécialisées, la pratique médicale, l'assurance des personnes, l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie et les services d'aide à domicile.

Elles s'accompagnent du souhait que les changements proposés et ceux qui s'inscrivent dans la continuité des ouvertures déjà effectuées par le gouvernement fassent l'objet d'une évaluation après cinq ans, afin de vérifier :

- si les soins prodigués le sont à un coût compétitif par rapport à celui des interventions faites en établissement;
- si les critères de qualité et de sécurité sont bel et bien respectés;
- si ces changements ont ou non un effet sur la disponibilité de ressources humaines compétentes pour les établissements publics.

## Des rôles bien circonscrits

Aucun des éléments du contrat social que l'on vient de présenter ne remet en cause les fondements de notre système public de santé.

Bien au contraire, la proposition principale formulée par le groupe de travail consiste à convier les Québécois à renouveler leur confiance dans le système public dans le cadre d'une vision collective des choses, qui engage la responsabilité de chacun des acteurs du système – du citoyen jusqu'au ministre.

Comme on vient de le constater, le contrat social proposé implique que chacun ait un rôle à jouer et des obligations à respecter.

- Pour le citoyen, il s'agira d'assumer sa part de responsabilité à l'égard de sa propre santé et de prendre conscience des coûts des soins qui lui sont prodigués par le système public.
- Le médecin et les autres professionnels de la santé devront plus que jamais assurer la qualité des soins et se conformer aux meilleures pratiques dans le cadre d'une collaboration interdisciplinaire.
- L'engagement attendu du gestionnaire va également de soi. Il lui faudra assurer une organisation efficace et efficiente des soins.
- Pour les groupes d'intérêts, les syndicats, les fédérations de médecins, les associations et les ordres professionnels, le groupe de travail appelle ces organisations à collaborer à la mise en œuvre des réformes nécessaires.



- Du côté du gouvernement, l'engagement demandé est tout aussi clair, et devrait là aussi s'imposer de lui-même. Il faut que le gouvernement définisse clairement et de façon transparente la portée du système public, et qu'il prenne ensuite tous les moyens requis pour tenir ses promesses.
- Au sein de l'État québécois, le ministère de la Santé et des Services sociaux doit accepter de laisser de l'autonomie aux responsables locaux.
- L'État fédéral est lui aussi interpellé, afin qu'il réduise les contraintes qu'il impose aux provinces et qu'il maintienne un financement stable.
- Le secteur privé est invité à jouer un rôle complémentaire, dans un cadre bien défini.

## DEUXIÈME PARTIE

### L'état de la situation : le système de santé au Québec et ailleurs

Il était important pour le groupe de travail d'engager sa réflexion en dressant d'abord un état de la situation actuelle du système de santé au Québec, telle qu'il la perçoit.

- Dans un **premier chapitre**, le groupe de travail a ainsi tenté d'établir les forces et les faiblesses de ce système.
- Le **chapitre 2** est consacré au contexte international, avec pour objectif de dégager des sources d'inspiration éventuellement applicables à la situation québécoise.



# CHAPITRE 1 – LE SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC : SES FORCES ET SES FAIBLESSES

Le système de santé existant au Québec est le principal programme public mis en place et administré par l'État québécois, en termes de coût. Le système que nous connaissons aujourd'hui est l'aboutissement d'une évolution qui s'est étalée sur plusieurs décennies.

Il importe de revenir sur plusieurs de ses succès, avant de souligner ses deux principales faiblesses – soit son accès difficile et sa productivité insuffisante – puis d'aborder la question du financement du système, au centre même du mandat du groupe de travail.

## 1.1 Un système de santé auquel les Québécois sont profondément attachés

Près de 80 % de la population québécoise bénéficie chaque année de services médicaux. Cette simple statistique illustre l'ampleur de l'utilisation du système de santé, en même temps que la charge qui en résulte pour répondre aux besoins des citoyens.

La population québécoise est en fait profondément attachée au système public de soins de santé. L'accès universel à des soins de santé est graduellement devenu une valeur fondamentale de notre société.

### □ Cinq grandes dates

Le système de santé actuellement en place au Québec est l'un des acquis de la Révolution tranquille.

Cinq grandes dates jalonnent la mise en place du système que nous connaissons aujourd'hui.

- En 1961 était adopté le programme d'assurance hospitalisation. Ce programme assure le financement des soins hospitaliers de courte durée et de services diagnostiques de laboratoire et de radiologie.
- La plus importante réforme a eu lieu en 1970, avec la création du système de santé et la mise en place du régime d'assurance maladie. Ce régime consacre le principe d'accessibilité universelle aux soins de santé et aux services sociaux.
- En 1992, le gouvernement régionalisait le système par la création des régies régionales de la santé et des services sociaux, avec comme principale mission d'organiser les services sur leur territoire ainsi que d'allouer les budgets aux établissements.

- En 1997, la couverture du système a été élargie avec la mise en place du régime d'assurance médicaments. Il s'agit d'un régime mixte, public-privé, garantissant à l'ensemble des citoyens un accès équitable aux médicaments requis par leur état de santé.
- En 2004 – on y revient ci-après – le gouvernement créait les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, avec comme objectif de mieux coordonner les services pour les rendre plus accessibles.

#### **Le système de santé du Québec : quelques statistiques (en 2006-2007)<sup>(1)</sup>**

- 297 établissements institutionnels, dont :
  - 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS);
  - 29 Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dont cinq ont un statut universitaire (CHU).
- 2 000 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes (incluant plus de 130 groupes de médecine de famille et 23 cliniques-réseau).
- 7 710 médecins omnipraticiens, 8 160 médecins spécialistes et 2 360 médecins résidents.
- 238 500 employés dont 100 550 infirmiers et infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires.
- Près de 6 millions de personnes ayant reçu des services médicaux<sup>(2)</sup>.
- Plus de 632 000 hospitalisations et plus de 462 000 chirurgies effectuées<sup>(2)</sup>.
- Plus de 284 000 personnes ayant reçu des soins de santé à domicile, dont plus de 157 000 personnes âgées en perte d'autonomie<sup>(2)</sup>.

(1) *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, ministère de la Santé et des Services sociaux.

(2) Statistiques tirées du *Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Données plus récentes non disponibles.

#### **Le concept d'« établissement », pour le ministère de la Santé et des Services sociaux**

Dans la nomenclature définie par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le terme d'« établissement » fait référence :

- aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui regroupent les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et certains hôpitaux,
- aux hôpitaux (Centres hospitaliers – CH),
- aux Centres affiliés universitaires (par exemple, les Centres hospitaliers affiliés, CHA),
- aux Centres hospitaliers universitaires (CHU),
- aux instituts (tels que l'Institut de cardiologie, l'Institut de gériatrie ou les instituts universitaires),
- aux centres de réadaptation (par exemple, le Centre de réadaptation en déficience physique, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle ou le Centre de réadaptation en toxicomanie),
- aux Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse.

## ❑ Les évolutions les plus récentes

Le système de santé québécois a connu de nombreuses réformes, visant toutes à rendre plus efficaces les structures administratives et à améliorer l'organisation des soins. Le groupe de travail souhaite simplement rappeler ici les plus récentes d'entre elles.

### ■ La consolidation du réseau et le renforcement de la première ligne

Afin de favoriser une meilleure prise en charge des patients et de mieux coordonner les interventions, deux changements ont été mis en œuvre au cours des dernières années :

- En 2001 était annoncée la création des premiers groupes de médecine de famille<sup>12</sup>. Le déploiement des groupes de médecine de famille s'est accéléré depuis cette date. Ce concept a été adapté aux réalités urbaines pour prendre la forme de ce que l'on appelle des « cliniques-réseau ».
- En 2004, le gouvernement regroupait les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les hôpitaux dans 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS)<sup>13</sup>. Les CSSS sont des pourvoyeurs de soins, assurant la coordination entre les différents organismes situés sur leur territoire.

### ■ Le renforcement des soins de santé mentale de première ligne

En 2005, le gouvernement entamait la décentralisation des services de santé mentale vers la première ligne. Le plan d'action<sup>14</sup> mis en œuvre alors vise à renforcer les soins de santé mentale de première ligne destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux modérés ou courants, en cohérence avec le développement des services de première ligne en santé physique. Sa réalisation représente un défi considérable, compte tenu de la forte concentration des ressources dans les services spécialisés de deuxième et troisième lignes.

### ■ L'amélioration des services de protection de la jeunesse

Au cours des dernières années, des efforts importants ont été consacrés afin d'améliorer les services de protection de la jeunesse. Depuis 1998, on note ainsi une réduction de près de 80 % des listes d'attente à l'évaluation. En 2006, des modifications majeures ont été apportées à la *Loi sur la protection de la jeunesse*,

---

<sup>12</sup> La création des groupes de médecine de famille fait suite à l'une des recommandations de la Commission Clair.

<sup>13</sup> *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.

<sup>14</sup> Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

dans le but notamment de favoriser la continuité et la stabilité pour les enfants, de s'assurer du caractère exceptionnel de l'intervention de l'État dans la vie des familles et de promouvoir la participation active de l'enfant et de ses parents aux décisions qui les concernent.

### ■ La réduction du temps d'attente

Des efforts importants – essentiellement d'ordre financier – ont été consentis pour réduire les délais d'attente dans l'obtention de soins dans le réseau public de santé.

Ces efforts donnent déjà des résultats mesurables :

- En 2003, on dénombrait 44 000 personnes en attente d'une intervention chirurgicale depuis plus de six mois.
- À l'automne 2007, le nombre de personnes en attente d'une telle intervention avait diminué de moitié et s'établissait à 22 000.
- On note également un progrès important en radio-oncologie et en cardiologie.

### ■ La loi 33

En décembre 2006, le gouvernement faisait adopter la loi 33<sup>15</sup>. Cette loi prévoit l'instauration, dans un centre hospitalier, d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services.

La loi comprend de plus les dispositions suivantes :

- Un régime juridique d'exercice des activités médicales dans les centres médicaux spécialisés est défini, afin d'en assurer la qualité et la sécurité. Avec la loi, un centre médical spécialisé peut dispenser les services médicaux que détermine le ministre par règlement.
- Un établissement qui exploite un centre hospitalier peut s'associer à une clinique médicale, la clinique médicale associée, afin d'y faire dispenser des services médicaux spécialisés à ses patients. Cette initiative a pour objectif de libérer les blocs opératoires des hôpitaux des cas les moins lourds.
- Une personne peut conclure un contrat d'assurance privée couvrant le coût de chirurgies spécifiquement mentionnées dans la loi. Elles doivent être effectuées dans un centre spécialisé où exercent exclusivement des médecins non participants au régime d'assurance maladie.

---

<sup>15</sup> Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

## ■ La révision de certaines pratiques dans l'organisation du travail

En décembre 2003, le gouvernement obtenait l'adoption de la loi 30<sup>16</sup>, élaborée afin de réduire le nombre d'unités d'accréditation syndicale et de décentraliser au niveau local les négociations de certaines dispositions des conventions collectives<sup>17</sup>.

Le but poursuivi était de permettre une organisation plus efficace du travail et de répondre plus directement aux besoins particuliers des établissements.

## ■ Des mesures incitatives dans les ententes conclues avec les médecins

Le gouvernement a conclu en 2007 des ententes avec les médecins spécialistes et les médecins omnipraticiens. Ces ententes lient une part importante des hausses salariales accordées à des plans d'amélioration de l'accessibilité aux services. L'objectif est qu'au cours des prochaines années, la mise en œuvre se traduise par une plus grande disponibilité des médecins ainsi qu'une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables.

## □ Un système dont le mode de financement a peu changé

Contrastant avec les nombreuses réformes apportées au cours des années aux structures administratives et à l'organisation des soins, le mode de financement de notre système de santé n'a que peu évolué.

## ■ Un système public presque exclusivement financé par la fiscalité générale

Au Québec, les dépenses publiques de santé sont financées à un peu plus de 60 % par les impôts généraux (transferts fédéraux exclus), soit à partir des sources de revenus qui servent également à financer l'ensemble des missions de l'État<sup>18</sup>. On trouve un modèle de financement analogue au Royaume-Uni et en Australie, de même que dans le reste du Canada.

Dans des pays tels que l'Allemagne, la France, le Japon ou les Pays-Bas, le financement du système de santé provient de caisses créées à cette fin. Les ressources consacrées à la santé sont ainsi séparées des revenus servant à financer les autres missions de l'État.

---

<sup>16</sup> *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic.*

<sup>17</sup> Plusieurs des dispositions de la loi 30 ont été invalidées par la Cour supérieure du Québec le 30 novembre 2007. Le gouvernement a fait appel de cet arrêt le 21 décembre 2007.

<sup>18</sup> Voir ci-après, page 236.



## ■ Une rémunération majoritairement à l'acte pour les services médicaux

Depuis l'adoption du régime d'assurance maladie, en 1970, les médecins reçoivent la majeure partie de leur rémunération en fonction du nombre d'actes posés : c'est ce que l'on appelle la rémunération à l'acte.

Au cours des vingt dernières années, différentes recommandations ont été présentées au gouvernement afin de modifier le mode de rémunération des médecins, notamment pour favoriser la prise en charge et le suivi systématique des patients<sup>19</sup>. Ces recommandations n'ont été que partiellement reprises par le gouvernement. On constate cependant le développement récent d'autres types de rémunération – telle la rémunération à forfait. Ces types de rémunération représentent actuellement 22 % de la rémunération totale des médecins<sup>20</sup>.

## ■ L'introduction progressive d'un nouveau mode d'allocation des ressources sur le plan régional

À partir de 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux a introduit progressivement un nouveau mode d'allocation des ressources sur le plan régional<sup>21</sup>. La répartition des ressources est effectuée en tenant compte des besoins de la population et des caractéristiques cliniques régionales<sup>22</sup>. L'objectif poursuivi est d'améliorer l'équité interrégionale.

## ■ Une forte proportion des budgets des établissements encore établie sur une base historique

Par contre, les ressources budgétaires affectées au système de santé sont réparties le plus souvent entre les établissements selon une méthode dite historique, c'est-à-dire en indexant les dépenses des établissements de l'année précédente<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> On fait notamment référence aux recommandations du Groupe de travail sur la rémunération des professionnels de la santé (1980), de la Commission Rochon (1988) et de la Commission Clair (2000).

<sup>20</sup> Donnée provenant de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

<sup>21</sup> Voir ci-après, page 190.

<sup>22</sup> La méthode utilisée est la méthode dite « Diagnosis Related Group » (DRG).

<sup>23</sup> Voir ci-après, page 191.

## ■ Des dépenses de santé assumées en partie de façon privée

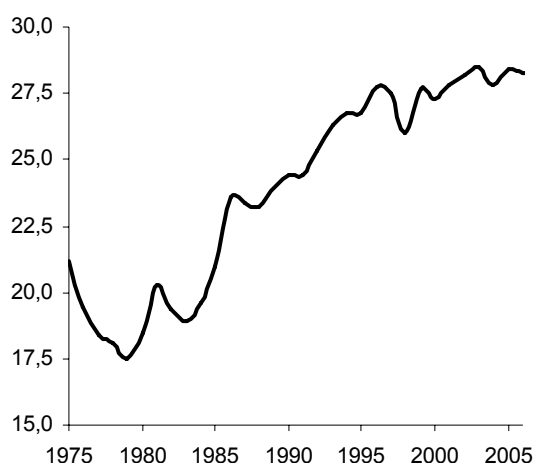
Une part importante des dépenses de santé est assumée de façon privée par les citoyens – directement ou par l’entremise d’une assurance privée – et ce phénomène n’est pas nouveau.

- En 1975, le secteur privé représentait 21,2 % des dépenses totales de santé au Québec<sup>24</sup>.
- Après avoir diminué pendant quelques années, cette part a augmenté régulièrement à partir de 1985, mais semble plafonner depuis 2000. En 2007, elle atteignait 28,3 %<sup>25</sup>.
- Si on compare la part du secteur privé dans les dépenses totales de santé de certains pays industrialisés, on constate qu’en 2005, cette part s’établissait à 28,4 % au Québec, soit deux fois plus qu’au Royaume-Uni et qu’en Suède, et davantage qu’au Japon, qu’en France et qu’en Allemagne<sup>26</sup>. Par contre, cette part était moins élevée qu’en Australie et qu’aux États-Unis.

GRAPHIQUE 1

### Part du secteur privé dans les dépenses totales de santé au Québec, 1975 à 2007

(en pourcentage)

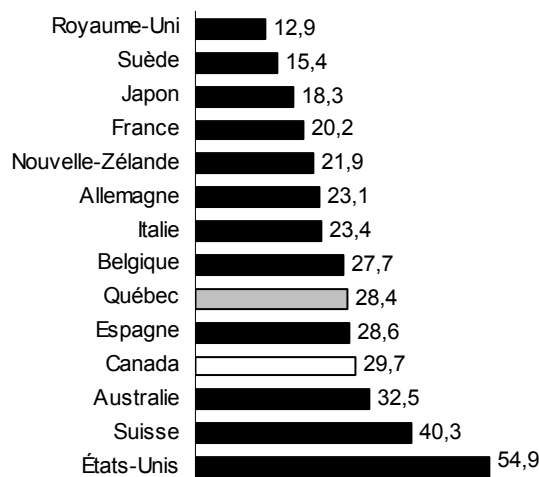


Source : ICIS.

GRAPHIQUE 2

### Part du secteur privé dans les dépenses totales de santé pour certains pays industrialisés, 2005

(en pourcentage)



Sources : Eco-Santé OCDE 2007 et ICIS.

<sup>24</sup> ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007.

<sup>25</sup> ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007.

<sup>26</sup> Éco-Santé, OCDE, 2007.

## **1.2 Des citoyens satisfaits des services rendus, mais un accès difficile et une productivité insuffisante : le système de santé pourrait faire beaucoup mieux**

Le système de santé du Québec offre une gamme de services très large aux citoyens, avec un niveau de qualité élevé et sans égard à la capacité de payer de chacun des bénéficiaires. Dans leur immense majorité, les citoyens se disent satisfaits ou très satisfaits des services rendus, une fois qu'ils ont reçu ces services.

Le problème est là : les citoyens québécois n'ont pas facilement accès aux services de leur système de santé. On constate par ailleurs que sur le plan de la productivité, le système de santé du Québec se positionne mal par rapport à ce que l'on observe dans plusieurs autres juridictions.

### **□ Une satisfaction élevée, par rapport aux services rendus**

Le 10 janvier dernier, le ministère de la Santé et des Services sociaux rendait public un sondage réalisé par l'Institut de la statistique du Québec, confirmant le haut taux de satisfaction des Québécois par rapport aux services reçus par leur système de santé<sup>27</sup>.

Selon l'enquête réalisée en 2006-2007, 93 % des citoyens sont satisfaits ou très satisfaits des services qu'ils ont reçus (33 % se sont dits satisfaits et 60 % très satisfaits).

Cette enquête fournit une photographie encourageante de l'état d'esprit de ceux des citoyens qui ont bénéficié des services offerts par notre système de santé.

Encore faut-il y avoir accès, et pour ce qui est des services offerts, les faiblesses du système de santé se situent essentiellement sur le plan de leur accessibilité.

### **□ Un accès difficile aux soins**

En matière d'accessibilité aux soins, les citoyens québécois sont moins bien servis que ceux des autres provinces. Malgré des améliorations récentes, cette réalité persiste.

— C'est au Québec que la proportion de la population ayant un médecin de famille régulier est la plus faible au Canada : cette proportion s'établit à 75 %, comparativement à 95 % en Nouvelle-Écosse et 86 % dans l'ensemble du Canada<sup>28</sup>.

---

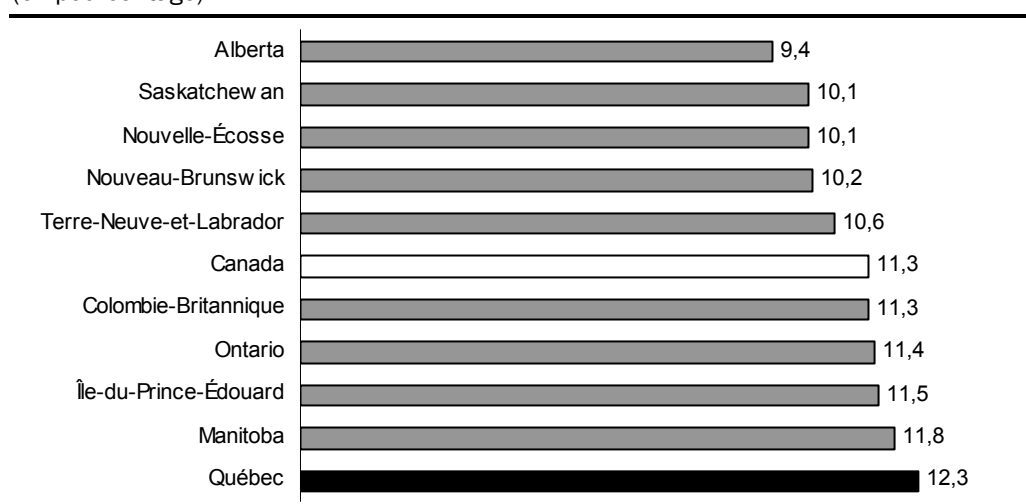
<sup>27</sup> *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*, Institut de la statistique du Québec, décembre 2007.

<sup>28</sup> *Indicateurs de la santé, 2006*, Statistique Canada et ICIS, n° 82-221-XIF.

- Les Québécois doivent attendre en moyenne 19,4 semaines entre le moment de la visite chez le médecin et le moment de subir une chirurgie ou de recevoir un traitement thérapeutique, comparativement à 15,0 semaines en Ontario et 18,3 semaines dans l'ensemble du Canada<sup>29</sup>.
- Selon l'Institut national de santé publique, « c'est au Québec que la proportion de personnes déclarant des besoins non satisfaits en matière de soins de santé est la plus élevée, parmi les provinces canadiennes »<sup>30</sup>.

### GRAPHIQUE 3

**Proportion de personnes de 12 ans et plus déclarant des besoins non satisfaits en matière de soins de santé, provinces canadiennes et Canada, 2005**  
(en pourcentage)



Source : *La santé au Québec, comparée, analysée et interprétée*, Comparaisons canadiennes, Institut national de santé publique du Québec.

- Ce constat est d'autant plus significatif que le Québec est l'une des juridictions au Canada où le nombre de médecins par habitant est le plus élevé. En 2006, le Québec comptait ainsi 215 médecins pour 100 000 habitants, comparativement à 190 médecins dans l'ensemble du Canada<sup>31</sup>.
- De nombreuses personnes âgées en perte d'autonomie sont en attente d'une place en CHSLD et occupent des lits de soins aigus en centres hospitaliers, d'ici à ce qu'une place leur soit trouvée.

<sup>29</sup> *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*, 17<sup>th</sup> Edition, The Fraser Institute, octobre 2007.

<sup>30</sup> Institut national de santé publique du Québec, citant *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005*, Statistique Canada.

<sup>31</sup> Voir ci-après, tableau 11, page 200.

- Le Québec, comme beaucoup d'autres sociétés industrialisées, connaît une progression importante du nombre de personnes âgées. On compte aujourd'hui environ un million de personnes de 65 ans et plus, et quelque 400 000 viendront s'y ajouter d'ici dix ans. La proportion des personnes âgées au Québec passera ainsi au cours de cette période de 14 % à 20 %.
- Environ une personne âgée sur cinq a besoin de services en raison d'une incapacité, et près de 4 % sont hébergées dans un Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)<sup>32</sup>. Le nombre croissant de personnes âgées pose un défi important en termes de dispensation des services à domicile.

## ❑ La productivité du système de santé est insuffisante

Par ailleurs, la productivité du système de santé soulève de nombreuses interrogations.

Une récente étude du CIRANO<sup>33</sup> révèle que le Canada et le Québec figurent au sein d'un groupe de pays de l'OCDE où la productivité dans la dispensation des soins médicaux et du système de santé en général a régulièrement diminué, entre 1995 et 2003.

Plus précisément, on constate :

- qu'il n'y a eu aucune évolution du nombre de visites chez le médecin durant la période étudiée;
- une baisse significative du nombre d'examen médicaux effectués par rapport au nombre de médecins;
- des temps d'attente plus élevés qu'en 1999 entre la visite chez un médecin généraliste et un traitement.

La faible productivité des systèmes de santé canadien et québécois se confirme lorsque l'on compare la performance générale du système par rapport à d'autres juridictions.

- En 2000, une étude de l'Organisation mondiale de la santé classait le Canada au 30<sup>e</sup> rang parmi les 191 pays membres, devant les États-Unis (placés au 37<sup>e</sup> rang), mais loin derrière la France (classée au premier rang), le Royaume-Uni (18<sup>e</sup> rang) et la Suède (23<sup>e</sup> rang)<sup>34</sup>.

<sup>32</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, p. 9.

<sup>33</sup> *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE*, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), Joanne Castonguay, Claude Montmarquette, Iain Scott, septembre 2007.

<sup>34</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*. Genève : OMS, 2000, pages 174-177.

- En 2007, le Commonwealth Health Fund<sup>35</sup> publiait une étude qui plaçait le Canada avant-dernier sur sept pays en matière d'accès aux soins<sup>36</sup>.

Selon cette étude, le Canada et les États-Unis sont les derniers des sept pays analysés en matière de coordination des soins.

C'est dans ces deux pays que la transmission de l'information entre les médecins spécialistes, les hôpitaux et les médecins de première ligne fait le plus défaut. C'est également dans ces pays où les probabilités sont les plus grandes de voir les patients répéter plusieurs fois leur cas à différents professionnels, reprendre les mêmes tests parce qu'ils sont prescrits par autant de professionnels ou se rendre au cabinet d'un médecin sans que les résultats d'examen n'aient pu être acheminés en temps opportun ou que leurs dossiers médicaux ne soient disponibles.

Ce constat d'inefficacité dans la coordination des soins n'est pas surprenant, sachant que c'est au Canada que les cabinets de médecins de première ligne disposent le moins de dossiers médicaux informatisés et profitent donc le moins des avantages qu'ils procurent dans la gestion de leur pratique et le suivi de leurs patients. Le taux d'utilisation de dossiers électroniques des patients par les médecins de première ligne au Canada s'élève ainsi à 23 %, alors que dans plusieurs autres grands pays ce taux peut atteindre 80 % et plus<sup>37,38</sup>.

- En février 2006, le Conference Board du Canada faisait paraître une étude classant les provinces canadiennes à partir de 119 indicateurs de santé publique. Le Québec y figurait en milieu de peloton, derrière la Colombie-Britannique, l'Alberta et la Saskatchewan classées respectivement aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> rangs<sup>39</sup>.

Le système de santé québécois est confronté à de graves problèmes pour ce qui est des ressources humaines.

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux estime qu'il manque actuellement 3 000 infirmières au Québec, et que ce nombre pourrait grimper à 10 000 en 2014 et à 17 000 en 2019<sup>40</sup>.

---

<sup>35</sup> *Toward Higher Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries*, The Commonwealth Health Fund, 2007.

<sup>36</sup> Les autres pays sont l'Allemagne, l'Australie, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

<sup>37</sup> *Exploring Technological Innovation in Health Systems*, Centre for Health Care and Innovation, Health Care and Wellness, The Conference Board of Canada, August 2007.

<sup>38</sup> PROTTI, Denis, *Comparison of Information Technology in General Practice in 10 Countries*, Electronic Healthcare, 2007.

<sup>39</sup> *Healthy provinces, healthy Canadians: a provincial benchmarking report*, The Conference Board of Canada, February 2006.

<sup>40</sup> *Projection de la main-d'œuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2005, p. 29.

- La proportion des heures travaillées en heures supplémentaires par rapport au total des heures travaillées par les infirmières est passée de 1,71 % pendant les années 1985-1986 à 1995-1996 à 4,55 % en 2005-2006.

## 1.3 La question du financement du système

Le système de santé du Québec, avec ses forces et ses faiblesses, est confronté à un problème de fond – soit toute la question de son financement.

- De 1995 à 2003, le système a traversé une succession de crises, liées à son sous-financement.
- Depuis cette date, le secteur de la santé constitue la première priorité du gouvernement, sur le plan financier. On se trouve cependant confronté à un autre problème, résultant du fait que les dépenses publiques consacrées à la santé croissent plus rapidement que la richesse collective et les revenus de l'État.

### 1.3.1 Une succession de crises

De 1995 à 2003, le système de santé québécois a traversé une succession de crises de nature financière, que l'on peut se contenter de rappeler.

- À partir de 1995-1996, le gouvernement fédéral a réduit de façon significative la contribution financière qu'il apportait aux provinces afin d'assurer les soins de santé. En 1977-1978, le gouvernement fédéral finançait 24 % du total des dépenses publiques en santé. En 2000-2001, cette proportion n'était plus que de 11,2 %.

L'entente sur la santé conclue en 2004 a permis de rétablir la part du financement du gouvernement fédéral à un niveau comparable à celui de 1977-1978. Entretemps cependant – entre 1994-1995 et 1997-1998 –, les coupures du gouvernement fédéral ont forcé le Québec à effectuer des restrictions budgétaires importantes dans le réseau de la santé.

- En 1996, l'Assemblée nationale adoptait à l'unanimité la *Loi sur l'élimination du déficit et l'équilibre budgétaire*. Couplée au désengagement fédéral, l'application de la loi a forcé le gouvernement à procéder à d'importantes compressions dans les dépenses – y compris dans les dépenses de santé. Entre 1994-1995 et 1997-1998, les crédits budgétaires consacrés à la santé et aux services sociaux ont été gelés ou réduits.
- Parmi les mesures mises en place pour atteindre le déficit zéro, le programme de départs volontaires à la retraite a directement affecté le réseau de la santé. Ce programme a notamment entraîné le départ de 4 200 infirmières en 1996, puis de 1 200 médecins – dont 720 médecins spécialistes – en 1997

et 1998<sup>41</sup>, ce qui a eu des effets profonds et encore perceptibles sur le fonctionnement du réseau.

- Les mesures de restriction budgétaire ont été mises en place alors même que s’amorçait l’élément central des recommandations formulées par la Commission Rochon, soit le virage ambulatoire. La mise en place du virage ambulatoire a été considérablement freinée par la réduction des ressources financières disponibles.

Qu'appelle-t-on services ambulatoires ?
Les services ambulatoires sont les soins et services diagnostiques et thérapeutiques qui sont donnés sur une base externe, tels que dans des bureaux de professionnels et des cliniques externes, par opposition aux soins dispensés et aux services rendus à des patients hospitalisés.  Le terme « soins ambulatoires » implique généralement que le patient se présente dans un lieu donné pour recevoir des soins et services et repart le jour même.

### 1.3.2 La reprise de la croissance des dépenses publiques de santé

En 2007-2008, le budget de dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux a atteint 23,9 milliards de dollars, ce qui représente une augmentation de 6,3 % par rapport à 2006-2007.

Depuis 2002-2003, ce budget s’est accru d’un tiers. Sur une période de cinq années, les dépenses publiques consacrées à la santé ont ainsi augmenté en moyenne chaque année de 5,9 %.

#### ❑ Quelques constats

Entre 2002-2003 et 2007-2008, les dépenses publiques de santé se sont ainsi accrues de près de six milliards de dollars.

En analysant le budget de dépenses, on constate que 85 % de l’augmentation des dépenses publiques de santé provient de trois postes budgétaires, soit :

- les soins assurés par les établissements de santé et de services sociaux (3,6 milliards de dollars, soit 61 % de la croissance totale);
- les services médicaux (près de 850 millions de dollars, soit 14 % de la croissance totale);
- les services pharmaceutiques et les médicaments (un peu plus de 650 millions de dollars, soit 11 % de la croissance totale).

<sup>41</sup> Selon une évaluation tirée de LEMIEUX, V., BERGERON, C. et BÉLANGER, G. (dir.), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Québec : Presses de l’Université Laval, 2003, pages 308 et 282.



TABLEAU 1

# **Budget de dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux par programme et élément de programme, 2002-2003 et 2007-2008**

(en millions de dollars)

	2002-2003	2007-2008 <sup>(1)</sup>	Variation	Croissance annuelle moyenne (%)	Croissance sur 5 ans (%)
<b>Programme 1 – Fonctions nationales</b>					
Direction et gestion ministérielle	90	93	3	0,6	3,1
Activités nationales	127	205	78	10,1	61,8
Autres	3	9	6	24,6	200,0
Sous-total	220	307	87	6,9	39,6
<b>Programme 2 – Fonctions régionales</b>					
Agences de la santé et des services sociaux	95	93	-2	-0,5	-2,5
Établissements de santé et de services sociaux	10 647	14 281	3 634	6,0	34,1
Organismes communautaires et autres organismes	268	371	103	6,7	38,4
Activités connexes	1 523	2 035	511	6,0	33,6
Service de la dette	498	614	115	4,3	23,2
Sous-total	13 031	17 393	4 362	5,9	33,5
<b>Programme 4 – Régie de l'assurance maladie du Québec</b>					
Services médicaux	2 822	3 670	848	5,4	30,0
Services optométriques	31	36	5	3,0	16,0
Services dentaires	121	111	-10	-1,7	-8,4
Services pharmaceutiques et médicaments	1 450	2 102	652	7,7	45,0
Autres	185	217	31	3,2	16,9
Sous-total	4 610	6 136	1 526	5,9	33,1
Autres programmes <sup>(2)</sup>	49	67	18	6,3	35,9
<b>TOTAL DU PORTEFEUILLE</b>	<b>17 911</b>	<b>23 903</b>	<b>5 992</b>	<b>5,9</b>	<b>33,5</b>

(1) Crédits initiaux en 2007-2008.

(2) Office des personnes handicapées du Québec et Promotion et développement de la Capitale-Nationale.

Source : Secrétariat du Conseil du trésor, octobre 2007.

Une brève analyse de l'évolution des dépenses publiques de santé conduit à deux constats majeurs.

- Le système hospitalier a mobilisé 60 % de l'augmentation des dépenses de santé. La place prépondérante qu'occupent les hôpitaux fait ressortir toute l'importance qu'il faut accorder à leur gouvernance.
- La rémunération des médecins et des professionnels, des gestionnaires et des employés explique 62 % de l'augmentation des dépenses de santé. On comprend ainsi que le groupe de travail insiste sur l'importance d'une organisation efficace du travail<sup>42</sup>.

### **1.3.3 Des dépenses publiques qui augmentent plus rapidement que la richesse collective**

Depuis 1998-1999, l'économie a crû à un rythme annuel moyen de 4,8 %, alors que durant la même période, les dépenses publiques consacrées à la santé et aux services sociaux ont augmenté en moyenne de 6,4 % par année.

#### **□ Un accroissement continu de la part des dépenses de programmes**

Cette distorsion entre la croissance des dépenses publiques de santé et la croissance de la richesse collective vient réduire, année après année, la marge de manœuvre financière dont le gouvernement dispose pour financer adéquatement les autres missions de l'État.

On constate ainsi un accroissement continu de la part des dépenses de santé dans les dépenses de programmes du gouvernement.

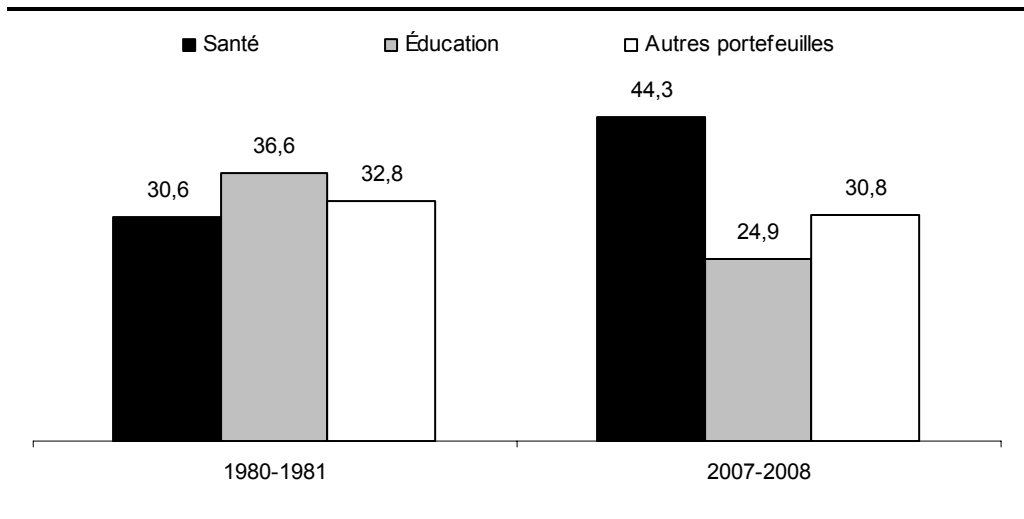
- En 1980-1981, les dépenses consacrées à la santé et aux services sociaux représentaient 30,6 % des dépenses de programmes, soit moins que l'éducation et à peu près autant que l'ensemble des autres portefeuilles.
- En 2007-2008, cette part s'établit à 44,3 %, comparativement à 24,9 % pour l'éducation et 30,8 % pour tous les autres portefeuilles. La proportion des dépenses de programmes affectée à la santé et aux services sociaux a en fait augmenté de façon continue, à raison de 5 points de pourcentage par décennie.

---

<sup>42</sup> Voir ci-après le chapitre 12 consacré à l'organisation du travail, page 199.

#### GRAPHIQUE 4

### Dépenses de santé, d'éducation et des autres portefeuilles, 1980-1981 et 2007-2008 (en pourcentage)



Source : *Budgets de dépenses*, Secrétariat du Conseil du trésor.

#### □ Une dynamique qui s'est accélérée depuis 2003

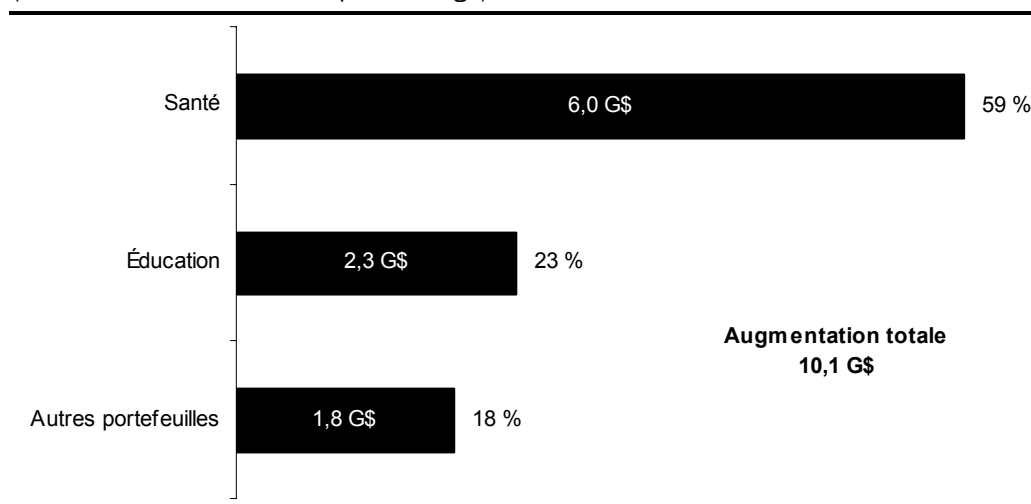
Comme on vient de le voir, cette dynamique s'est accélérée au cours des cinq dernières années. Pour la période allant de 2003-2004 à 2007-2008, près de 60 % de la croissance des dépenses de programmes ont été affectés à la santé et aux services sociaux.

En valeur absolue, on l'a souligné, les dépenses de programmes consacrées à la santé ont augmenté en cinq ans de six milliards de dollars, alors que la hausse totale des dépenses de programmes s'est chiffrée à 10,1 milliards de dollars.

## GRAPHIQUE 5

### Augmentation des dépenses de programmes, 2003-2004 à 2007-2008

(en milliards de dollars et en pourcentage)



Source : Secrétariat du Conseil du trésor.

### ❑ Une pression qui va se maintenir dans l'avenir

Tout indique que la pression à la hausse des coûts des soins de santé va se maintenir dans l'avenir.

- De nouvelles technologies et de nouveaux médicaments connaissent des développements rapides et onéreux, qui se répercutent sur les coûts de l'offre de soins.
- Les maladies chroniques liées au vieillissement de la population augmentent en importance, et contribuent directement à augmenter la demande de soins.
- De façon plus globale, les changements démographiques en cours vont se répercuter sur les types de services médicaux requis, et par là-même sur les coûts de la santé.
- Les dernières hausses salariales accordées aux médecins spécialistes et aux médecins omnipraticiens auront un impact sur les coûts de la santé que l'on peut déjà chiffrer. Dans le cas des médecins spécialistes, la masse salariale sera plus élevée de 1,3 milliard de dollars en 2014, par rapport à son niveau actuel.

Au total, la croissance annuelle prévue des dépenses de santé, selon les projections établies par le Secrétariat du Conseil du trésor, s'établirait pour la période 2008-2018 à 5,81 % par année. On doit rappeler qu'en juillet 2005, le

rapport Ménard projetait une croissance annuelle des dépenses de 5,1 % pour la période allant jusqu'en 2020<sup>43,44</sup>.

TABLEAU 2

**Croissance annuelle prévue des dépenses de santé  
(croissance structurelle), 2008-2018**  
(en pourcentage)

	<b>Part des dépenses</b>	<b>Croissance annuelle moyenne</b>	<b>Contribution à la croissance</b>
Services de santé	37,6	5,9	2,20
Services sociaux	34,1	4,1	1,41
Santé publique	1,9	2,4	0,05
Rémunération des médecins	14,9	7,5	1,12
Régime d'assurance médicaments	8,8	11,0	0,97
Autres programmes de la RAMQ	1,2	2,8	0,03
Administration	1,5	2,0	0,03
<b>CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE<sup>(1)</sup></b>			<b>5,81</b>

(1) Il s'agit de la borne supérieure de la croissance structurelle annuelle prévue de 5,47 % à 5,81 %, telle qu'estimée par le Secrétariat du Conseil du trésor.

Source : Secrétariat du Conseil du trésor.

Cette croissance est appelée « structurelle », car elle constitue la base chiffrable de l'évolution prévisible. Elle ne prend cependant pas en compte un certain nombre de phénomènes, qui pourraient accroître encore l'augmentation des dépenses publiques de santé.

Ici, on fait référence aux phénomènes suivants :

- la hausse de la rémunération globale du personnel de la santé et des services sociaux, afin de tenir compte de certaines problématiques particulières (clauses normatives, modifications apportées aux tâches);
- l'embauche de personnel infirmier pour pallier les besoins actuels;
- l'augmentation du service de la dette du réseau, en raison de l'application du nouveau Plan québécois des investissements (ce plan inclut la résorption du déficit d'entretien des immobilisations);
- les nouveaux développements dans le réseau de la santé;
- la révision des bases budgétaires pour mettre fin aux déficits récurrents.

<sup>43</sup> *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, juillet 2005.

<sup>44</sup> Le scénario à 5,1 % tenait compte de l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé de la population.

## □ Un écart significatif

Selon les prévisions effectuées par le ministère des Finances à l'automne 2007, la croissance de l'économie et des revenus du gouvernement devrait être de l'ordre de 3,9 % par année d'ici 2017-2018.

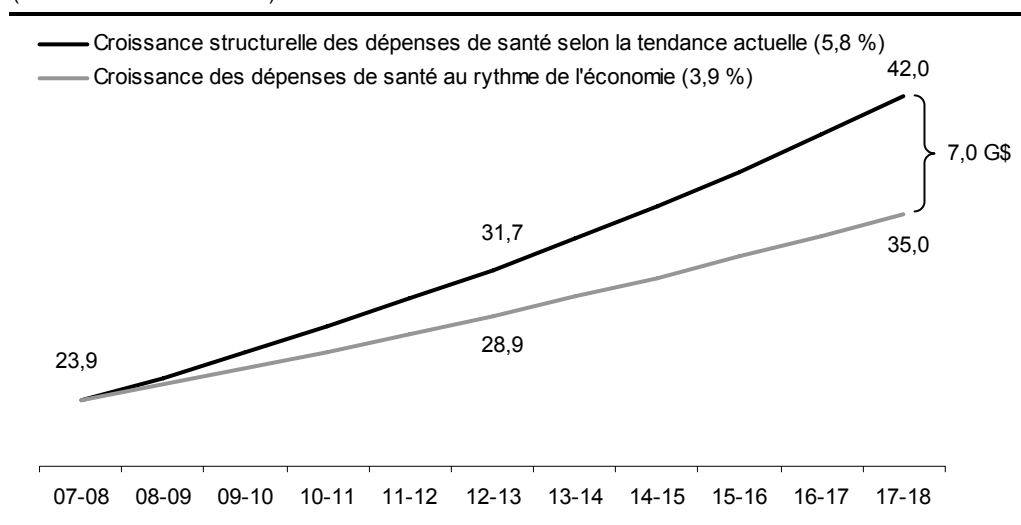
Cela signifie que l'on anticipe un écart significatif entre l'augmentation des revenus de l'État et la hausse des coûts de la santé, à partir d'hypothèses somme toute conservatrices. En valeur absolue, et en prenant pour base l'année 2007-2008, cet écart s'établirait à 2,8 milliards de dollars en 2012-2013 et pourrait atteindre 7,0 milliards de dollars en 2017-2018.

Toute la problématique du financement de la santé est résumée dans ces chiffres. Pour combler cet écart, le gouvernement n'a d'autres choix que de prendre de nouvelles initiatives afin d'agir à la fois sur les dépenses, pour en ralentir la croissance, et sur les revenus, pour réduire la pression sur les finances publiques.

### GRAPHIQUE 6

#### Projection des dépenses publiques de santé, 2007-2008 à 2017-2018

(en milliards de dollars)



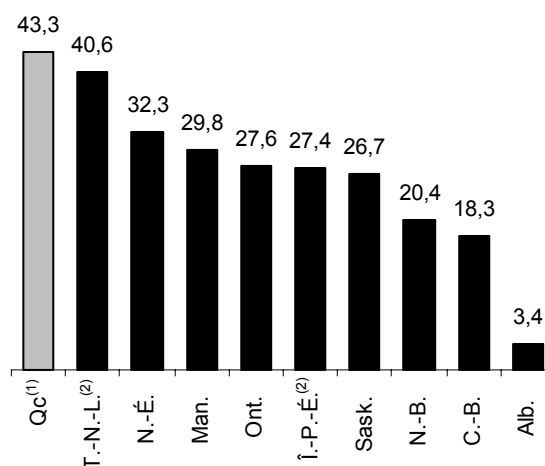
Source : Ministère des Finances du Québec.

### 1.3.4 Une marge de manœuvre réduite

Pour ce qui est des finances publiques, la marge de manœuvre disponible est réduite, en raison à la fois de la lourdeur du fardeau fiscal actuel et du niveau d'endettement de l'État québécois.

#### GRAPHIQUE 7

**Dette totale des provinces canadiennes au 31 mars 2007**  
(en pourcentage du PIB)



(1) Dette totale avant la réforme comptable.

(2) Les comptes publics 2006-2007 n'ayant pas encore été publiés, le niveau de la dette est celui au 31 mars 2006.

Sources : Ministère des Finances du Québec, comptes publics des gouvernements et Statistique Canada.

Les impératifs de la concurrence fiscale de même que l'équité envers les générations futures limitent les possibilités de financer davantage la croissance des coûts de la santé par l'impôt ou par l'emprunt.

On mesure l'importance du défi financier que le gouvernement doit relever, afin d'assurer le financement à long terme du système de santé.

Les forces comme les faiblesses du système actuel laissent cependant entrevoir plusieurs pistes pour apporter des réponses opérationnelles et constructives à la situation actuelle.

## **CHAPITRE 2 – LE CONTEXTE INTERNATIONAL : UNE SOURCE D’INSPIRATION POUR LE QUÉBEC**

Les questions soulevées par le fonctionnement du système de santé québécois et son financement actuel et à venir sont posées dans des termes souvent analogues dans la plupart des pays industrialisés.

Un examen même rapide du contexte international permet d’identifier des valeurs et des problèmes communs à ces pays. Il en résulte surtout un certain nombre de pistes de solution, quant aux réformes et améliorations qu’il est possible d’apporter à des systèmes de santé considérés partout comme le cœur des politiques publiques.

### **2.1 Un état de santé toujours meilleur**

Un premier point commun apparaît partout, lorsque l’on analyse l’état de situation de la santé dans les pays industrialisés : depuis la Seconde Guerre mondiale, d’énormes progrès ont été accomplis dans l’amélioration de l’état de santé des populations des pays occidentaux. Un enfant qui naît aujourd’hui peut espérer vivre neuf années de plus, en moyenne, qu’un enfant né en 1960.

Cette amélioration de la santé de tous s’explique par un ensemble de raisons, telles que l’élévation du niveau d’instruction, l’amélioration du marché du travail, la croissance des revenus des travailleurs, de meilleures conditions d’habitation ou des habitudes de vie plus saines.

Mais bien évidemment, l’accès généralisé à des soins de santé plus efficaces et de meilleure qualité y a largement contribué. Des progrès considérables ont marqué tous les domaines de la santé physique et mentale. Les avancées de la science, de la technologie et de la pharmacologie permettent de progresser sans cesse, et d’obtenir des résultats toujours plus performants.

On doit cependant constater qu’aucun lien clair n’a pu être établi entre le niveau des dépenses de santé dans un pays et l’état de santé de la population.

### **2.2 Une valeur commune, des problèmes identiques**

Dans tous les pays industrialisés – à l’exception des États-Unis – les systèmes de santé ont comme valeur commune et comme objectif fondamental l’accès universel aux soins.

Le but des politiques de santé est d’assurer à chacun, en fonction de ses besoins, un accès adéquat aux soins essentiels. De façon générale, cet objectif commun est mis en œuvre au moyen de systèmes publics, toujours complétés par un secteur privé dont l’importance varie selon les pays.



Tous les pays industrialisés sont également confrontés à des problèmes très voisins de ceux que l'on a soulignés dans le cas du Québec.

### **❑ Des coûts toujours croissants**

En 1970, les dépenses de santé publiques et privées représentaient en moyenne 5 % du PIB dans les pays industrialisés. Dans la majorité des cas, cette part a doublé et les dépenses consacrées à la santé atteignent près de 10 % du PIB.

Comme dans le cas du Québec, cette augmentation des dépenses s'explique en grande partie par les progrès de la médecine et par une plus grande accessibilité des citoyens à une gamme de plus en plus large de soins.

Comme au Québec également, on assiste à une pression accrue sur les coûts de la santé, pour des raisons démographiques. Les coûts de la santé augmentent au fur et à mesure que la population vieillit. Avec l'arrivée dans la soixantaine des nombreuses naissances d'après-guerre, la plupart des pays doivent anticiper une pression à la hausse de leurs dépenses de santé.

### **❑ Les dépenses de santé augmentent plus vite que la richesse collective**

Ce phénomène se produit alors qu'est simultanément engagée une diminution de la place relative de la population active, par rapport à la population totale. On anticipe ainsi un écart qui ira s'amplifiant entre la croissance des dépenses liées à la santé et l'augmentation de la richesse – ce qui pose le problème de la viabilité financière des systèmes de santé.

Tous les pays sont confrontés à la même difficulté : les dépenses publiques de santé augmentent plus vite que la richesse collective et les revenus de l'État. Malgré les efforts consentis pour améliorer la productivité des systèmes, on craint que les dépenses de santé ne continuent de croître à un rythme supérieur de un à deux points à celui de la richesse collective, mesurée par le produit intérieur brut.

Comme les dépenses de santé sont financées pour les trois quarts par les fonds publics, cet écart provoque de sérieux déséquilibres et des crises dans les finances publiques de plusieurs pays.

Partout, le défi consiste à améliorer l'accès et la qualité des soins, tout en freinant la croissance des dépenses de santé.

## ❑ Un rationnement inévitable

Dans tous les pays, on constate des formes de rationnement au sens large, et cela quel que soit le niveau des dépenses publiques et privées de santé.

Ce rationnement se manifeste de diverses façons : selon les pays, on observe des attentes prolongées, des services rendus inaccessibles, des soins qui ne sont plus assurés ou une baisse dans la qualité des soins prodigués.

Tous les pays ont comme objectif de réduire ou d'atténuer les effets les plus négatifs du rationnement. Mais aucun pays ne prétend pouvoir éliminer totalement toute forme de rationnement.

## ❑ La qualité des soins

Un dernier problème est commun à la plupart des pays industrialisés : depuis quelques années, on assiste à une prise de conscience par la collectivité de la question de la qualité des soins.

Les difficultés signalées sont les suivantes :

- Certaines interventions sont pratiquées alors que selon les normes médicales existantes, elles ne devraient pas l'être.
- Les patients qui pourraient tirer profit de certains soins de base n'en bénéficient pas toujours.
- De nombreuses erreurs sont signalées dans la dispensation des soins – telles que des fautes concernant la médication ou des méprises sur l'organe à opérer.

Les signes de manquement graves à la qualité sont multiples. Ils se traduisent par des décès, des incapacités ou des séquelles qui n'auraient pas dû se produire. Ils augmentent de façon significative les coûts des systèmes de santé.

## 2.3 Des réformes partout engagées

Pour résoudre ces problèmes et répondre à ces défis, les systèmes de santé des pays industrialisés ont été l'objet depuis une vingtaine d'années de multiples réformes. À titre d'exemple, l'Allemagne s'est engagée au cours des dernières années dans cinq importantes réformes, et le Royaume-Uni dans au moins trois.

Toutes ces réformes et tous ces changements ont fait l'objet d'études et d'analyses approfondies<sup>45</sup>. Il s'en dégage une série de conclusions largement partagées, ainsi que l'identification de pistes de solutions prometteuses pour l'amélioration des performances du système de santé.

Ces réformes permettent également de constater que bien des changements, fondés sur des objectifs louables, ont donné des résultats négatifs et suggéré des voies de solution à éviter.

### ❑ Le système idéal n'existe pas

On constate d'abord que le système de santé idéal n'existe pas.

Les recherches démontrent qu'il n'y a pas de système de santé fondamentalement supérieur aux autres. Sur le plan de la qualité des soins, les travaux effectués sur les systèmes existants ne permettent aucunement de conclure qu'un type de système est meilleur ou pire que les autres.

On constate également qu'il n'existe pas de corrélation évidente entre un meilleur accès aux soins et un niveau plus élevé de qualité des soins prodigués.

### ❑ Les droits et les obligations des citoyens

À la base, l'Organisation mondiale de la santé rappelle que les citoyens doivent bien comprendre leurs droits et leurs obligations. Il s'agit d'une condition essentielle pour que les efforts consentis pour améliorer les systèmes de santé soient couronnés de succès.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, on doit faire face aux attentes de la population, qui peuvent être démesurées, en faisant comprendre la notion de compromis. Les citoyens dans leur ensemble veulent que chacun dispose de tout. Pour assurer la viabilité du système, il faut expliquer la nécessité d'effectuer un certain rationnement ou de s'imposer des limites.

Aucune solution ne pouvant satisfaire tout le monde, les gouvernements doivent clairement indiquer les choix effectués et les compromis proposés.

---

<sup>45</sup> Voir notamment les études effectuées à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé, de l'OCDE, du King's Fund, de l'Institut Montaigne et de la Rand Corporation.

## ❑ **Priorité aux soins de première ligne**

Dans tous les pays industrialisés, on constate qu'il existe un accord quant à la priorité qui doit être accordée aux soins ambulatoires et aux services de première ligne<sup>46</sup>.

À cet égard, le développement de cliniques médicales bien organisées et dotées d'objectifs bien définis permet à la fois d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. N'étant pas soumises aux lourdeurs des hôpitaux, les cliniques médicales peuvent obtenir des réductions de coûts significatives. Selon certains, le XXI<sup>e</sup> siècle devrait ainsi être le siècle des soins ambulatoires.

## ❑ **La mixité des pratiques**

Dans la plupart des pays industrialisés, les médecins peuvent pratiquer à la fois dans le cadre du système public et, de façon privée, à l'extérieur du système. Les médecins qui choisissent cette possibilité doivent cependant satisfaire certaines obligations à l'endroit du système public, avant de dispenser des soins sur une base purement privée.

De façon générale, la pratique hors du système public demeure relativement limitée. Son importance diffère d'un pays à l'autre, et varie selon les spécialités médicales. L'OCDE note même que dans les pays où une part importante de la population contracte une assurance privée pour couvrir les coûts des soins privés, ce type d'assurance tend à représenter une proportion relativement faible des dépenses totales de santé : la couverture est en effet souvent axée sur les risques mineurs, plutôt que sur les traitements les plus coûteux.

## ❑ **L'amélioration de la performance**

Un point commun et très encourageant se dégage des analyses des réformes apportées aux systèmes de santé dans les pays industrialisés.

On constate que les changements apportés à ces systèmes depuis les années quatre-vingt-dix permettent de conclure qu'il est tout à fait possible d'améliorer de manière significative la performance des systèmes de santé au triple point de vue de la qualité des soins, de l'accessibilité et des coûts.

Plus précisément, l'efficacité des systèmes peut être accrue grâce à une productivité plus élevée, une réduction des dépenses superflues ou non pertinentes et par une hausse du rapport coût-efficacité des soins.

---

<sup>46</sup> Voir ci-dessus, en page 31 ce que l'on entend par services ambulatoires et en page 82 ce que sont les services de première ligne.

## ■ Des façons plus efficaces de dépenser

Les données internationales confirment qu'il est possible d'améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé en dépensant mieux.

Les imperfections du marché et l'intervention massive des pouvoirs publics sont des facteurs susceptibles d'entraîner des dépenses excessives ou mal réparties. Il peut en résulter un gaspillage des ressources.

Les incitations financières ou administratives doivent être bien calibrées, en fonction de l'objectif d'efficacité que l'on poursuit.

- Dans certains cas, les incitations mises en place ne font que dissuader les prestataires d'appliquer les meilleures méthodes. Certaines pratiques budgétaires n'ont souvent pour effet que d'inciter les établissements et les professionnels à faire moins.
- Il faut en fait remplacer ces incitations contre-indiquées par d'autres pratiques, qui encouragent le développement d'une médecine fondée sur de meilleures façons de faire et finalement l'optimisation de la dispensation des soins. L'amélioration de la qualité des soins se traduit d'ailleurs souvent par une réduction de leurs coûts.

## ■ Les risques d'une limite artificielle aux revenus et aux prix

Certains pays ont réussi à ralentir la croissance des dépenses en appliquant des contrôles budgétaires et administratifs sur l'offre et sur les prix des soins et des services. Lorsque l'on analyse ce type d'expériences, on constate que les systèmes qui limitent artificiellement les revenus des professionnels ainsi que les prix risquent fort d'en arriver à un nivellement de la qualité par le bas, tout en étant confrontés à des problèmes de recrutement et d'insuffisance dans l'offre de soins.

Il semble donc bien que l'amélioration de l'efficacité constitue le meilleur moyen de concilier l'augmentation de la demande de soins et les contraintes du financement public. Ce n'est pas simplement en réduisant les coûts mais en modifiant la manière de dépenser qu'il est possible d'être plus efficace.

## □ L'amélioration de la gouvernance

Dans plusieurs pays, les systèmes de santé ont connu des changements importants qui visaient à en améliorer la gouvernance.

- En général, on cherche à réduire la politisation des systèmes, et en contrepartie, à établir des lignes claires d'imputabilité.
- Dans les systèmes où le financement et la prestation des soins sont de responsabilité publique, les mesures prises pour séparer les rôles des

assureurs ou acheteurs de ceux des producteurs de services se sont, d'une manière générale, révélées efficaces.

Dans de nombreux pays, l'accent est placé sur la décentralisation. Le but poursuivi est que les décisions puissent être prises au niveau où se situe l'action. En s'éloignant des mesures ou des programmes imposés du haut vers le bas, on favorise l'innovation et la motivation.

- Les responsables peuvent gérer plus efficacement leurs établissements et leurs cliniques, en mettant en œuvre des approches souples et mieux adaptées à leurs besoins.
- La décentralisation rend possible la définition d'objectifs de performance et de qualité, et donc l'évaluation des performances.
- La décentralisation permet enfin de préciser la chaîne d'imputabilité, en définissant qui est imputable de quoi, et cela à chaque niveau.

## **❑ L'évaluation de la performance**

La recherche de la performance va avec son évaluation, qui doit tenir compte du caractère complexe de la recherche d'une plus grande efficacité.

Il est fondamental de mesurer soigneusement les performances obtenues à l'aide d'indicateurs spécifiques, d'effectuer des évaluations comparatives entre dispensateurs de soins et entre juridictions, et enfin de partager les informations ainsi obtenues : on sera ainsi en mesure d'identifier les pratiques efficaces et les conditions dans lesquelles les résultats observés ont été atteints.

Pour en arriver là, il est indispensable de disposer des meilleurs systèmes d'enregistrement et de suivi des données relatives aux patients, à leur santé et aux soins qui leur sont dispensés. Les dossiers médicaux, les ordonnances et les comptes-rendus d'examen sur papier ne favorisent pas la précision, l'accessibilité et le partage des informations.

On constate que là où ils ont été mis en place, les systèmes automatisés d'information ont eu un impact très positif, aussi bien sur la qualité des soins que sur leur coût.

## 2.4 La réforme : un processus permanent

Une conclusion s'impose, lorsque l'on prend connaissance de l'état et de l'évolution des systèmes de santé dans les pays industrialisés : il existe peu de solutions simples, rapides d'exécution et définitives dont les résultats puissent se faire sentir à court terme, compte tenu de la complexité des systèmes et de la progression constante de la médecine et des besoins.

On constate également que dans tous les pays industrialisés, les responsables des politiques de santé ont manifestement une bonne idée des mesures qui peuvent permettre d'atteindre une grande part de leurs objectifs.

Ces objectifs se retrouvent d'un pays à l'autre. On souhaite simultanément assurer :

- l'équité d'accès aux soins,
- l'amélioration de la santé,
- la prévention des maladies,
- la mise en place d'un financement viable et équitable des prestations de santé et de dépendance,
- la maîtrise du rythme de croissance des dépenses publiques.

Globalement, tous les responsables des politiques de santé visent à améliorer la performance des systèmes de santé, tout en ramenant la croissance des dépenses publiques à un niveau souhaitable.

Pour y parvenir, certains pays – dont le Royaume-Uni – se sont engagés dans un processus permanent de réformes, et il s'agit peut-être de la leçon la plus importante à retenir de ce survol du contexte international.

## TROISIÈME PARTIE

### Un cadre de référence : fixer des limites réalistes et équitables

La démarche proposée par le groupe de travail s'articule autour d'un objectif central, identifié dès l'introduction du présent rapport : s'il veut assurer la pérennité d'un système auquel il est profondément attaché, le Québec doit augmenter la productivité de ce système et ajuster la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, et cela tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services<sup>47</sup>.

Le groupe de travail recommande que cet objectif se concrétise dans un cadre de référence, fixant des limites quantitative et qualitative au système public de santé.

- La limite quantitative retenue vient d'être énoncée. Elle est justifiée et expliquée dans le **chapitre 3**.
- Le **chapitre 4** est consacré à la limite qualitative proposée dans le présent rapport : le groupe de travail fait ici référence à la délimitation de la couverture publique et à l'établissement de priorités.

---

<sup>47</sup> Voir ci-dessus page 3.





## CHAPITRE 3 – UNE LIMITE QUANTITATIVE : AJUSTER LA CROISSANCE DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ À CELLE DE LA RICHESSE

Le cadre de référence proposé par le groupe de travail comprend d'abord une limite quantitative.

- Des limites ont toujours été apportées aux services offerts dans le cadre du système public de santé. Il semble essentiel de le rappeler au préalable.
- Le groupe de travail constate que plus que jamais, de nouvelles limites doivent être définies afin d'encadrer le système public de santé, et qu'à cet égard, des choix s'imposent. Les raisons qui nous y forcent doivent de nouveau être soulignées.
- Le groupe de travail propose que ces choix se traduisent en une cible chiffrée, représentant la limite quantitative apportée à la croissance des dépenses publiques de santé. La limite proposée est exigeante, mais elle n'est pas impossible à atteindre – à condition que les moyens correspondants puissent être mobilisés.

### 3.1 Des limites qui ont toujours existé

Il fut un temps, au début du siècle dernier, où les services de santé étaient principalement livrés par des médecins solitaires armés d'une petite valise en cuir noir. La maladie était une affaire privée, et l'acte médical visait à infléchir le cours de la maladie, avec les moyens de l'époque. L'accès aux soins était plus qu'aléatoire. À l'époque, personne ne soulevait de questions sur les limites à imposer aux services de santé. Ces limites étaient définies d'elles mêmes.

#### □ Des limites dès la naissance des systèmes publics

Après la Deuxième Guerre mondiale, avec le développement des technologies médicales et la naissance de l'État providence, les soins de santé ont commencé à être produits par des systèmes complexes, offerts dans un cadre public.

Les services de santé sont progressivement devenus beaucoup plus efficaces, mais également beaucoup plus coûteux. L'accès aux soins s'est transformé en un enjeu politique central, parce qu'il était perçu à la fois comme un droit individuel et comme un actif collectif, permettant le maintien d'une population en santé.

Dès le départ, des limites ont été apportées à la couverture offerte. Au Québec comme au Canada, ces limites ont ainsi toujours existé.

- Dans le cas du Québec, et comme on vient de le voir, le régime public couvre presque en totalité les soins médicaux et les soins hospitaliers, les médicaments d'ordonnance, ainsi que certains services liés à la perte d'autonomie.
- Mais dès que l'on sort de l'hôpital et que l'on recherche les services d'un dentiste, d'un optométriste, d'un podiatre ou de tout autre professionnel de la santé qui n'est pas un médecin, on ne bénéficie plus de la couverture publique. Ne sont protégés contre les risques que ceux qui peuvent payer comptant ou contracter une assurance privée complémentaire. Plus du tiers des Canadiens et 32 % des Québécois ne disposent d'aucune assurance de cette nature<sup>48</sup>.

Cette réalité est la même partout. Dans le monde, tous les systèmes de santé imposent des limites, d'une manière ou d'une autre.

- Aux États-Unis, plus de 45 millions de citoyens ne disposent d'aucune assurance santé.
- En Europe, les patients doivent payer un ticket modérateur pour avoir accès aux soins.

## **□ Une autre forme de limite : le rationnement**

Indépendamment de cette première série de limites, résultant de la couverture même des soins, les systèmes de santé connaissent des limites d'une autre nature, liées cette fois-ci au rationnement découlant des restrictions apportées à l'offre de soins disponible.

Au Québec, on l'a souligné, le système de santé a subi des compressions budgétaires, découlant de la réduction dramatique des transferts fédéraux pour la santé et de la politique de lutte contre le déficit budgétaire.

- Pour limiter la croissance des coûts, le gouvernement a adopté pendant plusieurs années une logique d'étranglement de l'offre. Au Québec, et pendant des années, on a cru qu'il suffisait de limiter le nombre de médecins et les inscriptions en faculté de médecine pour réduire la demande de soins. On a également fermé des hôpitaux, et cela surtout à Montréal.
- Cette politique a fini par avoir des conséquences négatives sur l'accès aux services de santé, notamment sur les listes et les délais d'attente – particulièrement pour des chirurgies électives. En dépit d'une amélioration

---

<sup>48</sup> Faits et statistiques, les Assurances de personnes au Québec, Édition 2007, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, page 3.

récente<sup>49</sup>, le fait que le quart des citoyens québécois n'aient pas accès à un médecin de famille illustre ce rationnement et ses conséquences.

Le rationnement n'est pas une solution acceptable, dans une société développée comme la nôtre.

Le rationnement favorise les luttes de pouvoir. Chaque citoyen, chaque groupe d'intérêts tente de tirer la couverture de son côté. Les arbitrages ne se font plus en fonction des besoins de la population ou de la qualité des soins, mais à partir des rapports de force existant à l'intérieur et en périphérie du système – ce qui est contraire aux principes mêmes d'une société véritablement démocratique.

## 3.2 L'obligation de faire des choix

Pour sortir de ce piège, il faut trouver une autre manière, plus juste et raisonnable, de fixer les limites de notre système public.

### ❑ Une demande théoriquement illimitée

En théorie, la demande pour les soins de santé est illimitée. Les progrès technologiques laissent entrevoir que l'éventail des outils thérapeutiques pour répondre à cette demande est également sans limites.

La plupart des analystes des politiques de santé sont convaincus qu'à l'avenir, aucun pays au monde, même le plus riche, ne sera en mesure d'offrir à toute sa population tout ce que la science et la technologie permettront d'offrir. La société ne pourra jamais répondre à toute la demande de soins, et d'ailleurs, elle ne l'a jamais pu.

Cette réalité brise certaines utopies. Les populations occidentales sont habituées d'évoluer dans l'axe du rêve, cherchant à rendre accessible sans exception au plus grand nombre tout ce que promet la technologie.

Il faut désormais introduire dans le schéma un axe de réalité, où l'on pose franchement les questions de pertinence et d'efficacité. Toutes les sociétés doivent plus que jamais se demander à quels services de santé il faut donner priorité, déterminer lesquels seront couverts par le régime public et lesquels relèveront de la prévoyance personnelle.

Dans son rapport de juin 2000, l'Organisation mondiale de la santé ne dit pas autre chose. L'organisation internationale souligne en effet qu'un système national de santé doit forcément faire des choix et des priorités, afin de définir l'ensemble des services à offrir à la population. On peut ainsi lire dans le rapport que « tous

---

<sup>49</sup> Voir ci-dessus, page 22.

les pays doivent [...] veiller à ce que leurs ressources, dont le montant est limité, soient affectées à des domaines considérés hautement prioritaires »<sup>50</sup>.

## ❑ Définir l'étendue de la solidarité

Cependant, dès que l'on réfléchit aux limites à apporter à un système public de santé, les questions se multiplient.

Les technologies biomédicales devenant de plus en plus performantes, elles produisent de véritables miracles. Elles terrassent des maladies autrefois fatales. Elles permettent d'accroître les capacités intellectuelles, psychiques et physiques de l'individu.

Au nom de quoi pourra-t-on contrôler l'usage de ces technologies de plus en plus coûteuses ? Le rôle d'un service public de santé est-il de repousser la mort à tout prix ? Est-il du ressort de la solidarité nationale d'assurer non seulement la guérison, mais de prendre en charge le plein confort des personnes vieillissantes, d'assumer les choix individuels en matière de fertilité ou de stérilisation, de faire partager par l'ensemble de la population les risques exceptionnels de personnes qui roulent à tombeau ouvert sur les routes, qui fument comme des cheminées ou qui pratiquent les sports extrêmes au péril de leur vie ?

L'éthicien Hubert Doucet pose bien le problème : « pour nous aider à sortir de l'impasse actuelle, il faut poser la question à partir non pas du droit des individus à recevoir tous les soins qu'ils croient nécessaires, mais d'une préoccupation proprement éthique, celle de la solidarité. Jusqu'où doit aller cette solidarité ? Quelles formes doit-elle prendre ? Voilà les questions qu'il nous faut débattre publiquement. Si nous ne posons pas le problème de cette manière, nos débats se résumeront à des luttes de pouvoir pour le contrôle du système »<sup>51</sup>.

## ❑ Protéger les autres missions de l'État

Plusieurs personnes ont du mal à accepter que l'on doive imposer des limites aux services de santé.

- Elles oublient que des limites existent déjà.
- Elles négligent la place des autres missions de l'État et des autres dimensions de la société, qui revêtent pourtant une aussi grande importance. Elles accordent à la santé une supériorité morale, qui doit cependant être relativisée.

---

<sup>50</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*. Genève : OMS, 2000, p. 65.

<sup>51</sup> Doucet, Hubert ; « Quelles finalités pour le système de santé québécois ? », dans *Santé, pour une thérapie de choc!*, un ouvrage publié par le Conseil de la santé et du bien-être et le quotidien Le Devoir, aux Presses de l'Université Laval, 2001, p. 13-17.

La santé constitue une mission prioritaire de l'État parce que la santé est généralement une condition de l'exercice des libertés et de l'égalité des chances. En éloignant la maladie des individus, les soins de santé protègent les capacités de ceux-ci de se réaliser et de participer à la vie sociale, politique et économique du pays. Ils soutiennent leur capacité d'agir comme citoyens.

Mais les soins de santé ne constituent pas le seul bien essentiel.

- Plusieurs autres fonctions de l'État protègent la capacité d'agir des individus, tels l'éducation, la culture, la création d'emploi, la protection de l'environnement ou la lutte contre la pauvreté.
- Il faut aussi réaliser que d'autres aspects de la vie collective interagissent avec le système de soins pour maintenir une population en santé. L'amélioration de la santé est conditionnée par l'éducation, le niveau de revenu, les conditions d'habitation et les habitudes de vie.
- Les experts s'entendent pour souligner l'influence des facteurs sociaux sur la santé. Les inégalités sociales et économiques produisent des inégalités de santé. Cela veut dire que les décisions qui affectent la croissance économique et la politique sociale ont un impact direct sur les besoins en soins de santé.

Dans cette perspective, un accès universel aux services médicaux et hospitaliers ne suffit pas pour réaliser l'équité devant la maladie. Le système de santé n'est pas équitable, si la part qu'il occupe dans les dépenses publiques compromet la capacité de l'État d'offrir à tous l'accès à l'éducation, de combattre la pauvreté ou de protéger l'environnement. Une société qui fabrique des malades ne se rachète pas toujours en offrant des soins gratuits.

## ❑ L'obligation de performance

En plus de l'obligation de faire des choix, l'OCDE indique une autre dimension – celle de la performance. L'organisation internationale souligne que : « à long terme, accroître l'efficacité des systèmes de santé est peut-être le seul moyen de concilier l'augmentation de la demande de soins et les contraintes du financement public »<sup>52</sup>.

Le terme performance est employé ici dans le sens d'obtenir les meilleurs résultats possibles, compte tenu des ressources disponibles. Il faut se rappeler que si les ressources ne sont pas utilisées efficacement, cela veut dire que moins de ressources seront disponibles pour répondre aux besoins réels. L'efficacité et la productivité sont des conditions d'équité dans le système de santé.

Le groupe de travail a ainsi centré une partie de ses réflexions sur les moyens d'améliorer la performance du système, ce qui est indissociable des choix à effectuer pour définir les limites du système public.

---

<sup>52</sup> Vers des systèmes de santé plus performants, OCDE, 2004, page 17.

### 3.3 Se fixer un objectif

Les limites à apporter au système public de santé ont d'abord une dimension quantitative : dès le début du rapport – et on vient de le rappeler en introduction de la présente section – le groupe de travail a souligné que le Québec devait viser à réduire la croissance des dépenses publiques de santé, tout en améliorant l'accès et la qualité des soins<sup>53</sup>.

#### ❑ La cible proposée

Le groupe de travail est convaincu que le gouvernement doit assortir cet objectif d'une cible chiffrée. Il faudra en effet beaucoup plus que de la bonne volonté pour arriver à contenir la croissance des dépenses de santé.

La démarche proposée au gouvernement consiste à se fixer un objectif clair et compréhensible par tous, dont la mise en œuvre pourra être facilement évaluée et chiffrée. Pour le groupe de travail, il apparaît ainsi juste et équitable que la croissance des dépenses de santé suive le rythme de croissance de la richesse collective.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande que le gouvernement se fixe comme objectif, sur un horizon de cinq à sept ans, de réduire la croissance des dépenses publiques de santé de manière à ce que celle-ci n'excède pas le taux de croissance de la richesse collective.

Cet objectif revient à calibrer nos dépenses publiques de santé en fonction de la capacité de payer de la collectivité, sans pour autant miner la possibilité pour l'État d'agir dans d'autres domaines aussi importants.

Cet objectif n'est ni nouveau, ni original en soi.

- La Commission Clair avait recommandé l'établissement d'une limite repère des dépenses de santé par rapport aux autres dépenses du gouvernement<sup>54</sup>.
- Le Comité Ménard avait repris cette notion et suggéré que cette limite soit définie par le rythme de croissance de la richesse collective<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup> Voir ci-dessus, page 3.

<sup>54</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, 2000, p. S.XXI, et recommandation 19, page 149.

<sup>55</sup> Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, 2005, p. 101 et recommandation 1, page 48.

- Plusieurs pays européens ont retenu des cibles analogues, et deux d'entre eux les ont effectivement atteintes. Au cours des dix dernières années, l'Allemagne et les Pays-Bas ont réussi à limiter la croissance des dépenses publiques en santé à l'augmentation de la richesse collective<sup>56</sup>. L'Angleterre a formulé un objectif similaire pour son Service national de santé.

### 3.4 Prendre les moyens pour atteindre l'objectif fixé

Cet objectif est cependant très exigeant, et le groupe de travail en est bien conscient. Son atteinte demandera des efforts importants.

#### ❑ Une limite qualitative : la couverture du régime public

Il doit d'abord être accompagné d'une limite, qualitative celle-là, à apporter à la couverture du régime public de santé.

On vient de le souligner : partout dans le monde, les gouvernements sont contraints de faire des choix et d'identifier des priorités. Il leur faut avant tout veiller à ce que les services assurés par le système public soient ceux qui répondent le mieux aux besoins des citoyens, et cela au meilleur coût possible.

Ce qui est soulevé ici, c'est toute la question de la délimitation de la couverture publique, sur laquelle on va revenir dans le chapitre suivant<sup>57</sup>.

#### ❑ Un plan d'action

La fixation de cet objectif doit s'accompagner d'un plan d'action réaliste et opérationnel. Les grandes lignes du plan proposé au gouvernement sont présentées dans le présent rapport.

#### ■ Des investissements ciblés concernant les services

Il faudra que le gouvernement revoie plusieurs éléments clefs des services offerts par le système de santé. Dans plusieurs cas, les résultats souhaités sont liés à certains investissements ciblés. L'expérience internationale démontre d'ailleurs que toute amélioration que l'on souhaite apporter au système de santé requiert des investissements.

---

<sup>56</sup> *Comparaison de l'évolution des dépenses en santé et de la croissance du PIB des pays de l'OCDE*, ministère des Finances du Québec, note préparée pour le groupe de travail, 10 décembre 2007.

<sup>57</sup> Voir ci-après, chapitre 4, page 59.



Le groupe de travail a ainsi identifié les initiatives à prendre sur le plan des services – par exemple pour ce qui est des services de première ligne et de maintien à domicile –, afin que le bon service de santé soit offert par la bonne personne au bon moment<sup>58</sup>.

### ■ Des gains de productivité

Le gouvernement devra mieux utiliser les ressources du système, pour que notre système de santé soit plus productif et davantage efficace. Le groupe de travail est convaincu que le Québec peut faire plus avec les montants dépensés à l'heure actuelle.

C'est le sens des différentes recommandations et propositions formulées notamment afin d'améliorer la gouvernance du système de santé, l'allocation des ressources et l'organisation du travail<sup>59</sup>.

### ■ Des sources de revenus appropriées

Le gouvernement devra enfin assurer au système public de santé des revenus durables et diversifiés, en tenant compte des effets attendus des différentes initiatives proposées sur la croissance des dépenses publiques de santé, mais également du temps nécessaire pour en bénéficier.

Là aussi, le groupe de travail a identifié des orientations à cette fin<sup>60</sup>.

### ■ Un horizon de cinq à sept ans

L'horizon de cinq à sept ans recommandé par le groupe de travail semble réaliste : il faudra une certaine période de temps avant que les mesures identifiées puissent être effectivement engagées et donner leur plein effet.

Il importe en même temps d'entamer rapidement les efforts nécessaires. Pour le groupe de travail, la pire des réponses aux problèmes actuels consisterait à continuer de transférer des budgets à la santé, sans changement significatif dans la façon de procéder.

Accepter que les dépenses publiques en santé continuent d'augmenter au rythme actuel ne pourrait être réalisé qu'au détriment des autres missions de l'État – ou en augmentant la charge fiscale des contribuables. Dans les deux cas, il s'agit de voies sans issue.

---

<sup>58</sup> Voir ci-après, Quatrième partie, page 69.

<sup>59</sup> Voir ci-après, Cinquième partie, page 157.

<sup>60</sup> Voir ci-après, Sixième partie, page 233.

Il faut cependant être clair : le groupe de travail ne propose pas au gouvernement de mettre en œuvre un plan de compressions budgétaires, de la nature des restrictions effectuées dans le courant des années quatre-vingt-dix. Il ne peut être question de soumettre le réseau public aux difficultés que l'on a déjà connues.

C'est justement pour éviter une telle situation que le groupe de travail a identifié un ensemble cohérent d'actions, la finalité de tous les efforts proposés étant d'assurer la pérennité de notre système public de santé.



## CHAPITRE 4 – UNE LIMITE QUALITATIVE : DÉLIMITER LA COUVERTURE PUBLIQUE ET ÉTABLIR DES PRIORITÉS

Le cadre de référence proposé par le groupe de travail ne se limite pas à un objectif quantitatif. Il comporte également une limite qualitative, consistant à délimiter la couverture publique en fonction de critères de qualité et d'efficacité, les choix devant être fondés sur la connaissance scientifique et la délibération publique.

Ces limites quantitative et qualitative sont complémentaires : la délimitation de la couverture publique représente à la fois l'un des volets du cadre de référence recommandé par le groupe de travail au gouvernement, et le premier des moyens à mettre en place pour respecter la limite quantitative précédemment identifiée.

En proposant une redéfinition de la couverture publique actuelle, le groupe de travail ouvre un débat délicat.

- Ce débat nécessite que l'on souligne d'abord les problèmes résultant de la couverture publique appliquée par le système de santé québécois – une couverture incohérente dont la définition est figée.
- Le groupe de travail a esquissé les grandes lignes d'un mécanisme permettant de modifier et de redessiner cette couverture, dans le but de proposer au gouvernement une approche à la fois crédible et légitime.
- L'application d'un tel mécanisme et la délimitation de la couverture publique qui en résultera ne pourront cependant être réalisées avec succès que dans la mesure où certaines conditions sont remplies. Le groupe de travail a tenté de les identifier.

### 4.1 La couverture actuelle : incohérente et figée

La couverture actuelle du système public de santé est à la fois incohérente et figée.

#### ☐ Le panier de services est incohérent

Dans son rapport, la Commission Clair a souligné l'absence de rationalité, dans la composition de ce que l'on appelle également parfois le panier de services assurés.

La couverture actuelle résulte d'un processus historique et non d'une démarche d'évaluation continue de la pertinence sociale, clinique ou économique des services assurés ou assurables. Le panier de services ne tient pas compte de

l'évolution de la société, et sa composition est de moins en moins facile à comprendre, pour le citoyen.

Les exemples d'incohérence sont nombreux.

- Certains soins sont couverts à l'hôpital mais ne le sont plus à la maison. Les lunettes ne sont pas remboursées aux enfants d'âge scolaire, certains soins psychologiques sont refusés à des patients qui en auraient besoin, des services d'orthophonie offerts en cabinet ne sont pas couverts. Par contre, toute visite à l'urgence ou chez un médecin est obligatoirement gratuite, quels qu'en soient l'objet et la fréquence, et indépendamment de la gravité du problème à examiner.
- Les gripes à répétition sont traitées gratuitement, mais pas la psychothérapie.
- Certains services diagnostiques sont couverts en milieu hospitalier et ne le sont pas en clinique.
- Les services alimentaires offerts en centres hospitaliers absorbent plus de 250 millions de dollars par an au Québec<sup>61</sup>.
  - Pour quelle raison le système public doit-il obligatoirement payer le couvert aux malades hospitalisés, quel que soit leur statut socioéconomique ?
  - En revanche, les personnes âgées en perte d'autonomie hébergées en CHSLD acquittent des montants importants pour leur nourriture. Dans ce cas particulier, l'incohérence s'explique par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. La loi fédérale sanctionne en effet les provinces qui feraient payer le coût des repas à l'hôpital, mais elle est muette pour ce qui est du traitement des personnes âgées dans les centres d'hébergement.

---

<sup>61</sup> Selon une estimation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour les établissements ayant la mission de centres hospitaliers – incluant les établissements à vocations multiples, les CSSS – les coûts des services de repas sont évalués à 253 millions de dollars en 2006-2007. Dans l'ensemble des établissements ayant la mission de CHSLD, le montant estimé des coûts monte à 263 millions de dollars, toujours pour 2006-2007.

## ❑ Le tabou du changement

Cette couverture publique incohérente est également figée. La révision du panier de services assurés fait l'objet d'un tabou au Québec. Elle est perçue comme une boîte de Pandore, qu'il ne faut surtout pas ouvrir.

- Les uns préfèrent ne pas revoir la gamme des services assurés par le régime public, par crainte que le procédé ne conduise à son élargissement et à l'augmentation des coûts.
- Les autres s'opposent à l'ouverture de cette discussion, car ils appréhendent une réduction des services publics.

Le groupe de travail constate que personne n'a formulé de proposition concrète sur la manière dont on pourrait procéder pour réviser le panier de services assurés.

Pourtant, la *Loi sur l'assurance maladie* reconnaît au gouvernement de vastes pouvoirs réglementaires pour identifier les services couverts par le secteur public et les qualifier d'assurés.

- La loi mentionne de nombreux facteurs à prendre en compte, comme la fréquence de dispensation, l'âge de la personne qui reçoit les services, la nature même des services ou les indications de leur fourniture. Elle permet explicitement au gouvernement de déterminer les services qui ne doivent pas être considérés assurés.
- Dans le passé, le gouvernement du Québec a effectivement utilisé ces pouvoirs, notamment pour limiter l'âge auquel sont couverts les examens de la vue et les soins dentaires. Mais il hésite à le faire lorsqu'il s'agit des soins médicaux et hospitaliers, de peur notamment que le gouvernement fédéral ne s'appuie sur la *Loi canadienne sur la santé* pour sanctionner financièrement les provinces.

L'existence de la *Loi canadienne sur la santé* renforce ainsi ce tabou face au changement.

## ❑ Il est difficile d'ajouter de nouveaux services ou de les moduler

En renonçant à retirer de la couverture publique des services dont la pertinence est contestable, le gouvernement rend difficile toute initiative visant à leur en substituer de nouveaux.

Il délaisse également toute idée de modulation dans cette couverture.

- En s'appuyant sur des principes comme l'universalité et l'intégralité, Québec s'est refusé jusqu'à présent à moduler la couverture des soins médicaux et hospitaliers en fonction de critères pourtant énoncés dans la loi, sauf pour les médicaments d'ordonnance.

- En règle générale, lorsqu'un service est assuré, il l'est pour tout le monde, et il est payé à 100 % et sans restriction quant à la fréquence d'utilisation.

On a introduit dans le système, bien timidement et à la marge, des distinctions pour certains services.

- Par exemple, lorsqu'une personne subit une intervention pour des cataractes, le système public rembourse le prix d'une lentille normale. Si une personne souhaite obtenir une lentille de qualité supérieure, elle doit payer la différence.
- On pourrait fort bien étendre cette pratique en définissant jusqu'où va la solidarité nationale et à partir de quand le citoyen paie un supplément, exprimant sa préférence pour des services d'une qualité supérieure à ce qui est médicalement nécessaire. Personne ne serait privé de services essentiels.

Les exemples de modulation existants sont très limités. Ils confirment la réalité que l'on doit constater : la couverture actuelle du système public de santé est considérée pour l'essentiel comme intangible, malgré ses carences et ses incohérences.

## 4.2 Un mécanisme crédible et légitime

Il faut sortir de ce cul-de-sac, et la seule manière d'y parvenir consiste à se doter d'un mécanisme permanent, crédible et légitime permettant de réviser sur une base continue la couverture du régime public.

### ❑ Définir ce qui est médicalement requis

Actuellement, les services sont couverts par le régime public s'ils sont considérés comme étant « médicalement nécessaires » et « requis d'un point de vue médical ». Le Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* fournit une liste détaillée des services assurés dispensés en centre hospitalier, lorsque ces services sont requis du point de vue médical. Cependant, ni cette loi, ni la *Loi sur l'assurance maladie* ne définissent la notion de ce qui est considéré par le régime public comme étant « médicalement nécessaires » et « requis d'un point de vue médical ». Elles ne le sont pas davantage dans la *Loi canadienne sur la santé*.

En se dotant d'un mécanisme de révision de la couverture publique, le Québec se doterait simplement d'un moyen de définir ce qui est médicalement requis.

## □ Les questions qui se posent

Il n'est pas facile de déterminer comment poser des limites de manière juste, équitable et efficace, c'est-à-dire de faire les choix qui produiront le plus de santé pour le plus grand nombre au meilleur coût possible.

Comment tracer la ligne de démarcation entre ce qui doit être couvert par le régime public et ce qui ne devrait plus l'être, sans abandonner l'exigence de solidarité ?

La méthode la plus simple serait d'établir des principes et de s'y tenir fermement. Mais aucune société démocratique n'a réussi à faire consensus sur ces principes, qui suscitent inévitablement des controverses sur le plan éthique.

Les questions se multiplient. À qui donner la priorité absolue ? Aux personnes les plus gravement malades, même si les chances de succès des traitements coûteux qui leur sont administrés sont faibles ? Aux personnes âgées en perte d'autonomie ou aux enfants souffrant de maladies dégénératives ? Aux technologies nouvelles, dont on attend des miracles, ou aux programmes de prévention dans les quartiers défavorisés des villes ou des zones rurales dévitalisées ?

## □ L'expérience européenne

Dans plusieurs pays européens, et en particulier dans les pays scandinaves, on établit les priorités et on révisé le panier de services assurés depuis déjà près de vingt ans. C'est au milieu des années quatre-vingt que dans ces pays, l'on a cherché une façon de faire. Depuis 1987, d'abord en Norvège puis au Danemark, les gouvernements ont voulu établir des principes et s'y tenir.

La réflexion engagée plus récemment aux Pays-Bas, au Danemark et en Norvège nous permet de tirer quelques enseignements.

## ■ L'adoption de critères

Aux Pays-Bas, en 1992, les autorités ont adopté quatre critères vus comme autant de filtres pour déterminer les services à inclure dans le panier de services et ceux qui doivent en être exclus.

Les critères retenus sont les suivants :

- Premier critère : s'agit-il de soins requis du point de vue de la communauté ?
- Deuxième critère : peut-on démontrer que ce service est efficace ?
- Troisième critère : le service est-il efficient, c'est-à-dire offre-t-il le meilleur rapport qualité-prix ?



- Quatrième critère : le service peut-il être laissé à la responsabilité individuelle ?

Sur cette base, le comité chargé de définir les priorités des soins de santé a suggéré que la fécondation in vitro n'était pas nécessaire dans une perspective communautaire, quels que soient ses avantages sur une base individuelle.

En revanche, le comité a estimé que les blessures subies dans la pratique d'un sport devaient être traitées dans le système public, parce qu'elles résultent d'une activité qui, normalement, est bénéfique pour la santé.

Il va de soi que ces listes de critères ont semé la controverse.

### ■ La recherche de processus équitables et légitimes

À partir de 1996 au Danemark puis en 1997 en Norvège, les autorités ont voulu s'éloigner de cette méthode jugée simpliste. Elles ne cherchent plus à établir des principes dans l'absolu. Elles sont plutôt à la recherche de processus équitables et légitimes.

Les décisions prises dans le cadre de ces processus doivent être perçues comme raisonnables par un citoyen moyen.

- Le Conseil national d'éthique du Danemark suggère ainsi que l'ouverture, la transparence et le dialogue public soient des conditions essentielles à la réussite de tout processus de planification des services de santé, incluant les processus visant à établir un ordre de priorités des services assurés.
- Les décideurs doivent être clairement informés à tout moment des conséquences sociales de leurs choix.
- En revanche, le public a droit à toute l'information disponible pour comprendre et pour influencer le processus de décision.

### ■ Connaissance scientifique et délibération publique

Les réflexions engagées en Europe permettent de tirer au moins deux enseignements :

- Les décisions concernant la couverture publique relèvent indéniablement du pouvoir politique.
- Ces décisions politiques doivent être fondées sur la délibération publique et les connaissances scientifiques.

En fait, le critère ultime est le suivant : les décisions qui ont pour effet d'exclure de la couverture publique certains soins et certains services doivent être considérées comme légitimes par ceux-là mêmes qui sont affectés par la décision. Il faut se placer dans la peau d'un patient qui se voit refuser des soins.

## ❑ Une démarche à deux niveaux

À partir des expériences étrangères, le groupe de travail propose au gouvernement que la couverture publique soit définie selon une démarche comportant deux niveaux, un premier niveau visant à déterminer la couverture générale et un second niveau concernant plutôt les modalités de gestion des risques assurés par le régime public.

### ■ Définir les contours de la couverture générale

Le premier niveau est celui qui consiste à redéfinir les contours de la couverture des risques assumés par le régime public et protégés en raison de la solidarité nationale.

On ne part pas de zéro à cet égard. Nous avons déjà décidé, comme société, que certains risques seraient exclus de la couverture générale pour être assumés par des régimes distincts. C'est le cas des accidents de travail et des accidents de la route.

Le Québec pourrait ainsi décider d'exclure de la couverture publique des risques particuliers ou en inclure d'autres.

### ■ Moduler les modalités de gestion des risques assurés par le régime public

Le deuxième niveau est celui de la gestion des risques couverts par la solidarité nationale.

Il s'agit de déterminer le plus clairement et le plus équitablement possible les limites de la couverture publique des risques assumés par la collectivité.

C'est ainsi que pour une condition donnée, nous devrions déterminer ce qui est médicalement nécessaire par l'établissement de protocoles de soins. On préciserait que le régime public rembourse un nombre déterminé de visites médicales ou une fréquence maximale pour certains traitements.

Il va de soi que les limites ainsi fixées devraient être justifiées par des données scientifiques probantes, en plus d'avoir fait l'objet d'une délibération ouverte entre experts, praticiens et citoyens. Il importerait bien sûr d'assortir les mécanismes de décision des souplesses que commande le bon fonctionnement du système.

Mais il n'y a rien de répréhensible à fixer des limites et à veiller à ce que celles-ci soient respectées.

Bien au contraire, en refusant aujourd'hui de fixer des limites, on exclut carrément de la couverture publique des services de santé qui sont pourtant davantage nécessaires ou essentiels que des services actuellement couverts.

## 4.3 Les conditions du succès

Le processus retenu devra remplir certaines conditions, pour être considéré comme légitime et équitable. De telles conditions ont été identifiées dans la littérature scientifique<sup>62</sup>.

### □ Les quatre conditions proposées

Ces conditions sont les suivantes.

#### ■ La transparence

Le processus de décision doit être public et transparent.

- Les décisions rendues par l'organisme mandaté pour ce faire doivent être publiques.
- Les motifs et le raisonnement qui ont conduit à la décision d'inclure ou d'exclure un service ou une technologie du panier des services assurés doivent également – et surtout – être publics.
- La procédure doit par ailleurs prévoir une participation du public et des experts.

#### ■ La pertinence des critères de décision

Les motifs invoqués à l'appui de la décision doivent être perçus par des personnes impartiales comme pertinents pour déterminer les meilleures façons de répondre aux besoins de services de santé, dans un contexte où les ressources sont raisonnablement limitées.

Il faut que ces critères correspondent à un objectif partagé.

#### ■ La possibilité de contester les décisions

Il est nécessaire que le processus décisionnel comporte des modalités de révision et d'appel, et la procédure d'appel doit respecter les deux premières conditions énoncées précédemment.

Il faut aussi que les décisions puissent être revues périodiquement à la lumière de nouvelles informations, de progrès scientifiques ou de changements sociaux qui le justifieraient.

---

<sup>62</sup> Par exemple, Daniels, Norman et James E. Sabin, *Setting Limits Fairly*, Oxford University Press, 2002.

## ■ Un mécanisme de régulation

L'ensemble du processus doit faire l'objet de règles claires et être placé sous la responsabilité d'une organisation crédible, légitime et efficace. Comme on le verra plus loin, le groupe de travail propose la mise en place d'un tel organisme<sup>63</sup>.

Pas plus les règles du marché que les lois de la majorité ne sont d'un quelconque secours pour établir des limites aux systèmes de soins. Aucune de ces deux logiques ne sont appropriées pour faire le tri entre diverses considérations de nature scientifique ou de nature éthique.

Le groupe de travail formule ainsi la recommandation suivante.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement de procéder à une révision systématique et structurée de la couverture publique sur une base continue, en se dotant à cette fin d'un mécanisme permanent, crédible et légitime.

## □ Un changement profond

Avec ce qu'il recommande en matière de couverture publique, le groupe de travail est conscient de proposer un changement profond.

Le groupe de travail est convaincu que ce changement s'impose, si l'on veut effectivement fixer des limites réalistes et équitables aux dépenses publiques de santé, et par là-même assurer la pérennité de notre système de santé.

Bien loin de remettre en cause l'idée même d'une couverture publique, les limites que l'on propose de définir en assureraient la pertinence.

---

<sup>63</sup> Voir ci-après, le chapitre 13 consacré à la création d'un Institut national d'excellence en santé, page 213.



## QUATRIÈME PARTIE

### Les services : le bon service de santé offert par la bonne personne au bon moment

Réduire la croissance des dépenses publiques de santé tout en améliorant la qualité des soins et l'accès aux services suppose un effort et des initiatives concernant plusieurs éléments clefs de ces différents services. Dans plusieurs cas, le gouvernement devra procéder à des investissements ciblés, sachant que les investissements ainsi consentis comportent un important potentiel de gains à long terme.

Le groupe de travail a identifié un ensemble de recommandations, de propositions et de suggestions concernant les principaux services offerts par le système de santé, afin de faire en sorte que dans notre système, le bon service de santé soit offert par la bonne personne au bon moment.

Ces recommandations, propositions et suggestions ainsi que les réflexions qui y ont conduit sont articulées sous cinq têtes de chapitres.

- Le **chapitre 5** est consacré à la prévention : le but est de proposer aux Québécois de vivre en santé, et de limiter par là-même les coûts du système.
- Avec le **chapitre 6**, le groupe de travail aborde toute la question des soins de première ligne – une question cruciale pour le bon fonctionnement de l'ensemble du système.
- Dans le **chapitre 7**, le groupe de travail propose un certain nombre d'initiatives, afin d'améliorer l'accès aux soins, ces améliorations incluant un rôle accru du secteur privé dans le but d'en faire un allié du secteur public.
- Le **chapitre 8** regroupe les recommandations et propositions du groupe de travail visant à apporter une réponse adaptée au vieillissement et à la perte d'autonomie.
- Enfin, le **chapitre 9** aborde, avec les médicaments, un enjeu thérapeutique et économique majeur, afin d'identifier les façons de mieux les utiliser et d'en contrôler davantage les coûts.



## CHAPITRE 5 – VIVRE EN SANTÉ ET LIMITER LES COÛTS GRÂCE À LA PRÉVENTION

Pour le groupe de travail, il est évident que la réflexion portant sur l'amélioration des services en matière de santé doit commencer par une analyse de ce qui peut être fait en matière de prévention.

Cette évidence est loin d'être toujours partagée.

- Sur le plan financier, la prévention est synonyme d'investissements et de résultats qui ne peuvent être effectués et évalués que sur le long terme.
- Par ailleurs, la prévention est en bonne partie liée au comportement de chaque citoyen, qu'il n'est pas facile d'infléchir rapidement dans la bonne direction.

Pour fonder sa réflexion, le groupe de travail a pu s'appuyer sur l'étude effectuée par MM. Pierre Fortin et Luc Godbout à l'initiative de la Fondation Lucie et André Chagnon<sup>64</sup>.

Ce chapitre consacré à la prévention est articulé en trois sections.

- Le groupe de travail a souhaité d'abord préciser ce qu'il entendait par prévention, en précisant la dimension économique d'une prévention réussie.
- Au cours des derniers mois, le gouvernement a engagé des initiatives majeures en matière de prévention. Dans la plupart des pays industrialisés, des questions liées à la prévention – telles la lutte contre le tabagisme ou l'obésité – sont au premier rang des débats publics. En prenant ces exemples concrets, on peut mesurer l'impact de la prévention sur le système de santé – et sur l'économie en général.
- Ces réflexions et analyses débouchent bien entendu sur plusieurs recommandations et propositions, qui visent toutes à accroître l'investissement individuel et collectif dans la prévention.

---

<sup>64</sup> Fondation Lucie et André Chagnon, Pierre Fortin et Luc Godbout ; *Voir plus loin que le bout de son nez : la contribution de l'investissement en prévention au financement de la santé*, 28 septembre 2007.



## 5.1 La prévention et ses effets

On définit souvent la prévention comme un ensemble d'interventions de type clinique, c'est-à-dire de nature individuelle qui regroupe, par exemple, les vaccinations, le dépistage et diverses prophylaxies effectuées ou proposées en clinique.

### □ Une définition large

Cette définition exclusivement clinique de la prévention est réductrice. Le groupe de travail préfère retenir une vision plus large de la prévention, en regroupant sous ce terme toute action dont le but est de réduire le risque que surviennent un accident, une maladie ou un décès.

On doit même aller plus loin. La littérature médicale contemporaine et la pratique sur le terrain envisagent aujourd'hui la prévention dans une perspective beaucoup plus vaste. En font partie non seulement les interventions de type clinique, mais également les initiatives de nature législative, éducative ou communautaire qui font la promotion de la santé auprès de la population.

Ces initiatives comprennent, par exemple :

- les lois et règlements concernant la sécurité du travail, la sécurité routière, le code du bâtiment, les dispositions relatives au tabac et aux aliments;
- les efforts d'éducation sur l'alimentation, l'activité physique, l'alcool et les drogues;
- le soutien communautaire accompagnant l'engagement des parents dans l'école, dans le loisir et le sport, dans l'alimentation saine, ainsi que toute politique d'appui à la réussite scolaire;
- tout programme qui vise à modifier les environnements pour obtenir et maintenir la santé de la population, tels les programmes concernant l'éducation physique dans les écoles, le renforcement de l'identité des garçons, la gestion du stress et le développement de l'enfant en milieu difficile.

## ❑ Les effets de la prévention

La prévention permet d'abord et avant tout d'améliorer l'état de santé de ceux qui en bénéficient.

La prévention a cependant une dimension économique, sur laquelle on ne saurait trop insister. Le fait qu'une population soit en meilleure santé grâce à des efforts de prévention se répercute sur l'emploi, sur la productivité et sur le niveau de vie.

La prévention a ainsi un impact à la fois direct et indirect sur le financement de la santé.

- D'une part, en améliorant la santé, la prévention permet de réduire ou à tout le moins de reporter dans le temps les dépenses de santé.
- D'autre part, une population qui vit plus longtemps et en santé est économiquement plus productive et crée plus de richesse, ce qui facilite indirectement le financement public et privé de la santé.

Dans tous les pays, la mauvaise santé est une source importante de sous-emploi de la population. Une moins bonne santé entraîne la réduction de la proportion des adultes qui occupent un emploi, fait augmenter le taux d'absence du travail et réduit la productivité au travail.

- En 2006, au Québec, l'employé à temps plein s'est absenté du travail pendant 9,3 jours en moyenne pour cause de maladie (maternités exclues). C'est 30 % de plus qu'ailleurs au Canada, où le taux d'absence des employés à temps plein pour cause de maladie a été de 7,1 jours.
- Il y a donc place pour une hausse sensible de la présence au travail des salariés travailleurs québécois, si leur santé peut être améliorée. Une réduction de leur taux d'absence au niveau du reste du Canada amènerait une augmentation du revenu intérieur du Québec de 1,1 milliard de dollars.

De même, l'allongement de l'espérance de vie en santé pourrait avoir une incidence non négligeable sur le taux d'activité de la population âgée. Toujours en 2006, seulement 48 % des personnes de 55 à 64 ans occupaient un emploi au Québec, comparativement à 58 % ailleurs au Canada. On ne saurait sous-estimer l'importance de relever le taux d'emploi de cette catégorie d'âge au Québec, au cours des deux prochaines décennies.

D'ici 2030, en effet, on prévoit que la population québécoise âgée de 20 à 54 ans perdra 400 000 personnes, et l'emploi baissera de 300 000 personnes environ. Si, dans l'intervalle, une meilleure santé et d'autres mesures faisaient augmenter le taux d'emploi des 55-64 ans de 48 % à 58 % – ce qui est le taux canadien –, le Québec pourrait alors compter sur 100 000 travailleurs expérimentés de plus et combler ainsi le tiers de la baisse de main-d'œuvre qui va résulter du vieillissement démographique.

## 5.2 Des exemples convaincants

Les exemples de la lutte contre le tabagisme, des campagnes contre l'obésité ou des batailles plus globales contre la pauvreté ou en faveur de l'éducation illustrent de façon convaincante les impacts positifs de la prévention sur l'ensemble d'une collectivité, et les conséquences qu'elle peut donc avoir sur le financement de la santé.

### ❑ L'exemple de la *Loi sur le tabac* : un gain d'un milliard de dollars par an

La *Loi sur le tabac* du Québec<sup>65</sup>, introduite en 1998 et amendée en 2006, est un exemple de mesure de promotion de la santé qui illustre bien ces réalités.

Cette loi a imposé diverses restrictions à la consommation, à la vente, à l'étalage, à l'affichage, à la promotion, à la publicité et à l'emballage des produits du tabac.

- En 1997, des chercheurs de l'UQAM ont estimé que ces contraintes pourraient faire diminuer la prévalence du tabagisme dans la population adulte du Québec de moitié à long terme<sup>66</sup>.
- Sur cette base, ils ont calculé que des économies annuelles directes de 630 millions de dollars s'ensuivraient, résultant de la réduction des coûts de la santé, et que la productivité accrue de l'économie ferait augmenter le revenu intérieur du Québec de 1,1 milliard de dollars par année.
- Au total, le gain annuel pour le Québec serait de 1,8 milliard de dollars. Si on additionne les économies directes de 630 millions de dollars et les impôts et taxes d'environ 400 millions de dollars qui seraient versés à l'État québécois à partir du revenu intérieur accru, c'est à 1 milliard de dollars par année, ou à l'équivalent de 4 % du budget actuel de la santé, qu'on peut estimer l'impact bénéfique de la *Loi sur le tabac* sur les finances publiques du Québec.

### ❑ Le fléau de l'obésité

En 2004, 22 % de la population adulte était obèse au Québec. Si on ajoute les 34 % qui faisaient de l'embonpoint, on atteint un pourcentage de 56 % de personnes ayant un excès de gras. Les taux d'obésité étaient de 24 % ailleurs au Canada et de 31 % aux États-Unis.

---

<sup>65</sup> L.R.Q., c. T-0.01.

<sup>66</sup> P. Ouellette et autres, *Étude d'impact du projet de loi sur le tabac*, Rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1997.

Son taux d'obésité élevé aurait classé le Québec au dixième rang parmi les 30 pays membres de l'OCDE<sup>67</sup>. Or, les problèmes reliés à l'obésité sont tels que l'Organisation mondiale de la santé considère l'obésité comme une épidémie mondiale<sup>68</sup>.

## ❑ Lutte contre la pauvreté, éducation, soutien à la petite enfance

La prévention recouvre une série d'actions qui dépassent largement le secteur de la santé. La littérature internationale est unanime sur ces questions.

- La preuve est bien établie que de puissants facteurs socioéconomiques sont à l'œuvre, même après qu'on ait tenu compte de différences dans des facteurs de risque comme le tabagisme, l'obésité et la consommation d'alcool<sup>69</sup>. Qu'il soit mesuré en termes de niveau de revenu ou d'éducation, le statut socioéconomique est très étroitement relié à la santé dans tous les pays<sup>70</sup>. Plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune.

Ainsi, bien que plusieurs liens de cause à effet restent à élucider dans ce domaine, les chercheurs sont unanimes à affirmer que l'effort d'amélioration de la santé de la population ne dépend pas seulement du progrès technologique. Il passe dans une large mesure par la lutte contre la pauvreté et les inégalités.

- L'Association des centres jeunesse du Québec a porté à l'attention du groupe de travail les données recueillies par le comité Kirby<sup>71</sup>. Ces données font ressortir les pertes économiques et sociales de ne pas investir dans les services sociaux spécialisés. Les pertes économiques canadiennes sont évaluées à 33 milliards de dollars par an, en lien direct avec l'absentéisme dû aux troubles de santé mentale et de toxicomanie des travailleurs canadiens.
- Il est clairement démontré que plus un individu s'instruit, moins il chôme et mieux il est payé. Comment y parvenir ? À long terme, la réussite et la persévérance scolaires sont des armes efficaces de lutte contre la pauvreté – et, par conséquent, contre la maladie. Plus on est instruit, moins on chôme, mieux on est payé et moins on est malade.

---

<sup>67</sup> OCDE, *Éco-santé OCDE 2007*, Paris, 2007.

<sup>68</sup> Organisation mondiale de la santé, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, 2003.

<sup>69</sup> Voir J.D. Banks et autres, « Disease and disadvantage in the United States and England, » *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, n° 17, mai 2006, pp. 2037-2045.

<sup>70</sup> Voir M.G. Marmot et R.G. Wilkinson, *Social Determinants of Health.*, 2e édition, Oxford University Press, Londres, 2005; et G. Paquet, *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2005.

<sup>71</sup> *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, Rapport provisoire du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, novembre 2004, page 121.

- Les synthèses les plus récentes de la littérature économique laissent entendre que l'investissement dans la petite enfance est le plus rentable de tous les investissements dans le capital humain<sup>72</sup>. Il va de soi que l'investissement dans l'éducation primaire et secondaire est socialement très rentable. Ses avantages escomptés sont en moyenne trois fois plus importants que son coût.

Mais l'investissement dans les programmes de développement de la petite enfance de bonne qualité l'est encore plus. Ses avantages escomptés sont huit fois plus importants que son coût – avant même qu'il soit tenu compte de son effet sur la santé physique et mentale plus tard dans la vie adulte<sup>73</sup>. Bref, l'investissement dans la petite enfance est trois fois plus rentable que l'investissement au primaire et au secondaire.

- Il existe enfin plusieurs preuves que l'implication de la famille, du voisinage et de la communauté sont irremplaçables, et qu'une personne qui bénéficie d'un soutien familial et social solide a de bien meilleures chances de surmonter la maladie que la personne qui n'en a pas<sup>74</sup>.

Par extension, il est tout à fait plausible de croire que le soutien de la communauté au parcours scolaire de ses enfants soit lui aussi bénéfique. Même dans un système où le secteur public joue un rôle central, la sphère privée des personnes, des familles, des voisinages et des communautés conserve une grande importance pour l'amélioration de la santé de ses membres et la réussite scolaire de ses enfants.

---

<sup>72</sup> Voir F. Cunha et autres, « Interpreting the evidence on life cycle skill formation, » dans E. Hanushek et F. Welch (dir.), *Handbook of the Economics of Education*, North Holland, Amsterdam, 2006, chap. 12; D. Blau, « Pre-school, day care, and after school care : Who's minding the kids ? », chap. 20; et M. Norrie McCain et autres, chap. 6.

<sup>73</sup> Certains programmes qui visent les enfants de familles vulnérables, comme le programme préscolaire Perry aux États-Unis, atteignent des rapports avantages-coûts dépassant les 15 contre 1. Voir Cunha et autres, *Op. cit.*

<sup>74</sup> Voir L. Berkman, « The role of social relations in health promotion », *Psychosomatic Medicine*, vol. 57, n° 3, mai-juin 1995, pp. 245-254.

## 5.3 Investir dans la prévention, individuellement et collectivement

En proposant que l'on investisse encore davantage dans la prévention, le groupe de travail tire la conclusion logique des différentes analyses disponibles. Il reprend également des demandes formulées avec force par plusieurs commissions.

La Commission Clair, le Comité Ménard et le Comité Perreault<sup>75</sup> ont tous trois demandé au gouvernement de se doter d'une politique forte et dynamique en matière de prévention. Il existe ainsi un consensus sur la question, et le groupe de travail s'y joint.

### ☐ Aller plus loin

Cette proposition s'adresse au gouvernement. Au cours des derniers mois, et comme on l'a déjà souligné, le gouvernement a engagé plusieurs initiatives majeures dans la bonne direction.

- Le gouvernement a fait voter des mesures pour bannir la malbouffe dans les cafétérias scolaires.
- Le gouvernement a également obtenu l'adoption du projet de loi n° 1<sup>76</sup>, pour favoriser de saines habitudes de vie, créant un Fonds spécial doté de 40 millions de dollars par année pendant dix ans afin de soutenir des efforts de prévention auprès des jeunes en particulier<sup>77</sup>.

La proportion des décès ultimement attribuables à ces facteurs de risque évitables est cependant encore très élevée.

Le groupe de travail est persuadé qu'il faut s'engager dans la prévention avec plus de conviction, de ressources et de persévérance. Dans le langage réservé qu'on lui connaît, l'OCDE en fait comme suit la recommandation expresse dans un document récent : « Une attention croissante portée à la prévention pourrait entraîner des améliorations de l'état de santé et atténuer les pressions qui pèsent sur les systèmes de soins<sup>78</sup> ».

L'urgence de cette prescription est particulièrement claire dans le contexte actuel de croissance rapide du coût de la santé et d'accélération prochaine du vieillissement de la population.

---

<sup>75</sup> *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes : recommandations*. Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux par l'équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention, septembre 2005.

<sup>76</sup> *Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie*.

<sup>77</sup> Cette dotation est financée pour moitié par la Fondation Lucie et André Chagnon.

<sup>78</sup> OCDE, *Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE 2005*, Paris, 2005, p. 15.

## ❑ Investir et promouvoir

Le groupe de travail formule ici une proposition à l'endroit du gouvernement.

### Proposition

*Le groupe de travail encourage le gouvernement à poursuivre les efforts engagés dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé.*

Fondamentalement, cette proposition répond au besoin urgent que nous avons de révolutionner nos normes sociales en matière de prévention, afin de travailler ardemment à l'amélioration du bien-être de nos concitoyens. Cette amélioration ne viendra pas seulement du progrès de la pharmaco-chimie et des technologies médicales, mais tout autant de la lutte contre la pauvreté et les inégalités sur le plancher des vaches. L'investissement dans la petite enfance et dans la réussite scolaire sont des vecteurs privilégiés de cette lutte.

## ❑ Libérer des sommes pour la prévention

On rejoint ici l'argument présenté précédemment concernant les limites à apporter à la croissance des dépenses publiques de santé<sup>79</sup>.

- Dans un contexte où les ressources financières publiques sont restreintes, toute augmentation des dépenses publiques de santé écrase les autres missions de l'État.
- Or, les actions de prévention les plus efficaces sont celles qui concernent la lutte contre la pauvreté, l'éducation, le soutien aux communautés, le sport et le loisir, le soutien à la petite enfance et à la famille. On pourrait y ajouter les politiques d'habitation, la protection de l'environnement et le soutien au transport public.

L'importance qui doit être accordée à la prévention est un argument de plus au soutien de l'objectif visant à ajuster la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective.

Plus la productivité du système de santé augmentera, plus il sera possible d'en réduire les coûts, libérant ainsi des montants qui permettront de hausser le niveau de l'investissement en prévention, ce qui, à son tour, diminuera la pression sur le système de santé.

---

<sup>79</sup> Voir ci-dessus, page 53.

## ❑ Responsabilité individuelle et participation du secteur privé

La prévention n'est pas qu'une affaire collective. Elle dépend autant sinon plus du comportement de chaque individu.

On a vu que dans le contrat social dont il a dessiné les contours, le groupe de travail insiste sur le rôle et la responsabilité de chaque individu en matière de santé<sup>80</sup>. L'adoption de saines habitudes de vie est au premier rang de ces responsabilités.

Chaque personne est responsable de ses comportements. Si l'État doit mettre en place les mesures et les conditions pour que s'exerce cette responsabilité, il ne peut pas prendre chaque citoyen par la main pour le contraindre.

De la même façon, la prévention est l'affaire du monde des entreprises.

- Les entreprises contribuent déjà à la prévention des maladies, et notamment des maladies liées au travail, dans le cadre de mécanismes mis en place par le gouvernement.
- Il faut cependant qu'elles aillent plus loin.
  - Elles peuvent soutenir les familles par des politiques de conciliation travail-famille conséquentes.
  - Elles ont un rôle à jouer aussi pour assurer la protection de l'environnement et la réduction des effets négatifs de leurs productions sur l'eau et l'air. L'industrie alimentaire doit certainement se poser des questions quant à la qualité des produits qu'elle met sur le marché.

La prévention concerne en fait le secteur privé au sens large, qui inclut la société civile – soit notamment les fondations et les différentes organisations à but non lucratif, qui peuvent conjuguer leurs efforts à ceux du gouvernement pour favoriser la prévention.

On constate ainsi que la prévention est l'affaire de tous les acteurs de la société. Elle représente l'investissement à long terme le plus efficace pour réduire la croissance des coûts que nous consacrons à la santé.

---

<sup>80</sup> Voir ci-dessus, page 11.





## CHAPITRE 6 – UNE CLINIQUE DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE POUR TOUS AU QUÉBEC

Les soins de première ligne jouent un rôle central dans le fonctionnement de tout système de santé.

L'analyse des meilleurs systèmes de santé à travers le monde démontre sans ambages que la réussite de ces systèmes repose d'abord sur une première ligne forte et efficace : la population est en meilleure santé, elle est satisfaite des services reçus, et l'ensemble du système de soins coûte moins cher.

Dans le cas du Québec, il est certain que la mise en place d'un système faisant en sorte que les bons services de santé soient offerts par la bonne personne au bon moment repose d'abord et avant tout sur l'amélioration et le développement de la première ligne.

Des services de première ligne accessibles et efficaces permettront de réduire les coûts de l'ensemble du système de santé, de désengorger les hôpitaux et d'offrir des soins à meilleur prix. Le groupe de travail est convaincu que le développement des cliniques de santé permettra de soulager les hôpitaux d'une partie des demandes actuelles, et donc d'accroître la productivité de l'ensemble des établissements hospitaliers.

- Il faut d'abord rappeler, au moins succinctement, ce que l'on entend par première ligne, quels services y sont englobés et quels intervenants les assurent.
- Des étapes ont été franchies au Québec, dans le renforcement de la première ligne. Il importe de les mentionner.
- Il faut en même temps constater que le chemin franchi est loin d'être suffisant. Beaucoup de pays industrialisés font bien mieux que nous en la matière. Le groupe de travail a surtout tenté d'identifier les raisons qui expliquent les retards constatés dans l'organisation des soins de première ligne.
- Au terme de son analyse des soins de première ligne, le groupe de travail formule un ensemble de recommandations et propositions au gouvernement afin d'en renforcer l'efficacité et l'accessibilité. Ces recommandations incluent des réflexions concernant le rôle du secteur privé.
- Elles comprennent également une implication financière des utilisateurs, sous la forme d'une cotisation annuelle aux cliniques de santé.

## 6.1 Qu'est-ce que la première ligne ?

Pour les besoins du rapport, le groupe de travail propose que l'on définisse les services de première ligne comme étant les services de premier niveau universellement accessibles et offerts en vue de maintenir et d'améliorer la santé des personnes.

De façon générale, les services de première ligne correspondent aux services généraux visant à répondre à des problématiques de santé ou à des problématiques sociales usuelles et variées s'adressant à l'ensemble de la population – tels les services de prévention, les services médicaux, les services infirmiers, les services psychosociaux et Info-Santé.

Les services de première ligne incluent également les services offerts à des clientèles vulnérables particulières – services de soutien à domicile –, et qui sont disponibles près du milieu de vie des personnes.

Les services de première ligne sont assurés au Québec par un ensemble de ressources. Les CLSC procurent majoritairement des services sociaux, près de 80 % des services de première ligne étant en fait assurés en cabinets privés.

## 6.2 Le chemin parcouru pour renforcer la première ligne

Comme on l'a souligné précédemment, la Commission Clair a joué un rôle majeur dans le renforcement de la première ligne au Québec<sup>81</sup>. L'une des recommandations de la Commission, formulée dans le rapport rendu public en 2000, visait à créer des groupes de médecine de famille. Le déploiement des groupes de médecine de famille a commencé d'être appliqué dès 2001.

### □ Les groupes de médecine de famille et les cliniques-réseau

Au cours des dernières années, le gouvernement a accéléré la mise en place des groupes de médecine de famille, et on doit s'en féliciter. Ce concept a été adapté aux réalités urbaines pour prendre la forme de ce que l'on appelle des « cliniques-réseau ».

— Sept ans après la publication du rapport de la Commission Clair, 135 groupes de médecine de famille et plus d'une vingtaine de cliniques-réseau sont en place. Ils offrent un large éventail de services, permettant ainsi de favoriser l'accessibilité des citoyens aux soins de santé.

---

<sup>81</sup> Voir ci-dessus, page 21.

- En mars 2007, un peu plus d'un million de patients étaient inscrits dans un groupe de médecine de famille, soit principalement des personnes vulnérables<sup>82</sup>. Tout indique que ces patients ont bénéficié ainsi d'une amélioration importante de l'accessibilité et de la continuité des services.

#### **Les groupes de médecine de famille, tels que décrits par la Commission Clair**

Dans son rapport, la Commission Clair décrivait sa vision de l'organisation de la première ligne. Cette vision est plus que jamais d'actualité :

« Dans un système amélioré de santé et de services sociaux, comme citoyen, je choisirais d'abord mon médecin de famille. Il exercerait en cabinet ou en CLSC, peu importe, et ferait partie d'une équipe de 8 à 10 médecins de famille pratiquant une médecine de groupe.

Cette équipe comprendrait quelques infirmières qui seraient impliquées dans des activités de promotion de la santé et dans la prise en charge de problèmes. Elles accompliraient des tâches complémentaires à celles du médecin et assureraient un rôle de coordination avec les autres professionnels.

Mon médecin de famille, en collaboration avec l'infirmière de son équipe, saurait quand et vers qui m'orienter pour d'autres services médicaux et sociaux selon mes besoins. Il connaîtrait bien le réseau de professionnels, d'établissements et d'organismes et entretiendrait des liens privilégiés avec des médecins spécialistes, avec qui il discuterait, si mon état de santé devient plus complexe. Il me dirigerait vers ces spécialistes, en cabinet ou à l'hôpital, si mon état requiert des examens diagnostiques ou des traitements plus poussés. J'aurais accès à ces examens et à ces traitements dans un délai raisonnable.

Mon médecin de famille resterait en contact avec le spécialiste et continuerait à me suivre à mon retour à la maison.

Bref, selon cette vision, j'aurais choisi mon médecin de famille et il m'aurait choisi. On aurait conclu ensemble une entente et c'est cette entente de partenariat qui déterminerait une partie de la rémunération versée à mon médecin de famille et à son équipe, somme qui serait aussi définie en fonction de mes caractéristiques personnelles et de mes besoins de santé »<sup>(1)</sup>.

(1) Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations*, 2000, page 26.

## **6.3 Des efforts encore insuffisants**

Les efforts consentis par le gouvernement afin d'accélérer le déploiement des groupes de médecine de famille vont dans la bonne direction.

Ils n'ont cependant pas permis au Québec de combler son retard, pour ce qui est de l'accès des citoyens à un médecin de famille.

<sup>82</sup> Source : Enquête effectuée par la Direction de l'évaluation du MSSS sur l'expérience des GMF.

## ❑ Un accès insuffisant à un médecin de famille

Comme on l'a déjà précédemment souligné, c'est au Québec que la proportion de la population ayant un médecin de famille régulier est la plus faible au Canada<sup>83</sup>. En 2005, on constatait que la part de la population bénéficiant d'un médecin de famille s'établissait à 75 % au Québec, comparativement à 95 % en Nouvelle-Écosse et 86 % dans l'ensemble du Canada.

Selon une étude réalisée à la demande du groupe de travail<sup>84</sup>, l'accessibilité des Québécois aux services de santé est l'une des moins bonnes au Canada, pour ce qui est des soins de routine et du suivi des chirurgies non-urgentes.

C'est également au Québec que la proportion de la population qui n'a pas effectué une visite médicale au cours de la dernière année est la plus élevée au Canada. Le Québec se classe ainsi parmi les provinces où il se fait le moins de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate.

Les problèmes rencontrés au Québec en matière d'utilisation de la première ligne semblent en fait concerner l'ensemble de l'Amérique du Nord. Selon la même étude effectuée à l'initiative du groupe de travail, le Canada dispute la dernière place aux États-Unis à cet égard, parmi les différents pays industrialisés analysés<sup>85</sup>.

- Le Canada et les États-Unis sont au dernier rang pour ce qui est du pourcentage de la population ayant un médecin de famille régulier, ainsi qu'en matière de coordination des soins.
- C'est également dans ces deux pays que la transmission de l'information entre les médecins spécialistes, les hôpitaux et les médecins de première ligne fait le plus défaut.
- Au Canada et aux États-Unis, les heures d'ouverture permettent moins qu'ailleurs aux patients de consulter un médecin à l'extérieur des heures habituelles de travail des patients.
- Enfin, c'est également au Canada que l'utilisation des urgences est la plus élevée, et cela depuis au moins quinze ans.

---

<sup>83</sup> Voir ci-dessus, page 26.

<sup>84</sup> *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*, Paul A. Lamarche; Raynald Pineault, Yvon Brunelle, octobre 2007, page 3.

<sup>85</sup> *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*, op. cit., page 5.

## ❑ Un effet direct sur la qualité des soins et les coûts du système

L'accès insuffisant des citoyens à la première ligne a pour principale conséquence de réduire la qualité des soins et d'accroître les coûts du système.

Toutes les études soulignent le rôle central des services de première ligne dans l'efficacité de l'ensemble du système de santé.

- Cela s'explique par l'importance de la première ligne dans le suivi des maladies chroniques, qui constitue la première source de coûts dans le secteur de la santé.
- Des chercheurs canadiens ont évalué que les deux tiers de l'ensemble des coûts médicaux seraient associés au traitement de malades chroniques<sup>86</sup>. Ces mêmes chercheurs estiment que 80 % des consultations en soins primaires sont reliées aux maladies chroniques.

Un grand nombre d'études et d'initiatives étrangères comme québécoises confirment qu'un suivi des maladies chroniques dispensé par une équipe multidisciplinaire s'avère un des moyens privilégiés pour améliorer la satisfaction des patients, pour accroître l'efficacité du système de santé et pour mieux contrôler les coûts.

- L'Angleterre a ainsi mis en place une politique visant l'amélioration de la prise en charge des malades chroniques et la réduction des hospitalisations, en effectuant un transfert de la prise en charge de l'hôpital vers le médecin généraliste et en s'appuyant sur une démarche associative forte. Une rémunération fondée sur des indicateurs de performance sanitaire concernant les patients sert d'incitatif pour faire évoluer les pratiques.
- Des études canadiennes et américaines font état des effets bénéfiques sur la santé comme sur les coûts des modèles de gestion des maladies mettant l'accent sur la première ligne. Des recherches effectuées par Thomas Bodenheimer, de l'Université de Californie, vont dans le même sens.

---

<sup>86</sup> John Rapoport... [et als.]. « Refining the measurement of the economic burden of chronic diseases in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 25, n° 1, 2004.

### Une expérience exemplaire : le projet pilote du CSSS des Sommets

Le CSSS des Sommets, situé dans la région des Laurentides, a lancé en 2006 un projet pilote dont les résultats sont remarquables.

- En s'inspirant du modèle de gestion des maladies chroniques de Shortell<sup>1</sup>, l'équipe de projet du CSSS a intégré à son organisation des soins primaires, différents éléments du modèle tels le gestionnaire de cas, la prise en charge par le médecin, le dossier patient partagé, etc.
- L'équipe a identifié et suivi les 200 patients du CSSS dont la fréquentation était la plus élevée et qui étaient responsables de 5,3 % des visites à l'urgence, de 11,5 % des hospitalisations et de 9,4 % des interventions au CLSC.
- Les résultats obtenus après neuf mois indiquent une réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations, ainsi qu'un recours plus important au CLSC, tel que souhaité.

	Début du projet	Après 9 mois
Visites à l'urgence	5,3 %	1,6 %
Hospitalisations	11,5 %	3,0 %
Interventions au CLSC	9,4 %	11,0 %

<sup>(1)</sup> Shortell, S.M. et al. *Remaking health care in America : The evolution of organized delivery systems*. 2000.

### ❑ Les citoyens les moins nantis sont les plus affectés

Un accès insuffisant à la première ligne affecte particulièrement les citoyens les moins nantis.

- Ce sont les personnes les plus pauvres qui ont le moins accès aux soins, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier contact avec le système de soins. Selon une étude très récente de chercheurs de l'Université de Waterloo<sup>87</sup>, les Canadiens les mieux nantis sont 1,7 fois plus susceptibles d'avoir un médecin de famille que les plus pauvres.
- La même étude, ainsi qu'une recherche comparative menée par l'OCDE<sup>88</sup>, indiquent que les personnes économiquement défavorisées ont plus de difficulté à voir un médecin généraliste que celles dont le revenu est plus élevé.
- Une fois que ces personnes sont entrées dans le système de soins, elles recourent aux médecins généralistes davantage que les gens plus fortunés. Les personnes pauvres font plus appel aux hospitalisations, en raison de la difficulté qu'elles ont à avoir accès à des soins de première ligne. Elles

<sup>87</sup> Lori J. Curtis et William J. MacMinn. *Health-Care Utilization in Canada : 25 Years of Evidence*. Document de recherche n° 190 du programme de recherche Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP), basé à l'Université McMaster, mai 2007.

<sup>88</sup> Eddy Van Doorslaer et Cristina Masseria. *L'inégalité de l'utilisation des services de santé en fonction du revenu dans 21 pays de l'OCDE*, chapitre 3 de *Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques*, OCDE, 2004.

retardent la consultation d'un médecin, leur état de santé s'aggrave et elles sont amenées à utiliser des services plus lourds et plus coûteux.

## ❑ Les raisons du retard

Au Québec, plusieurs raisons expliquent l'accès insuffisant des citoyens à des médecins généralistes, et donc à une première ligne efficace. Le groupe de travail a tenté de cerner les principales d'entre elles.

### ■ Une désaffection des médecins à l'endroit de la médecine familiale

On constate d'abord la diminution du nombre de médecins exerçant en cabinet de première ligne. En une seule année, soit de 2004 à 2005, la proportion de médecins exerçant en cabinet est passée de 77 % à 71 %.

Les données disponibles au niveau de la formation sont très inquiétantes. Elles signifient un désintérêt croissant de la pratique de la médecine de famille dans les facultés. Selon les jeunes médecins, les exigences reliées aux activités médicales particulières et les plans régionaux d'effectifs semblent s'ajouter aux contraintes de la pratique de médecine familiale pour expliquer ce phénomène.

- En 2007-2008, seulement 237 des 300 postes de résidence en médecine familiale ont été pourvus<sup>89</sup> – soit 79 % des postes offerts. À l'inverse, la proportion des postes comblés en médecine spécialisée a atteint 94,5 % pour la même année.
- Ce changement dans les données 2007-2008 représente un bris de tendance par rapport aux années précédentes. On l'observe malgré l'augmentation importante d'étudiants en médecine autorisée par le gouvernement du Québec depuis quelques années.

### ■ Les cabinets privés fragilisés

La situation des cabinets privés est préoccupante.

La proportion des revenus des omnipraticiens provenant de la pratique en cabinet a diminué, les médecins omnipraticiens ayant par ailleurs augmenté leurs activités dans les autres milieux.

Plusieurs facteurs expliquent cette situation.

- La composante technique de la rémunération du médecin est devenue insuffisante pour couvrir les frais de fonctionnement de la pratique en cabinet. Cette lacune explique en grande partie le recours grandissant à des frais accessoires chargés directement au patient.

---

<sup>89</sup> *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec...*, op. cit., page 23.



- La prise en charge du patient n'est pas reconnue dans un contexte interdisciplinaire. De façon générale, pour être rémunéré, le médecin doit être la personne qui donne le soin. Il ne peut déléguer sa tâche à un autre professionnel.
- Les équipes médicales de première ligne ont de la difficulté à accéder à des plateaux techniques, à des services diagnostiques et aux spécialistes. Cette difficulté est une source importante de délais et d'inefficacité dans la prestation des services de première ligne. Elle entraîne des coûts importants de suivi et a un effet négatif sur l'accessibilité.

#### ■ Un financement orienté surtout vers les hôpitaux

Dans notre système de santé, la part du lion du financement est dirigée vers les établissements hospitaliers.

Le système est principalement organisé autour des hôpitaux. Alors que les soins de première ligne devraient être principalement dispensés dans des cliniques de santé, dans les faits, les centres hospitaliers restent trop lourdement impliqués dans ces soins – au moment où les cliniques médicales sont sous-développées.

## 6.4 Accélérer le déploiement de cliniques de santé partout au Québec

La situation actuelle des soins de première ligne au Québec et l'importance qu'ils représentent pour l'efficacité de l'ensemble du système et la satisfaction des besoins des citoyens imposent une action vigoureuse.

#### □ Une priorité

Tout le monde s'entend sur l'importance qui doit être accordée à la première ligne. Les orientations adoptées ces dernières années par le ministère de la Santé et des Services sociaux en témoignent. Le gouvernement a déjà entamé le déploiement des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau. Il faut accélérer ce déploiement.

Les investissements nécessaires à cette fin sont pleinement justifiés par les gains qui en résulteront, à moyen et long terme.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que le gouvernement accélère le déploiement de cliniques de santé, de façon à assurer à chaque Québécois l'accès à un médecin de famille.

Ce déploiement devrait être réalisé sur un horizon de cinq ans.

Le groupe de travail propose que l'on parle de cliniques de santé plutôt que de cabinets de médecins, afin de souligner le fait que les services offerts devraient être assurés non pas par les seuls médecins, mais par des équipes multidisciplinaires.

Pour le groupe de travail, le concept de clinique de santé constituerait ainsi un terme générique, englobant une variété d'organisations dédiées aux soins de première ligne – soit les cabinets privés, les groupes de médecine de famille, les cliniques-réseau, les coopératives de santé et les CLSC.

### **❑ Une formule souple et adaptée**

Dans la vision qu'en a le groupe de travail, il s'agirait en quelque sorte de compléter le déploiement des groupes de médecine de famille, mais selon une formule souple et adaptée aux différents milieux de vie.

- Dans certains milieux, on souhaitera privilégier la formule coopérative, bien connue de la population québécoise et qui a déjà du succès à certains endroits.
- Une formule allégée de groupe de médecine de famille pourrait être obtenue à partir de l'association de plusieurs cabinets privés, se partageant les heures d'ouverture et du personnel infirmier pour assurer une plus grande accessibilité et une meilleure prise en charge des patients.
- Il est possible qu'un CLSC puisse s'associer à des cabinets privés pour former une clinique de santé, afin de mettre en place une organisation offrant à la fois une meilleure accessibilité et une meilleure prise en charge des patients.
- Selon l'étude effectuée pour le groupe de travail<sup>90</sup>, une autre avenue intéressante se dessine au Québec et repose sur une forte implication de certaines autorités municipales dans le domaine de la santé. Cette possibilité est peut-être plus prometteuse en milieu rural qu'en milieu urbain.

Pour ce qui est de l'organisation des soins de première ligne, le groupe de travail reconnaît ainsi l'apport des cabinets privés et des polycliniques. Il propose une

---

<sup>90</sup> *Modes d'organisation des services prometteurs...*, op. cit., page 19.

organisation efficace, fondée sur plus d'un modèle, pourvu que les cliniques de santé atteignent les objectifs édictés par l'agence régionale et aient établi une entente avec cette dernière.

### **❑ Un financement particulier**

Ces cliniques bénéficieraient d'un financement particulier, comme actuellement les groupes de médecine de famille et les cliniques-réseau.

- Le financement permettrait à la clinique de santé de disposer de services d'infirmières, de professionnels et de personnels de soutien.
- Ce financement inclurait l'informatisation de la clinique, l'implantation d'un dossier médical électronique et la mise en réseau avec le centre hospitalier, les services de radiologie, les laboratoires et les autres services de santé pertinents.

### **❑ Un contrat avec l'agence régionale**

Ces cliniques devraient offrir des services et poursuivre des objectifs définis par contrat avec l'agence régionale.

Il s'agirait de contrats précisant clairement les services en cause, fondés sur des indicateurs de santé et déterminant un nombre limité de paramètres de l'offre de services – telles la prise en charge des patients et une garantie d'accessibilité à des heures de services étendues.

### **❑ Des conditions de succès**

Le succès des cliniques de santé suppose que le gouvernement et l'ensemble des intervenants concernés répondent par un certain nombre d'initiatives aux problèmes signalés précédemment.

Il faudrait ainsi :

- valoriser la pratique de la médecine de famille en cours de formation et ajuster à cette fin le niveau de rémunération des médecins;
- inciter les médecins à pratiquer dans les modes d'organisation de services de première ligne les plus prometteurs,
- permettre et soutenir financièrement l'éclosion de nouveaux modèles organisationnels émanant de la communauté,
- faciliter la liaison entre les cliniques de santé et les autres intervenants du secteur, tels les CSSS et les organismes communautaires.

## ❑ Réfléchir aux rigidités du cadre législatif actuel

Les organisations de première ligne sont d'autant plus efficaces qu'elles disposent d'une grande flexibilité dans l'organisation des soins. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est loin de permettre une telle souplesse, selon l'étude commandée par le groupe de travail<sup>91</sup>.

L'étude constate ainsi : « Il existe des formes très précises et homogènes d'établissements offrant des services de santé et des services sociaux au Québec. Elles sont stipulées dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. La structure interne de chacun des établissements y est aussi précisée dans les moindres détails. Leurs responsabilités et modes de fonctionnement y sont aussi scrupuleusement spécifiés. [...] »

C'est la gestion de la production de services qui guide les actions et décisions du ministère de la Santé et des Services sociaux et des agences régionales. C'est cette conception qui fait que tout dans la loi encadre la production de services. [...] Le Québec est possiblement rendu à la limite de cette conception de la gouverne »<sup>92</sup>.

Le constat ainsi dégagé mérite au moins réflexion. Le gouvernement devrait analyser les dispositions législatives actuelles en fonction de la philosophie qui semble avoir présidé à leur élaboration.

Pour le groupe de travail, il faut que le gouvernement adopte des approches beaucoup plus souples et flexibles, facilitant l'adaptation et stimulant l'innovation<sup>93</sup>.

## 6.5 Une cotisation annuelle

Le groupe de travail a analysé les possibilités de financement additionnel dont pourraient bénéficier les cliniques de santé, en reliant cette réflexion aux liens qui devraient être établis entre les cliniques et leurs clients. En s'inspirant des coopératives, le groupe de travail suggère la cotisation annuelle.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement de donner aux cliniques de santé ayant conclu une entente avec l'agence régionale le droit de percevoir annuellement une cotisation auprès des patients inscrits.

<sup>91</sup> *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec...*, op. cit., page 85.

<sup>92</sup> *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec...*, op. cit., page 34.

<sup>93</sup> Voir ci-après le chapitre 12 consacré à l'organisation du travail, page 199.

Une telle cotisation contribuerait à créer un sentiment d'appartenance des citoyens inscrits par rapport à leur clinique de santé.

Lors de l'inscription à sa clinique de santé, le patient verserait sa cotisation.

- Une clinique pourrait décider de ne pas demander de cotisation à ses patients inscrits, ou de demander une cotisation moins élevée que le plafond permis.
- La cotisation ne devrait pas dépasser 100 \$ par année et par adulte.
- Les enfants de moins de 18 ans ne devraient pas avoir de cotisation à verser, de même que les plus démunis.

La cotisation pourrait constituer une dépense admissible au titre du calcul de l'impôt des particuliers.

### **□ Des avantages nombreux**

Pour le groupe de travail, une cotisation annuelle présenterait de nombreux avantages.

#### **■ Un sentiment d'appartenance**

Le groupe de travail a examiné le modèle des coopératives de santé. L'un des avantages de ces coopératives est de créer, auprès des consommateurs qui en sont membres, un sentiment d'appartenance et de responsabilité à l'égard de leur santé et de celle de leurs concitoyens.

- Les coopératives ont des caractéristiques particulières qui ne se limitent pas à cette seule idée. Les coopératives fonctionnent selon des règles démocratiques.
- Le lien d'appartenance est renforcé par la démocratie mais il est formalisé par le paiement, par les membres, d'une part sociale à vie. Dans certaines coopératives de santé, on demande également une cotisation annuelle.

Des cliniques médicales privées ont institué de leur côté un système d'inscription et une cotisation annuelle.

#### **■ Un engagement mutuel entre le citoyen et son médecin**

Le versement de la cotisation, au moment de son inscription à la clinique santé ou de son renouvellement, aurait pour effet d'établir un engagement mutuel entre le citoyen et son médecin.

En retour du paiement, le médecin s'engagerait en effet, avec la clinique de santé, à assurer à ce patient :

- un suivi et une prise en charge de sa santé,
- un service 24 heures par jour, sept jours par semaine,
- un accès sur rendez-vous dans des délais rapides,
- une clinique sans rendez-vous,
- des services variés,
- une porte d'entrée sur les autres services du système de santé.

L'engagement mutuel serait renforcé par un geste concret, soit le paiement de la cotisation.

### ■ Le principe de la liberté de choix

La cotisation annuelle concrétiserait en même temps le principe de la liberté de choix du citoyen.

Celui-ci, en faisant le geste de verser un montant d'argent, exprimerait très concrètement son choix d'une clinique plutôt que d'une autre.

- Avec la cotisation, les citoyens exerceraient leur pouvoir de consommateurs dans le choix d'une clinique.
- Si cela correspond à leur préférence, des citoyens pourraient utiliser ce mécanisme pour favoriser la création d'une coopérative de santé ou d'une clinique communautaire, à moins qu'ils ne privilégient le système public en s'inscrivant à un CLSC.

### ■ Une incitation à la productivité et à la qualité

La capacité que l'on donne aux citoyens de diriger des fonds vers une clinique plutôt qu'une autre comporte un autre avantage non négligeable, soit celui d'inciter les pourvoyeurs de soins à une meilleure productivité et à offrir un service de qualité.

Les médecins sauraient que les patients ont désormais la possibilité de réduire les revenus de leur clinique en décidant d'aller s'inscrire ailleurs.

Pour une cotisation équivalente, les médecins pourraient offrir des services additionnels afin de se distinguer des autres cliniques. Ils pourraient préférer fixer une cotisation moindre que le plafond autorisé.

## ■ Une conviction

Le groupe de travail est convaincu que l'accent à mettre sur la première ligne constitue une priorité absolue, si l'on veut effectivement assurer la pérennité d'un système de santé répondant efficacement aux besoins des citoyens.

## CHAPITRE 7 – DES INITIATIVES POUR L'ACCÈS AUX SOINS

Le groupe de travail a déjà souligné que pour lui, une réflexion sur l'organisation des soins est indissociable de toute analyse de la question du financement de la santé<sup>94</sup>. Une organisation des soins plus efficace contribuera aux solutions à y apporter.

Pour le groupe de travail, la priorité que le gouvernement doit assurer à la première ligne ne sera pas suffisante si on veut améliorer de façon significative l'organisation des soins. Il faut également introduire dans notre système de santé plusieurs initiatives qui ont déjà fait leurs preuves à l'étranger.

Des étapes ont été franchies à cet égard. Il faut cependant aller encore plus loin.

Les initiatives suggérées sont essentiellement de deux ordres.

- Le groupe de travail a identifié plusieurs gestes ciblés, afin d'assurer une collaboration étroite entre la première ligne et les autres composantes du système.
- Le groupe de travail souhaite par ailleurs contribuer à renverser certains tabous, en faisant du secteur privé un allié du secteur public. L'apport du secteur privé pourrait contribuer directement à assurer la pérennité de notre système, à condition de le considérer comme une ressource complémentaire.

Ces différentes initiatives doivent être clairement encadrées. Pour le groupe de travail, il est essentiel d'en évaluer régulièrement les résultats.

### 7.1 Assurer une collaboration étroite entre la première ligne et les autres composantes du système

Dans le chapitre précédent, on a identifié un ensemble de conditions visant à garantir le succès des cliniques de santé.

Pour assumer leurs responsabilités, les cliniques de santé devront disposer de moyens permettant d'assurer la continuité des soins entre leurs services et les autres composantes du système.

---

<sup>94</sup> Voir ci-dessus, page 69.



## ❑ Une collaboration essentielle

L'analyse effectuée à la demande du groupe de travail confirme que les organisations de services de première ligne les plus performantes sont celles qui sont pleinement axées sur la collaboration avec le milieu et l'intégration de leurs services aux autres composantes du système de soins<sup>95</sup>.

- La collaboration entre les organisations de services de première ligne d'un même territoire est requise pour procurer des services 24 heures par jour et 7 jours par semaine.
- Cette collaboration garantit un meilleur suivi des personnes atteintes de problèmes de santé complexes telles les maladies chroniques ou de mieux suivre des groupes de la population lors de campagnes de vaccination ou de dépistage de masse.
- Une collaboration doit être établie avec les organisations offrant des services spécialisés, afin de faciliter l'accès de ces services aux patients qui en ont besoin.
- Il faut assurer une meilleure coordination des services offerts par différents professionnels ou organisations de santé au cours d'un même épisode de soins d'un patient. On fait ici référence à la collaboration qui devrait exister entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Les ententes conclues récemment entre le gouvernement et les fédérations de médecins abordent cette question par des mesures incitatives, dont l'efficacité devra être évaluée.

- Une collaboration étroite doit également s'établir avec les organisations communautaires, afin de soutenir les personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé complexes ainsi que leurs proches aidants.

Cette collaboration est donc une condition essentielle à l'obtention des effets escomptés du développement des services de première ligne.

---

<sup>95</sup> *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec...*, op. cit.

**L'entente entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le gouvernement : des mesures pour améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés**

L'entente conclue en 2007 entre le gouvernement du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec comprend diverses mesures incitatives, visant à améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés.

On peut en donner ici quelques exemples :

- Certaines mesures ont pour objet d'assurer une utilisation optimale du bloc opératoire et des plateaux techniques, afin de diminuer les listes d'attente pour certains services chirurgicaux. L'entente prévoit ainsi une augmentation des ressources nécessaires à la réalisation des interventions chirurgicales, ainsi qu'un accroissement du temps de fonctionnement du bloc opératoire dans certains établissements désignés.
- D'autres mesures ont pour objet de réduire les délais d'attente entre la référence du médecin de famille et la consultation du médecin spécialiste. L'entente prévoit par exemple la création de guichets d'accès, ainsi qu'une modulation de la rémunération de certains médecins spécialistes en fonction du délai écoulé depuis la référence par le médecin omnipraticien.

**❑ Mettre en place des mécanismes, offrir de nouveaux outils, agir sur la formation**

Cette collaboration correspond au mandat de base confié aux Centres de santé et de services sociaux, mis en place en 2004<sup>96</sup>.

- Avec leurs partenaires, ils ont une responsabilité vis-à-vis la population qu'ils desservent. Ils doivent assurer des soins et des services dans le cadre de projets cliniques et organisationnels. L'une de leurs missions est d'assurer la coordination entre l'unité constituante et les centres hospitaliers, les cliniques, les organismes communautaires et les autres établissements situés sur leur territoire.
- En fait, les CSSS sont des pourvoyeurs de soins. Leur mission correspond tout à fait à la préoccupation d'assurer une collaboration étroite entre la première ligne et les autres composantes du système. Pour qu'ils puissent s'en acquitter efficacement, ils doivent pouvoir bénéficier d'une large autonomie et être pleinement responsables de leur gestion.

Il faut cependant aller plus loin.

---

<sup>96</sup> Voir ci-dessus, page 21.

Pour renforcer la collaboration entre la première ligne et les autres composantes du système, les établissements doivent pouvoir compter sur de nouveaux outils et appuis.

- On devrait ainsi mettre en place des agents de liaison chargés d'assurer la relation avec d'autres intervenants de la santé, des organismes communautaires et des secteurs autres que celui de la santé. Dans certains établissements, cette fonction existe sous l'appellation d'« infirmière de liaison », et elle donne de bons résultats.
- On devrait également utiliser davantage les nouvelles technologies de l'information, afin de transmettre l'information clinique entre les différents intervenants, dans la mesure où leur contenu s'inspire d'une pensée clinique commune et a fait l'objet de consensus. On reviendra plus loin sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et sur la mise en place du dossier patient électronique<sup>97</sup>.
- Pour renforcer spécifiquement la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes, il y aurait lieu de revoir le cadre de formation des médecins. Il s'agirait d'éviter que ne s'installe un clivage entre médecins de famille et médecins spécialistes dès les années d'études et de résidence, et s'attacher à revaloriser la médecine familiale.
- Comme on vient de le souligner, les plus récentes ententes de rémunération conclues entre le gouvernement et les fédérations de médecins comportent des mesures incitatives visant à favoriser la réduction des délais pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste après la visite chez le généraliste. Ces ententes prévoient également des mesures – telles que des paiements à forfait – dans le but de tenir compte des responsabilités confiées aux médecins de famille en matière de suivi et de prise en charge des malades.

Le groupe de travail considère qu'à moyen terme, la rémunération des médecins de famille devrait évoluer vers un régime mixte comportant un financement lié au nombre de patients inscrits auprès de lui et dont il accepte d'assurer le suivi et la prise en charge – ce que l'on appelle le « financement par capitation »<sup>98</sup>.

---

<sup>97</sup> Voir ci-après, page 221.

<sup>98</sup> *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec...*, op. cit., page 27.

## ❑ Renforcer la collaboration grâce au financement

Il existe un autre moyen de renforcer la collaboration entre la première ligne et les autres composantes du système, cette fois-ci en agissant sur leur financement. Le groupe de travail suggère que le financement des organisations de santé devienne interdépendant. Une telle interdépendance inciterait chaque organisation à définir ses actions en tenant compte des obligations des autres.

- Une partie du financement accordé aux cliniques de santé et aux médecins de famille, qui prendrait la forme d'une capitation, pourrait comprendre, en tout ou en partie, le coût des consultations demandées aux médecins spécialistes.
- En contrepartie, les organisations de services de première ligne pourraient recevoir une somme équivalente aux économies réalisées par un séjour plus court à l'hôpital résultant d'une prise en charge rapide de leur part.

## 7.2 Faire du secteur privé un allié du secteur public

La deuxième série d'initiatives proposées par le groupe de travail touche au secteur privé, à son rôle et aux responsabilités qui pourraient lui être confiées.

On a déjà souligné que cette vision du rôle du secteur privé se situe aux antipodes d'un processus de privatisation<sup>99</sup>. Pour le groupe de travail, le but est de reconnaître le secteur privé comme un allié du secteur public, en définissant de façon structurée la complémentarité qui en découle.

Le secteur privé est le principal intervenant pour ce qui est des services de première ligne<sup>100</sup>. L'opposition actuellement présentée au Québec entre secteur public et secteur privé est improductive, alors que l'on tente de trouver les meilleurs moyens de rendre le système de santé actuel plus performant.

C'est dans ce but que le groupe de travail a analysé et retenu quatre innovations à ses yeux pertinentes et prometteuses. Le groupe de travail propose ainsi :

- des relations plus transparentes avec les cliniques médicales associées;
- un découplage circonscrit de la pratique médicale;
- l'élargissement de la possibilité pour les citoyens de contracter une assurance privée;
- une utilisation accrue des équipements hospitaliers, en ouvrant la possibilité pour les hôpitaux publics de bénéficier de sources de revenus privées.

---

<sup>99</sup> Voir ci-dessus, page 14.

<sup>100</sup> Voir ci-dessus, page 81.

### **7.2.1 Des relations plus transparentes avec les cliniques médicales associées**

La loi 33<sup>101</sup>, adoptée à la demande du gouvernement en décembre 2006, encadre les services spécialisés offerts en cliniques privées. Il s'agissait de définir une réglementation plus sévère que celle qui existait auparavant, afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

La loi 33 a par ailleurs introduit le concept de clinique médicale associée. Une telle clinique constitue en fait une extension de l'hôpital dans les locaux d'une clinique privée, d'un laboratoire ou d'un centre médical spécialisé.

#### **❑ Une loi qu'il faut assouplir**

Avec la mise en place des cliniques médicales associées, le gouvernement a donc créé une situation où des soins habituellement prodigués à l'hôpital peuvent l'être par une organisation privée. Cependant, ces soins sont soumis aux mêmes contrôles qu'en établissement, et le financement des services demeure entièrement public.

Le groupe de travail considère que les cliniques médicales associées représentent une initiative intéressante aux fins d'accroître l'accès aux services. Les services rendus répondent visiblement à une demande.

Le groupe de travail constate cependant que la loi 33 est complexe et que son libellé peut prêter à confusion. Il déplore la très lourde réglementation qui entoure la création des cliniques médicales associées et craint que le développement de telles cliniques soit ainsi plus lent que souhaité.

#### **❑ Une procédure d'appel d'offres**

Un mécanisme transparent d'appel d'offres fondé sur un besoin de services clairement défini devrait guider le choix du producteur de soins. Ce choix serait ainsi essentiellement motivé par la possibilité d'améliorer l'accès de la population au service concerné ou, à qualité égale, de le fournir à un coût moindre.

Le groupe de travail propose au gouvernement d'instaurer un mécanisme transparent d'attribution des contrats liant les établissements ou les agences régionales aux cliniques médicales associées autorisées à dispenser des services spécialisés.

---

<sup>101</sup> Voir ci-dessus, page 22.

## 7.2.2 Un découloisonnement circonscrit de la pratique médicale<sup>102</sup>

Selon la *Loi sur l'assurance maladie*, les médecins doivent choisir entre la participation dans le régime public ou le désengagement. Ils ne peuvent avoir une pratique mixte, c'est-à-dire être participant au régime public et traiter en même temps certains patients hors de ce régime.

- Les systèmes de santé de la majorité des pays industrialisés permettent à des degrés divers une mixité de pratique. Ils voient dans la mixité des pratiques publique et privée un choix offert aux personnes dont la demande de soins ne peut être couverte de façon satisfaisante par le système public.
- Dans le cas du Québec, le cloisonnement de la pratique médicale interdit un tel choix puisqu'il limite le nombre de médecins auxquels un patient peut faire appel. Les citoyens soumis à de trop longues attentes et à l'absence de soins accessibles dans le système public n'ont pas de moyen ou d'option leur permettant d'obtenir les soins que leur état requiert. En pratique, la loi leur interdit d'utiliser leur argent pour obtenir des soins médicaux ou hospitaliers.

### ❑ Les effets négatifs de la situation actuelle

Des exemples éloquentes des effets négatifs résultant de la situation actuelle ont été portés à l'attention du groupe de travail. Les personnes en cause appartiennent à toutes les classes de revenus. Ces exemples illustrent des situations où des citoyens n'ont pas eu la possibilité de faire appel à un médecin à leurs frais, car le cloisonnement a rendu très limité le nombre de médecins exerçant en dehors du régime public.

- On a ainsi signalé le cas d'enfants devant attendre pendant des mois pour des interventions mineures.
- Avec le temps, les soins non prodigués se transforment en conditions nécessitant des interventions beaucoup plus coûteuses en termes d'atteinte à la santé, d'absences de l'école et du travail pour les parents et de dépenses plus élevées pour les hôpitaux.

---

<sup>102</sup> Cette section fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne, voir annexe 3, page 297.

De nombreux médecins spécialistes déplorent vivement de ne pouvoir traiter sur une base régulière leurs patients, faute de disponibilité de salles d'opération ou d'appareils cliniques. Cette situation est d'autant plus inacceptable que les salles d'opération et les appareils cliniques sont loin d'être utilisés de façon optimale.

- Une plus grande utilisation de ces équipements coûteux, dont la vie utile est souvent limitée, permettrait d'en amortir plus rapidement les coûts.
- Elle apporterait une source additionnelle de revenus aux médecins, infirmières et autres personnels – voire aux établissements eux-mêmes – et cela sans grever les finances publiques.

### **❑ Les arguments en faveur du statu quo**

Ceux qui s'opposent à tout changement le font au nom du principe de l'accès égal de tous aux soins.

Selon eux, l'application stricte de la loi est plus importante que les conséquences négatives résultant de la situation actuelle. Ils ignorent le jugement de la Cour suprême, dans la cause Chaoulli, selon lequel les délais mettent en péril la vie, l'intégrité et la sécurité des malades.

### **❑ Un encadrement est possible : les règles proposées**

Un encadrement du décloisonnement est possible, et le groupe de travail propose trois règles, inspirées de ce qui se fait dans les pays développés autorisant la mixité des pratiques.

- En premier lieu, l'ouverture vers l'acceptation des patients sur une base privée ne devrait pas avoir pour effet de drainer vers le secteur privé une partie des effectifs du secteur public, dans un territoire donné. Il existe un consensus général sur ce point. Dans une région ou un territoire donné, il doit y avoir assez de médecins pour assurer la prestation publique.
- En deuxième lieu, l'ouverture sur une pratique mixte devrait faire l'objet d'une entente entre chaque médecin et son établissement, afin d'assurer notamment le maintien dans l'établissement des effectifs nécessaires. Pour le groupe de travail, il est préférable de laisser à la direction des établissements le soin de prendre les décisions les plus appropriées dans l'intérêt des patients, de concert avec le personnel professionnel.
- En troisième lieu enfin, en vue de s'assurer que le médecin s'acquitte de son obligation envers le public, ses revenus de source privée devraient être limités à un pourcentage des revenus perçus dans le cadre du régime public. Cette limite pourrait également être calculée en termes d'heures consacrées au service privé et au régime public.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande donc qu'un médecin puisse être autorisé à exercer selon une pratique mixte, à l'intérieur des limites prescrites et sous condition d'une entente avec son établissement.

## **7.2.3 Ouverture sur l'assurance privée<sup>103</sup>**

Dans le secteur des assurances de personnes, l'assurance constitue un moyen de se protéger contre les risques de la maladie, des accidents, de l'invalidité et de la perte d'autonomie.

- L'assurance ou la couverture peuvent prendre la forme d'un paiement ou d'un remboursement pour des soins ou services reçus par l'assuré.
- Elles peuvent aussi consister en un montant forfaitaire ou des paiements périodiques versés à l'assuré devenu invalide, en perte d'autonomie ou en réadaptation suite à un accident. Dans ces derniers cas, il appartient généralement à l'assuré de décider comment utiliser les indemnités reçues.

L'assurance privée est en définitive un outil de budgétisation qui permet aux assurés, généralement de la classe moyenne, d'éviter de déboursier sans préavis des sommes importantes s'ils sont touchés par un événement non couvert par le système public.

### **❑ Les expériences étrangères**

L'assurance privée joue un rôle dans la protection de la santé des individus de tous les pays de l'OCDE, à l'exception de deux d'entre eux, soit la Norvège et le Japon.

- Elle peut prendre des formes diverses, allant de la couverture primaire à une couverture parallèle ou duplicative, en passant par des couvertures complémentaires ou supplémentaires.
- Il n'y a pas de modèle unique. Le rôle de l'assurance privée est adapté à chaque situation et dépend de facteurs historiques et des objectifs des gouvernements.
- Selon l'OCDE, l'assurance maladie privée peut aider à la réalisation des objectifs de performance d'un système de santé, mais son impact est limité.

---

<sup>103</sup> Cette section fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne, voir annexe 3, page 297.



En 2004, la part des assurances privées dans les coûts totaux de santé représentait plus de 5 % dans dix pays et plus de 10 % dans quatre pays seulement.

## **❑ Le système actuel**

Notre système public de santé couvre les soins médicaux et hospitaliers et les médicaments pour les personnes non couvertes par une assurance collective.

Il couvre également, sous réserve de conditions d'admissibilité, des soins de longue durée.

Il reste donc une large gamme de services non couverts tels les soins dentaires, les services des optométristes et les soins paramédicaux, les frais ambulanciers et tous les autres soins et services dispensés par des professionnels autres que des médecins.

Au Canada et au Québec, environ les deux tiers des personnes sont couvertes et approximativement 12 % des dépenses totales de santé proviennent des assurances privées individuelles ou contractées sur une base collective.

## **❑ La liberté de choix**

Comme dans le cas du décloisonnement, la question de l'assurance privée soulève toute la question de la liberté de choix.

La liberté de choix est compatible avec un régime public accessible à tous. La liberté de choix d'une personne n'aura pas pour effet de limiter les droits et libertés des autres citoyens, si elle est bien encadrée. Au contraire, elle aura indirectement pour conséquence d'accroître l'offre globale de soins, et donc leur accessibilité.

Il ne s'agit pas d'un choix uniquement pour les personnes à revenus plus élevés. Le cas suivant très réel illustre bien l'importance pour tous de cette liberté de choix. Il s'agit du chauffeur de camion qui, au lieu d'attendre pendant des semaines pour se faire opérer, a décidé de payer de sa poche pour reprendre son travail plus rapidement. En vertu de quel principe peut-on lui refuser le droit de s'assurer contre un tel risque, lorsque le système public n'est pas en mesure de répondre de façon satisfaisante à ses besoins ?

La liberté de s'assurer contre ces risques existe dans plusieurs autres provinces canadiennes, et nulle part celle-ci n'a eu d'effets négatifs significatifs sur le système public de santé.

## ❑ La loi 33

Jusqu'à récemment, la *Loi sur l'assurance maladie* empêchait les citoyens de souscrire à une assurance privée pour des soins couverts par le système public.

Depuis l'adoption de la loi 33, la situation a changé quelque peu.

- Lorsque ce volet de la loi prendra effet, une personne pourra conclure un contrat d'assurance couvrant le coût des services assurés pour effectuer les opérations du genou, de la hanche ou des cataractes ou les autres traitements qui pourraient dans l'avenir être déterminés par règlement.
- Cependant, les services devront être dispensés uniquement dans un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins qui ne participent pas au régime public d'assurance maladie.

## ❑ Lever les contraintes actuelles

Le groupe de travail croit que dans le cadre du découloisonnement bien circonscrit qui est recommandé, les contraintes définies dans le cadre de la loi 33 n'auraient plus leur raison d'être.

Une personne devrait avoir le droit de s'assurer pour tous les services qui pourraient être offerts par des médecins autorisés à traiter des patients sur une base privée.

Dans la mesure où la loi 33 prévoit la possibilité de voir son application élargie à d'autres chirurgies – et à terme à n'importe quelle chirurgie –, on doit se demander pour quelle raison le gouvernement ne procéderait pas à cet élargissement tout de suite.

### Proposition

*Le groupe de travail propose que la loi autorise le recours à l'assurance privée pour des services déjà couverts par le régime public.*

Avec un tel changement, les personnes auraient un choix réel, soit celui d'un accès plus rapide aux soins lorsqu'elles le jugent nécessaire.

## 7.2.4 Utiliser davantage les équipements hospitaliers

Les auteurs de l'étude sur l'organisation des soins demandée par le groupe de travail ont attiré son attention sur une initiative potentiellement intéressante, visant une utilisation accrue des équipements hospitaliers en ouvrant la possibilité aux hôpitaux publics de bénéficier de sources de revenus privées<sup>104</sup>.

Il s'agirait de permettre aux Centres de services de santé et de services sociaux ainsi qu'aux hôpitaux d'agir comme de véritables organisations sans but lucratif, et d'être ainsi autorisés à diversifier leurs sources de financement.

Les hôpitaux communautaires américains et certains hôpitaux anglais (Hospital Trusts) ont la possibilité d'être financés simultanément par des fonds publics (Medicare et Medicaid) et des fonds privés (assurances privées). Il pourrait aussi en être ainsi des hôpitaux québécois.

Bien entendu, de la même façon qu'il est important de baliser la pratique privée des médecins, il est tout aussi important que les établissements s'engagent d'abord à respecter les objectifs de production publique inscrits dans le contrat conclu avec l'agence régionale. Ce n'est qu'une fois cette condition remplie que les établissements pourraient offrir une prestation privée dans leurs locaux.

Sous réserve de ces conditions, les hôpitaux pourraient améliorer leur rentabilité financière. Leur statut d'organisation sans but lucratif les obligerait à utiliser cette rentabilité accrue aux bénéfices des patients et des communautés qu'ils desservent.

La loi 33 prévoit déjà des dispositions permettant aux établissements de louer des plateaux techniques et de bénéficier des revenus ainsi dégagés. Le groupe de travail souhaite que les possibilités ainsi ouvertes puissent se confirmer et prendre la forme d'initiatives concrètes.

---

<sup>104</sup> *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec...*, op. cit., page 18.

## 7.3 Des initiatives clairement encadrées

Les innovations que l'on vient de proposer visent toutes, en bout de ligne, à renforcer notre système de santé et à en assurer la pérennité. Elles risquent cependant de soulever des méfiances et des réticences, surtout lorsqu'elles consistent à accroître la collaboration et la contribution du secteur privé.

Pour le groupe de travail, il importe donc que ces différentes innovations soient clairement encadrées et balisées – en rappelant les fondements du système qui continueront d'être respectés, et en prévoyant une évaluation serrée des résultats obtenus.

Plusieurs citoyens et organismes ont exprimé des craintes à l'égard de certaines des initiatives proposées par le groupe de travail – tels le décloisonnement de la pratique médicale, le recours à l'assurance privée duplicative ou un rôle accru du secteur privé. La mise en œuvre de la loi 33, malgré les contraintes nombreuses qui l'accompagnent, suscite également certaines inquiétudes.

Compte tenu de ces appréhensions, le groupe de travail considère que les changements et les expérimentations proposés – de même que la mise en œuvre de la loi 33 – devraient faire l'objet d'une évaluation après un délai raisonnable.

À un horizon pas trop éloigné, il sera en effet important de vérifier :

- si les soins prodigués le sont à un coût compétitif, par rapport à celui des interventions effectuées en établissement;
- si les critères de qualité et de sécurité sont bel et bien respectés;
- si ces changements ont un effet ou non sur la disponibilité de ressources humaines compétentes, pour les établissements publics.

### Proposition

*Le groupe de travail propose donc que les initiatives relativement au rôle du secteur privé et celles découlant des gestes déjà posés par le gouvernement soient évaluées sur un horizon de cinq ans.*

Il s'agit d'une question de bonne gouvernance, en même temps que d'une démarche démocratique, permettant d'accompagner le changement dans la transparence.



## CHAPITRE 8 – UNE RÉPONSE ADAPTÉE AU VIEILLISSEMENT ET À LA PERTE D'AUTONOMIE

En 2008, le Québec compte un peu plus d'un million de personnes âgées de 65 ans et plus. Ce nombre ne va pas cesser de croître, pour dépasser les deux millions d'ici vingt ans.

Le vieillissement de la population a déjà un effet sur le financement de la santé, et cet effet ira croissant. Les dépenses moyennes par habitant sont de plus en plus élevées, au fur et à mesure que l'âge augmente. Considérant l'impact du vieillissement de la population sur les coûts de la santé, certains prédisent que nous nous dirigeons vers une inévitable crise, mettant en péril l'existence de nos programmes sociaux. À l'opposé, d'autres croient que nous saurons composer sans trop de problèmes avec le vieillissement de la population.

- Il importe d'apporter quelques nuances concernant les impacts du vieillissement sur la personne et sur les coûts de la santé. Ces nuances seront précisées dès le début du chapitre.
- Pour le groupe de travail, il faut se pencher sur la question du vieillissement avec une vision de long terme, en reconnaissant que les impacts d'une société vieillissante vont bien au-delà du financement des services de santé.
- Le groupe de travail s'est penché sur la nature et les implications d'un régime public d'assurance contre la perte d'autonomie. Il en arrive à la conclusion que le Québec ne doit pas s'engager dans cette voie.
- Le groupe de travail a ensuite concentré sa réflexion sur ce qui nous attend au cours des prochaines années. À partir de l'expérience des pays développés, d'une analyse de ce qui se passe au Québec et de la formulation d'un certain nombre de constats, le groupe de travail présente les orientations de ce que serait une stratégie pour la prochaine décennie.

## 8.1 Quelques idées reçues sur les effets du vieillissement

Avant d'aborder de front la question du vieillissement et de la perte d'autonomie, on doit rectifier certaines idées reçues concernant l'impact de ce vieillissement sur la personne et sur les coûts de la santé.

### ❑ Le grand âge n'est pas synonyme de dépendance

Comme le souligne le ministère de la Santé et des Services sociaux dans son plan d'action sur les services aux aînés en perte d'autonomie 2005-2010, « le grand âge n'est plus synonyme de maladie, de pauvreté et de dépendance. Cette ancienne perception ne devrait plus avoir cours. La grande majorité des personnes âgées d'aujourd'hui sont autonomes, en bonne santé, socialement actives et économiquement indépendantes »<sup>105</sup>.

En fait, au Québec, seulement 20 % des aînés ont besoin de services en raison d'une incapacité. Dans la plupart des cas, il s'agit de personnes très âgées. Et seulement 3,5 % des personnes âgées sont hébergées dans un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) – soit environ 40 000 personnes.

Le grand âge n'est donc pas synonyme de dépendance, mais la croissance du nombre de personnes âgées entraînera une augmentation en valeur absolue du nombre de personnes dépendantes.

### ■ Le vieillissement n'est pas le principal facteur d'augmentation des coûts de la santé

Une deuxième idée reçue doit également être rectifiée. Malgré ce que l'on entend souvent dire, le vieillissement n'est pas la principale cause de la croissance des coûts, dans le secteur de la santé.

Il est certain que le vieillissement général de la population a un effet sur les coûts de la santé, même lorsque les personnes sont autonomes. La consommation de services de santé croît en effet avec l'âge. C'est le cas en particulier des personnes souffrant d'une maladie chronique.

Cependant, selon les perspectives de croissance structurelle des dépenses de santé établies par le ministère des Finances, le facteur vieillissement ne compte que pour 1,3 % dans la croissance annuelle prévisible de 6 % des dépenses publiques de santé, au cours des dix prochaines années. Ce pourcentage augmenterait par la suite, pour atteindre 1,6 % cinq ans plus tard. Ce n'est donc que dans une dizaine d'années que l'effet du facteur vieillissement va graduellement devenir plus prononcé.

<sup>105</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Un défi de solidarité – Les services aux aînés en perte d'autonomie*, 2005, page 11.

Cela signifie qu'entre-temps, l'effet du vieillissement sur les coûts de la santé est susceptible de demeurer relativement stable, durant la prochaine décennie. En application d'un principe de précaution, on doit cependant se doter au plus tôt d'une vision à long terme concernant le vieillissement et ses effets.

## 8.2 L'importance d'une vision à long terme

On doit d'abord revenir sur les principales données démographiques liées au vieillissement, avant de souligner les incertitudes avec lesquelles nous devons composer.

### □ L'enjeu démographique

Le déplacement de la génération des naissances d'après-guerre, les baby-boomers, à travers la pyramide des âges – et en particulier son arrivée aux âges de la retraite – provoquera, pendant une période de quinze à vingt ans, un vieillissement accéléré de la population québécoise.

Comme il s'agit d'un phénomène graduel qui va s'étaler sur une longue période, il importe d'établir quand et à quel rythme le vieillissement va se produire. Pour mettre la question en perspective, il faut rappeler qu'une personne née en 1950, en plein baby-boom, n'atteindra l'âge de 65 ans qu'en 2015 et celui de 75 ans en 2025.

Les projections démographiques démontrent que l'effet du vieillissement ne se fera sentir en conséquence que graduellement, et sur un horizon d'une trentaine d'années.

- Au cours des dix prochaines années, de 2008 à 2018, la population de 65 ans et plus va passer de 14,7 % à 19,5 % de la population totale. Cela représente une augmentation du nombre de personnes âgées d'environ 30 000 personnes par année.
- À l'intérieur de ce groupe, la proportion des personnes âgées qui atteignent 75 ans augmentera beaucoup plus lentement. Au cours des dix prochaines années, leur part passera de 6,8 % à 8,2 % de la population totale.

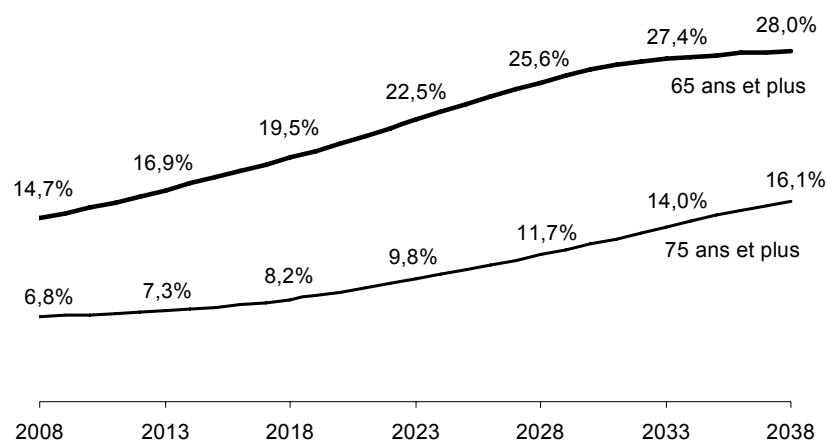
L'évolution du nombre de personnes âgées au cours de la prochaine décennie permet donc de croire qu'il sera possible de faire face à la situation. La stratégie proposée par le groupe de travail couvre cette période.

Cependant, nous devons avoir une vision à plus long terme et commencer à réfléchir dès maintenant, en tant que collectivité, à des impacts qui s'accroîtront par la suite.



## GRAPHIQUE 8

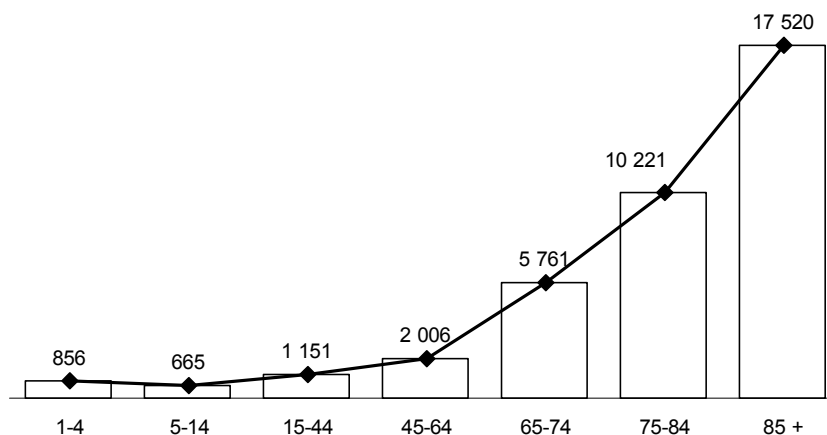
### Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus et de 75 ans et plus au Québec, 2008 à 2038 (en pourcentage)



Source : Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques, Québec et régions, 2001-2051*, édition 2003, scénario démographique de référence.

## GRAPHIQUE 9

### Dépenses de santé du gouvernement du Québec selon l'âge, 2004 (en dollars par habitant)



Source : Institut canadien d'information sur la santé.

## ❑ Beaucoup d'incertitudes

Des prévisions telles celles qui précèdent sont relativement fiables, lorsqu'elles portent sur une période limitée d'années.

Par contre, au-delà de 2018, elles deviennent de plus en plus hypothétiques. Il faut en effet tenir compte du fait que le monde dans lequel nous vivons évolue rapidement, et que de nombreux facteurs peuvent, tout comme par le passé, produire des changements hautement imprévisibles.

L'histoire des dernières décennies est pleine d'événements dont les répercussions ont été majeures et que personne n'a pu prévoir, même sur de courts horizons. Pour ne rester que sur le plan de la démographie, les experts prédisaient en 1998 que la population québécoise serait en déclin en 2008. On annonçait également que les caisses de retraite seraient à sec, que le taux de chômage serait élevé et que les transferts fédéraux n'existeraient plus.

Il est hasardeux d'essayer de prévoir comment évolueront plusieurs des facteurs qui auront d'importantes répercussions à moyen et à long terme sur le contexte économique et social et plus spécifiquement sur le financement de la santé.

- Quel sera le taux de participation au marché du travail des personnes de 55 à 65 ans au cours des prochaines années ?
- Jusqu'à quel point l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus sera-t-il amélioré, et quelle en sera l'incidence sur l'évolution future des dépenses de santé ?
- À quel niveau s'élèveront les revenus des baby-boomers à la retraite, par rapport à la situation actuelle ?

On pourrait multiplier les questions de cet ordre.

### 8.2.1 Des implications au-delà de la santé

En fait, les implications du vieillissement vont bien au-delà du financement des services de santé. Il s'agit d'une problématique complexe. Les voies de solution sont nombreuses et variées. Elles doivent être abordées dans le cadre d'un examen plus large, qui déborde singulièrement le mandat du groupe de travail.

- Tout le monde s'accorde pour souligner que l'une des clefs de l'avenir consiste à créer davantage de richesse, pour que la société ait les moyens d'offrir à ses aînés les services qu'ils sont en droit d'attendre.
- L'idée de prolonger la participation au marché du travail plus avant dans la soixantaine progresse.
- Celle de réduire de façon plus agressive le service de la dette, en diminuant le montant trop élevé de cette dernière, fait également son chemin. Le gouvernement a d'ailleurs créé un Fonds des générations à cette fin.
- Toute la question des retraites est en cause. Les personnes actuellement sur le marché du travail doivent sans aucun doute être incitées à se préparer à leur retraite, par l'épargne ou au moyen de contrats d'assurance.
- L'objectif du maintien des personnes âgées à domicile ou dans des modes d'habitation qui s'en approchent met en cause non seulement les programmes d'hébergement mais aussi les politiques d'habitation.

En fait, la question du vieillissement de la population comporte de multiples ramifications. Elle ne peut être étudiée de façon isolée ou sectorielle. Comme ce phénomène est plus prononcé au Québec qu'ailleurs, ses répercussions sur les finances publiques et, indirectement, sur la survie à long terme des programmes sociaux, devraient être abordées dans les meilleurs délais. Compte tenu de sa nature évolutive, la question devrait faire l'objet d'une réévaluation périodique.

Plus on tardera à établir les priorités et prendre les mesures qui s'imposent, plus les choix seront difficiles et risqués.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande que soit engagée une réflexion collective sur les répercussions du vieillissement de la population, sur le moyen et le long terme.

### 8.3 Commentaires concernant un régime d'assurance contre la perte d'autonomie

Le groupe de travail s'est penché sur la nature et les implications d'un régime public d'assurance contre la perte d'autonomie et il en arrive à la conclusion que le Québec ne doit pas s'engager dans cette voie.

- La mise en place d'un régime distinct d'assurance contre la perte d'autonomie constituait une recommandation majeure de la Commission Clair<sup>106</sup> et du Comité Ménard<sup>107</sup>.
- Au printemps de 2006, le document de consultation *Garantir l'accès* déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux proposait que la création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie soit comprise parmi les avenues à explorer pour assurer la pérennité du financement du système<sup>108</sup>.
- Quelques intervenants rencontrés par le groupe de travail ont également proposé la création d'un tel régime.

#### ❑ L'expérience étrangère n'est pas probante

Un examen de la situation relative aux soins prolongés montre qu'une variété d'approches ont été adoptées dans les pays de l'OCDE.

Sur les trente pays membres, seuls cinq pays – soit l'Autriche, l'Allemagne, les Pays-Bas, le Japon et le Luxembourg – ont établi des systèmes d'assurance contre la perte d'autonomie financés par des contributions spécifiques. Ces régimes ont tous été établis il y a un certain nombre d'années<sup>109</sup>.

L'OCDE tire de son analyse les conclusions suivantes :

- Les pays qui ont introduit des régimes contributifs d'assurance sociale ont résolu des problèmes immédiats.
- Ils se trouvent en contrepartie confrontés à de nouveaux engagements significatifs, afin de maintenir dans l'avenir ces régimes sans égard à la conjoncture économique.
- Il est loin d'être assuré que leur viabilité financière à long terme soit assurée.

---

<sup>106</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations*, 2000, page 190.

<sup>107</sup> Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations – Rapport et recommandations*, juillet 2005, pages 87 et 104.

<sup>108</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité – Document de consultation*, février 2006, page 60.

<sup>109</sup> Pays-Bas (1968), Autriche (1993), Allemagne (1995-96), Japon (2000) et Luxembourg (1999).

— D'ailleurs, dans chaque pays, des réformes sont actuellement envisagées.

Les autres pays de l'OCDE ont préféré atteindre un meilleur équilibre entre l'équité, la qualité des soins et la viabilité du système à l'intérieur de l'enveloppe fiscale existante. Ces pays ont dû effectuer des choix difficiles de réduction des services, et introduire ou modifier des tests de revenus ou d'actifs.

### **❑ Un rejet pour une question de principes et des raisons financières**

C'est avant tout pour une raison de principes que le groupe de travail rejette l'idée d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie.

- Actuellement, tous les Québécois sont couverts par notre régime d'assurance maladie. Ce régime est financé en très grande partie par les revenus généraux de l'État. Il est fondé sur le principe de la solidarité entre tous les Québécois.
- La création d'un régime distinct visant à garantir séparément et davantage une partie de la population serait tout à fait contraire à ce principe fondamental de solidarité.
- Si cette voie était choisie, les personnes qui arriveront à la retraite au cours des prochaines années bénéficieraient de garanties plus grandes que le reste de la population.

Par ailleurs, il n'existe pas d'étude détaillée permettant de conclure que le régime proposé serait viable financièrement. Aucune des propositions des intervenants auprès du groupe de travail ne s'appuie sur une analyse des enjeux financiers.

D'ailleurs, les participants au Sommet sur la santé tenu par le Collège des médecins en novembre 2007 se sont prononcés contre la création d'un régime distinct d'assurance contre la perte d'autonomie. Avant que l'on ne crée un autre régime, ils ont affirmé préférer, dans un premier temps, que l'on procède à une révision en profondeur des régimes actuels, qu'on les adapte aux besoins non couverts et qu'on les suive régulièrement dans le temps.

Le groupe de travail estime que tous ces motifs sont suffisants pour rejeter la création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie.

## 8.4 Les soins liés à la perte d'autonomie : la situation au Québec

Au Québec, les soins liés à la perte d'autonomie comprennent les soins infirmiers et professionnels, les soins d'assistance pour les activités de la vie quotidienne et les services d'assistance à la vie domestique. Ces soins et ces services peuvent être offerts aussi bien au domicile de la personne que dans des centres d'hébergement.

On peut définir plus précisément la nature de ces soins :

- Les soins infirmiers et professionnels comprennent les services infirmiers, services de réadaptation et d'adaptation (physiothérapie, ergothérapie) et services psychosociaux.
- Les soins d'assistance à la vie quotidienne recouvrent l'hygiène personnelle, l'aide à l'alimentation et l'aide aux déplacements.
- Les services d'assistance à la vie domestique englobent la préparation des repas, l'entretien ménager et la lessive.
- Sous la catégorie dite « hébergement sécuritaire adapté », on classe le gîte et le couvert pour des soins de longue durée.

Au 31 mars 2006, près de 90 % des aînés résidaient dans un domicile conventionnel, et seulement un peu plus de 3 % dans un CHSLD.

TABLERAU 3

### Répartition des personnes aînées selon le lieu de résidence au 31 mars 2006

(en nombre et en pourcentage)

Lieu de résidence	Nombre de personnes	Pourcentage
Domicile conventionnel	954 610	88,4 %
Résidences privées	81 167	7,5 %
Ressources intermédiaires (RI) et Ressources de type familial (RTF)	6 509	0,6 %
CHSLD privés non conventionnés	2 538	0,23 %
<b>CHSLD publics et privés conventionnés</b>	<b>35 461</b>	<b>3,3 %</b>

} 4,1 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## ❑ Les coûts

En 2005-2006, les coûts des différents services offerts aux personnes en perte d'autonomie ont atteint 2,7 milliards de dollars. La presque totalité de ces personnes (97 %) étant des personnes âgées de 65 ans et plus.

TABEAU 4

### Coûts des programmes du MSSS couvrant la perte d'autonomie, 2005-2006

(en millions de dollars)

	M\$
<b>Services d'hébergement</b>	
Services d'hébergement (CHSLD publics, privés conventionnés et non conventionnés)	1 474
Frais d'administration et de soutien des services d'hébergement	590
Ressources intermédiaires et familiales	116
Autres (Centres de jour, soins infirmiers et gériatriques de jour)	177
<b>Sous-total – Services d'hébergement</b>	<b>2 357</b>
<b>Maintien à domicile</b>	
Services à domicile (Soins infirmiers, professionnels et d'assistance)	299
PEFSAD (Subvention pour services d'aide domestique) <sup>(1)</sup>	21
<b>Sous-total – Maintien à domicile</b>	<b>320</b>
<b>Autres services (transports, coordination)</b>	<b>24</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2 701</b>

(1) Excluant les subventions de consolidation des entreprises.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## ❑ Maintien à domicile

Sur ce total de 2,7 milliards de dollars, les dépenses de services à domicile encourues à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie sont estimées, en 2005-2006, à 320 millions de dollars.

- Des services s'élevant à 267 millions de dollars sont dispensés par des ressources internes des établissements, tant pour les services de nature médicale (infirmières et professionnels spécialisés) que pour les services sociaux ou d'aide domestique (auxiliaires familiales et sociales des CLSC).
- Des organismes communautaires complètent l'offre de services (32,4 millions de dollars, incluant 7 millions de dollars pour l'allocation directe), ainsi que le secteur de l'économie sociale par le biais du Programme d'exonération

financière pour les services d'aide domestique (21 millions de dollars). Ce programme vise le soutien aux personnes en perte d'autonomie qui font appel aux entreprises d'économie sociale pour des services domestiques.

Le nombre de personnes âgées recevant des services dans la communauté était de 160 000 en 2003-2004. Moins de la moitié de ces personnes, soit 70 000, ont bénéficié d'un crédit d'impôt pour les soins à domicile en 2003. On prévoit qu'en 2009-2010, au moins 185 000 aînés auront besoin de soins à domicile.

Ces services sont essentiels. Ils répondent à des besoins évidents et ils sont appréciés par les personnes et par leurs familles.

#### **Le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique**

Le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique offre une aide financière aux personnes qui confient à une entreprise d'économie sociale en aide domestique reconnue les services dont elles ont besoin (entretien ménager, entretien de vêtements, préparation des repas, etc.). Ces services s'adressent à toute personne qui en fait la demande peu importe sa situation financière. Il peut également s'agir de personnes référées par le CLSC. La subvention est versée directement aux entreprises et permet de réduire le tarif exigé des personnes.

La subvention prend deux formes :

- Une aide fixe de base, accessible à toute personne (15 ans et plus), quel que soit le revenu familial, correspondant à une subvention de 4 \$ pour chaque heure de services rendus.
- Une aide variable supplémentaire de 0,40 à 6 \$ pour chaque heure de services, qui tient compte du revenu familial et de la situation familiale de la personne. Seules les personnes de 65 ans et plus et celles qui ont des besoins de soutien référées par un CSSS y sont admissibles.

L'aide ne peut excéder 10 \$ l'heure de services rendus et la personne paie la différence entre le tarif exigé par l'entreprise (17 \$ en 2003-2004) et l'aide accordée.

Une aide directe aux entreprises est également prévue et s'ajoute aux coûts du programme.



## ❑ Crédits d'impôt

Le Crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile d'une personne âgée soutient financièrement les personnes âgées qui choisissent de demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible.

- Depuis l'année d'imposition 2000, le régime fiscal accorde aux particuliers âgés de 70 ans ou plus un crédit d'impôt remboursable.
- En 2007, ce crédit a été porté de 23 % à 25 % des dépenses admissibles défrayées pour obtenir des services de soutien à domicile reconnus. Le montant des dépenses admissibles est assujéti à un plafond annuel de 15 000 \$, ce qui permet à un particulier de recevoir un crédit d'impôt maximal de 3 750 \$.
- En 2004, les personnes âgées ont bénéficié de ce crédit d'impôt pour un montant total de 78 millions de dollars. La projection du ministère des Finances pour 2007 s'élève à 191 millions.
- Il faut noter l'augmentation rapide du coût de ce crédit d'impôt.

Le Crédit d'impôt remboursable pour aidants naturels d'une personne majeure a pour but de reconnaître le rôle joué par la famille élargie dans la prise en charge d'une personne ayant une déficience grave et prolongée ou aux personnes vieillissantes.

- Le crédit est constitué d'un montant de base universel de 561 \$ par personne hébergée, auquel s'ajoute un supplément de 459 \$ qui peut être réduit en fonction du revenu de la personne.
- Ce crédit d'impôt a une valeur maximale de 1 020 \$ par année.
- Le coût de ce crédit d'impôt est estimé à 38 millions de dollars pour 2007.

Le Crédit d'impôt remboursable pour les personnes qui accordent un répit aux aidants naturels a pour but de reconnaître la contribution que certains citoyens peuvent apporter aux aidants naturels de personnes ayant une incapacité significative, en leur fournissant bénévolement des services de relève à domicile.

- Depuis l'année d'imposition 2007, un particulier qui fournit des services de relève bénévole à un aidant naturel pour un total d'au moins 400 heures peut bénéficier d'un crédit d'impôt remboursable.
- Le montant maximal par aidant est de 1 000 \$ (500 \$ par bénévole), ce qui représente un allègement fiscal de 10 millions de dollars en 2008.

## ❑ Services d'hébergement

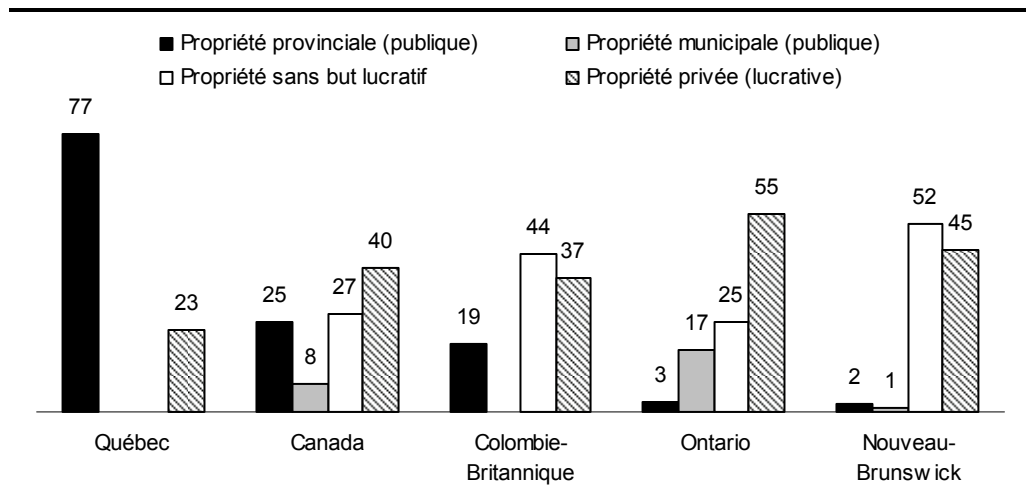
Les services d'hébergement représentent la majeure partie (87 %) des coûts encourus par le gouvernement à l'égard des personnes en perte d'autonomie – soit 2,3 milliards de dollars sur 2,7 milliards de dollars en 2005-2006).

Des contributions sont toutefois exigées des usagers, devant en principe couvrir les coûts réels encourus par les établissements pour le gîte et le couvert. Les soins infirmiers, les soins d'assistance à la personne, les soins professionnels spécialisés, les médicaments, les frais de loisirs, sont entièrement couverts par l'État. La Cour supérieure a récemment statué que même le lavage des vêtements des usagers était un droit. Cette décision judiciaire soulève de sérieuses questions sur l'étendue du panier des services assurés pour les personnes hébergées.

En 2005-2006, la contribution des adultes hébergés a totalisé 515,3 millions de dollars, ce qui ramène le coût pour l'État à 2,2 milliards de dollars. Cette contribution pouvant être exigée des personnes est cependant plafonnée et établie en fonction de leur capacité de payer.

GRAPHIQUE 10

**Tendances dans le pourcentage des lits approuvés pour l'hébergement des personnes âgées par catégorie, Québec, Canada et provinces, 2005**  
(en pourcentage)



Source : Statistique Canada, *Établissements de soins pour bénéficiaires internes*, 2004-2005.

Le Québec se distingue nettement des autres provinces canadiennes en ce qui a trait au mode de propriété des places d'hébergement pour soins de longue durée.

- Au Québec, les trois quarts (77 % en 2004-2005) des lits approuvés sont de propriété publique provinciale, et 23 % de propriété privée.
- En moyenne, au Canada, seulement 25 % des lits se situent dans des résidences publiques provinciales, 8 % appartiennent à des municipalités, 27 % à des organismes à but non lucratif et 40 % à des entreprises privées.
- En Colombie-Britannique, 44 % des places sont dans le secteur à but non lucratif et 37 % dans le secteur privé. Au Nouveau-Brunswick, seulement 2 % des lits appartiennent à la province, 52 % au secteur sans but lucratif et 45 % au privé.

#### ■ Trop peu de ressources légères

La très grande majorité des personnes âgées en perte d'autonomie sont hébergées dans les modes d'hébergement les plus lourds et les plus coûteux, les CHSLD publics et privés conventionnés.

- Dans une trop faible proportion, on recourt à la formule des ressources intermédiaires et de type familial, milieux de vie rattachés par contrat à un établissement public (CSSS) ou à un établissement public identifié par une Agence.
- À la recherche de solutions moins coûteuses, le ministère de la Santé et des Services sociaux proposait toutefois dans son Plan d'action 2005-2010 pour les services aux aînés en perte d'autonomie de favoriser des solutions innovatrices. Celles-ci reposeraient sur un recours plus important au secteur privé, lorsque de telles solutions peuvent assurer une offre accrue de services plus rapidement à des conditions avantageuses.

Au 31 mars 2006, 37 999 personnes étaient hébergées en CHSLD publics ou privés conventionnés, 2 538 l'étaient dans un CHSLD privé non conventionné, et 6 590 personnes vivaient dans des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.

TABLEAU 5

**L'hébergement en CHSLD**

<b>Hébergement en CHSLD</b>	
Nombre de personnes en CHSLD public ou privé conventionné au 31 mars 2006	37 999
Coût total moyen d'une personne en CHSLD	57 500 \$
Contribution moyenne des personnes (gîte et couvert)	10 000 \$
Coût net moyen	47 500 \$
Pourcentage des personnes qui bénéficient d'une exonération de contribution en raison de leur faible capacité financière	50 %
<b>Contribution mensuelle maximale des usagers (au 1<sup>er</sup> janvier 2008)</b>	
– Chambre individuelle	1 590,90 \$
– Chambre à deux lits	1 329,90 \$
– Chambre à trois lits et plus	988,50 \$

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Régie de l'assurance maladie du Québec, *La contribution financière des adultes hébergés*.

## 8.5 La situation dans les pays de l'OCDE

Comme on l'a précisé d'emblée, on doit distinguer la problématique d'ensemble du vieillissement des besoins spécifiques liés à la perte d'autonomie.

Le groupe de travail a analysé la situation des pays de l'OCDE, ainsi que l'état actuel des services offerts au Québec, avant de tirer un certain nombre de constats et d'en déduire plusieurs orientations.

### □ Les grandes tendances

Plusieurs tendances majeures se dégagent d'une analyse des réponses apportées à la perte d'autonomie, dans les pays de l'OCDE.

Au cours de la dernière décennie, les taux d'institutionnalisation des personnes âgées ont diminué dans de nombreux pays.

— En 2004<sup>110</sup>, entre 3 % et 6 % des personnes de 65 ans et plus étaient institutionnalisées dans la plupart des pays de l'OCDE. Cette proportion était de moins de 1 % en Corée, mais montait à 7,5 % en Suède<sup>111</sup>.

<sup>110</sup> L'année la plus récente disponible.

<sup>111</sup> *Panorama de la société : Les indicateurs sociaux de l'OCDE* – Édition 2006, HE5. Soins de longue durée.

- En revanche, et toujours durant la dernière décennie, la proportion des personnes âgées institutionnalisées a augmenté en Autriche et en Allemagne. Au Luxembourg et au Japon, cette proportion s'est accrue entre 2000 et 2004. Dans ces différents pays, l'augmentation de personnes âgées institutionnalisées a coïncidé avec l'introduction d'un régime d'assurance dépendance, qui a réduit les coûts de soins de longue durée acquittés directement par les individus<sup>112</sup>.

À certains autres endroits, de nouvelles formules d'habitation sont explorées. Au Danemark, par exemple, ainsi qu'aux États-Unis, on construit des habitations adaptées pour les personnes âgées au lieu des logements institutionnels et conventionnels. Le secteur des logements est séparé du centre de service, avec tous les équipements de soins et le personnel soignant.

Pour les personnes soignées à domicile, toute une série de programmes de prestations en espèces ont été élaborés dans de nombreux pays de l'OCDE au cours des dix dernières années.

- On veut donner aux personnes dépendantes et à leur famille un plus grand choix individuel en matière de soins.
- Avec les budgets personnels (formule d'allocation en espèces) et l'emploi direct par l'utilisateur d'auxiliaires de santé, les personnes âgées peuvent employer un préposé aux soins personnels qui pourra, bien souvent, être un parent.
- Des enquêtes ont montré qu'un plus grand choix et l'emploi direct par l'utilisateur peuvent contribuer à une meilleure qualité de vie, pour un coût analogue à celui des services traditionnels – sous réserve que ces programmes soient bien ciblés sur les personnes qui en ont le plus besoin.

## ❑ Couverture et financement

Dans la plupart des systèmes, les services de soins prodigués en établissement ne sont habituellement que partiellement couverts par les programmes publics. Les ménages peuvent être tenus de contribuer aux frais d'hébergement et de repas.

- Dans une majorité de pays, les soins infirmiers et les soins personnels sont également facturés aux utilisateurs sous conditions de ressources.
- Les retraités sont fréquemment tenus de contribuer au financement des soins de longue durée, tant par une cotisation directe au régime public que par une participation importante aux coûts directs.

---

<sup>112</sup> *Panorama de la société : Les indicateurs sociaux de l'OCDE* – Édition 2006, HE5. Soins de longue durée.

Étant donné le poids de ces dépenses privées, le rôle des assurances complémentaires privées pourrait prendre de l'ampleur dans les prochaines années.

En somme, à moins de réduire considérablement la couverture et de cibler les services sur les personnes les plus malades et les plus handicapées, tous les pays éprouvent de la difficulté à rencontrer la demande de soins, et ce, avant même que les pleins effets du vieillissement ne se soient manifestés.

## ❑ Organisation et prestation des services

Les modèles d'organisation et de prestation des services de longue durée sont très diversifiés dans les pays de l'OCDE, et il est fort intéressant de constater à quel point le Québec se distingue à cet égard. On constate surtout que dans plusieurs pays de l'OCDE, les soins de longue durée sont placés sous la responsabilité des autorités municipales.

- Ainsi, au Royaume-Uni, ce sont les administrations locales qui sont responsables de l'évaluation et de la gestion des soins.
- Au Danemark, la règle est le libre choix du fournisseur d'aide personnelle et pratique.
  - Cela signifie que la municipalité qui organise le service des prestations doit assurer que les citoyens aient réellement le choix entre des fournisseurs différents.
  - Ainsi, le conseil local a un accord avec tous les fournisseurs qui souhaitent fournir une aide personnelle et pratique, et ces derniers doivent répondre aux exigences locales de prix et de qualité.
- En Suède, la gestion des soins de santé et de longue durée a été intégrée au niveau de la municipalité. Certaines d'entre elles ont introduit une séparation entre la fonction d'acheteur et celle de prestataire.

## 8.6 Les principaux constats

Plusieurs constats découlent de l'analyse des soins offerts, au Québec, aux personnes en perte d'autonomie.

- Il faut d'abord souligner que la grande majorité des personnes âgées souhaitent demeurer à la maison le plus longtemps possible. De plus, une forte proportion de Québécois affirment qu'ils accepteraient de prendre soin d'une personne âgée en perte d'autonomie chez eux plutôt que de lui chercher une place en centre d'hébergement<sup>113</sup>.

---

<sup>113</sup> Sondage Léger marketing effectué pour le Journal de Québec auprès d'un échantillon de 1 000 Québécois du 6 au 10 juin 2007, publié le 18 juin 2007.

- Le panier et le niveau des services couverts ne sont pas les mêmes sur l'ensemble du territoire. Ils varient selon le lieu de dispensation du service, et ils ne tiennent pas toujours compte de la capacité de payer de la personne.
- La personne en perte d'autonomie a un choix restreint de fournisseurs. En général, les prestations publiques sont en nature (une place dans un CHSLD, les services offerts par le CSSS à domicile) et prennent rarement la forme de prestation en espèces.

## ❑ Un partenariat insuffisant avec le privé

Au Québec, les rapports Arpin (1999), Clair (2000) et Ménard (2005) ont recommandé tour à tour d'explorer des possibilités de partenariat importantes avec le privé, celui-ci ne se réduisant pas uniquement au secteur marchand, mais comprenant les secteurs d'économie sociale et coopératif.

- On peut ainsi lire dans le rapport Arpin : « 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 »<sup>114</sup>.
- Depuis, la réflexion se poursuit dans les milieux de vie et chez les différents acteurs impliqués dans la prestation des services. Les personnes rencontrées par le groupe de travail suggèrent une révision en profondeur de nos façons de faire.
- Les CSSS devraient se libérer de leur rôle de prestataires directs de services de longue durée et agir comme gestionnaires de cas, par exemple.
- Le ministère, quant à lui, devrait encadrer le secteur privé afin de sécuriser la population, assurer à nos personnes vulnérables des environnements décents et des services de qualité.
- Le Québec semble ainsi tarder à faire participer la communauté, à encourager les organismes coopératifs ou à but non lucratif ainsi que les entreprises d'économie sociale.

## ❑ D'autres observations

Le groupe de travail a été sensibilisé à plusieurs autres situations.

- Faute de services appropriés, de nombreuses personnes – majoritairement des personnes âgées en perte d'autonomie – se retrouvent en milieu

<sup>114</sup> Groupe de travail (Roland Arpin, président), *La Complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, septembre 1999, page 78.

hospitalier faute de places en CHSLD. Elles y occupent environ 800 lits de courte durée.

- Un nombre important de personnes âgées se retrouvent en CHSLD, alors que leur état requiert un nombre d’heures de soins par jour qui pourraient leur être consenties dans des milieux substituts moins lourds et moins coûteux – comme les ressources intermédiaires ou de type familial ou encore à domicile.
- Plusieurs CHSLD publics comme privés sont vétustes.
- Les ressources privées ne sont pas suffisamment utilisées et mobilisées.
  - Les résidences pour personnes âgées se plaignent d’être ignorées par le ministère et les établissements.
  - Comme elles constituent une ressource essentielle entre le domicile et le centre de soins de longue durée, ces résidences devraient être comprises dans l’évaluation des besoins et des ressources.
  - Des liens devraient en outre être établis avec ces résidences afin qu’elles soient intégrées dans l’offre de services d’hébergement.
- Quant au crédit d’impôt pour le maintien à domicile, il est offert de manière égale à toute personne, peu importe son niveau de revenus. Ainsi, une personne fortunée a droit chaque année aux 3 750 \$ accordés en vertu de ce crédit d’impôt, alors qu’elle aurait les moyens de payer elle-même les services reçus. En revanche, le maximum permis ne suffit pas à combler les besoins d’une personne dont les revenus sont modestes.

## 8.7 Des orientations pour la prochaine décennie

À partir de ces constats et des tendances observées dans plusieurs pays de l’OCDE, le groupe de travail a réfléchi à une stratégie couvrant la prochaine décennie. Cette stratégie s’articulerait autour de six orientations, soit :

- la priorité au maintien à domicile,
- une couverture graduée en fonction du degré de dépendance, de la nature du service et de la capacité de payer,
- un rôle mieux défini pour les agences régionales et les CSSS,
- le choix de dispensateur pour le patient,
- la diversification de l’offre d’hébergement,
- un ajustement des contributions en fonction de la capacité de payer.



## ❑ **Priorité au maintien à domicile**

Pour les personnes âgées, les services de santé et les services sociaux doivent être organisés et financés en fonction du maintien à domicile. Il faut retarder le plus longtemps possible l'hébergement, selon la volonté de la vaste majorité des Québécois de demeurer dans un domicile conventionnel.

Pour atteindre cet objectif, il faut offrir de meilleurs soins médicaux de première ligne, améliorer le suivi et la prise en charge des patients – et notamment de ceux souffrant d'une maladie chronique –, et mettre en place des programmes de prévention efficaces.

Le gouvernement reconnaît cette priorité. Au cours des cinq dernières années, les montants consentis au maintien à domicile ont crû à un rythme plus rapide que l'ensemble des dépenses publiques de santé, soit de 9 % comparativement à 6,5 %.

Cet effort doit indéniablement se poursuivre.

## ❑ **Une couverture graduée en fonction du degré de dépendance, de la nature du service et de la capacité de payer**

Le groupe de travail estime que la couverture des services de maintien à domicile doit être définie plus clairement et s'inspirer des règles suivantes :

- L'étendue de la couverture par le régime public doit tenir compte du degré de dépendance des personnes concernées. Il faut que le degré de dépendance soit établi par des tests d'admissibilité. La gamme de services couverts devrait être liée à la nature et au degré de dépendance.
- Les services médicaux, infirmiers et professionnels spécialisés doivent être assurés par la couverture publique, dans la mesure où ces services sont inclus dans le panier des services.
- Les services d'assistance à la vie quotidienne doivent être couverts par le régime public pour les personnes les plus démunies puis, au-delà d'un certain seuil, tarifés en fonction de la capacité de payer tout en étant admissibles aux crédits d'impôt.
- Il serait préférable que les services d'assistance domestique soient à la charge de la personne et de sa famille, avec une forme d'exonération pour les plus démunis.
- Lorsqu'une tarification est en vigueur, les services devraient être tarifés le plus près possible du coût réel, et facturés en fonction de la capacité de payer établie par des tests de revenus.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande :

- que, à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie, le gouvernement accorde la priorité au maintien à domicile et qu'à cette fin, il soutienne dans ce secteur un niveau élevé d'investissement;
- que les soins médicaux, infirmiers et spécialisés couverts à domicile le soient de manière universelle par le régime public et que les autres services de maintien à domicile, pour l'assistance à la vie quotidienne et l'aide domestique, soient l'objet d'une couverture graduée en fonction du degré de dépendance, de la nature du service et de la capacité de payer (dans tous les cas, les plus démunis devraient être protégés);
- que l'admissibilité à un crédit d'impôt fasse l'objet d'un test de revenus.

### **□ Un rôle mieux défini pour les agences régionales et les CSSS**

Selon l'approche proposée, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences régionales ne doivent plus s'impliquer directement dans la production des services proprement dits.

Comme le suggère une étude sur les pratiques et les politiques sociales, « l'État, dans une politique publique, peut assumer ses responsabilités en précisant le rôle des acteurs par la mise en application d'une politique, sans pour autant être obligé de préciser qu'il est lui-même gestionnaire et dispensateur de services »<sup>115</sup>.

À l'égard des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, le gouvernement devrait mobiliser davantage les ressources privées, sans d'aucune façon abdiquer sa responsabilité.

- Il revient au ministère de la Santé et des Services sociaux de déterminer le contenu du panier des services assurés, de définir des standards de qualité à respecter de la part des dispensateurs de soins, des règles d'admissibilité et des modalités d'évaluation des services offerts. C'est notamment le rôle du ministère de s'assurer que les règles d'admissibilité sont appliquées de manière uniforme sur le territoire.
- C'est aux agences régionales de procéder à l'agrément et à l'évaluation des dispensateurs de services, pour veiller à ce que les standards de qualité soient respectés et que les objectifs fixés aux dispensateurs par contrat soient

---

<sup>115</sup> *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées*, rapport de recherche, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Université du Québec à Montréal, novembre 2005.

atteints. Elles ont l'obligation de s'assurer de la disponibilité des services sur leur territoire.

- Les CSSS, dont les CLSC sont devenus une composante, ont comme première responsabilité la gestion des cas, l'évaluation de l'admissibilité des patients, leur orientation vers les services appropriés, l'organisation des passerelles entre les services à domicile et les autres composantes du système de santé et de services sociaux.
- Les CLSC sont des pourvoyeurs de services à domicile. Progressivement, les services offerts par les CLSC devraient être concentrés sur les soins infirmiers et professionnels. Les CLSC devraient s'impliquer de moins en moins dans les services d'assistance à la vie quotidienne et encore moins l'aide domestique.

### **❑ Un choix de dispensateur pour le patient**

Il faut sortir d'un système où les services sont exclusivement distribués par des organisations publiques, et poursuivre l'évolution en cours vers un système de régulation et de gestion des fournisseurs.

Le patient, lui, devrait désormais avoir le choix de son fournisseur à partir d'une liste de fournisseurs agréés par l'agence régionale.

- Le patient pourrait recevoir une prestation en argent lui permettant d'opter pour les services d'un fournisseur agréé de son choix.
- Le patient devrait aussi avoir le droit de faire agréer un de ses proches qui l'aide – ce que l'on appelle un aidant naturel –, si celui-ci est en mesure de respecter les standards établis.

Depuis plusieurs années, le gouvernement compte sur les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale pour offrir des services de cette nature. Dans le cadre de la stratégie proposée, ces fournisseurs devraient recevoir une reconnaissance appropriée par l'État et se voir attribuer des modalités de financement qui leur permettront de maintenir et d'améliorer leur offre de services.

## ❑ Diversifier l'offre d'hébergement

L'offre d'hébergement est actuellement concentrée dans les CHSLD, publics ou privés, soit la forme la plus lourde et la plus coûteuse. Or partout dans le monde, depuis déjà plusieurs années, les responsables des soins de longue durée ont opté pour des formules plus légères, plus proches des communautés et, dans l'ensemble, moins coûteuses.

### ■ Développer des ressources plus légères

La politique ministérielle prévoit la diversification de l'offre d'hébergement vers des ressources intermédiaires ou de type familial. Depuis quelques années, le ministère soutient aussi des projets novateurs. Toutes ces initiatives vont dans le sens d'étendre l'offre d'hébergement à des formules plus légères. Le groupe de travail appuie cette orientation.

- Dans son plan d'action 2005-2010, le ministère vise réduire à 3,1 % le taux d'hébergement en CHSLD des personnes âgées.
- Pour atteindre cet objectif, l'offre de ressources moins lourdes doit être augmentée.
- De plus, les fonds présentement attribués aux places en CHSLD jugées excédentaires devraient être transférés aux services à domicile ou dans la communauté.

Il existe un fort niveau de résistance dans les communautés, dans les milieux politiques et dans les milieux syndicaux à toute fermeture de places en CHSLD.

Si l'on croit vraiment au virage en faveur du maintien à domicile et vers les ressources plus légères, qui correspond aux souhaits de la vaste majorité des personnes âgées, il faut accepter le changement.

Pour que les changements proposés soient acceptables, certaines conditions sont nécessaires :

- Les personnes actuellement hébergées en CHSLD et qui souhaitent y demeurer devraient avoir le droit d'y rester.
- Le ministère doit se doter, en collaboration avec tous les intervenants, d'un nouveau plan de déploiement des places en ressources intermédiaires ou de type familial et des services de maintien à domicile qui soit crédible.
- Le ministère doit s'assurer, par des mesures d'agrément et d'évaluation, de la qualité des soins et des services prodigués dans les ressources d'hébergement.

- Les agences régionales doivent faire en sorte que des liens fonctionnels soient établis entre, d'une part, les services de santé et les services sociaux, et d'autre part, les ressources d'hébergement.

### ■ **Confier l'hébergement aux secteurs sans but lucratif, coopératif, privé et municipal**

Au Québec, contrairement à la situation à l'échelle canadienne et mondiale, l'offre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie est très majoritairement le fait d'établissements publics. Cette situation force le gouvernement à maintenir et à entretenir un parc immobilier coûteux.

Dans d'autres provinces canadiennes, les acteurs privés, communautaires et municipaux jouent un rôle majoritaire dans l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie. Une telle politique comporte l'avantage de mobiliser des capitaux privés pour développer des places rapidement et réduire les dépenses d'immobilisation publiques dans les CHSLD.

Le principe suivant devrait s'appliquer. Les soins de santé doivent relever du système public de santé alors que l'hébergement devrait relever des acteurs agréés de la communauté, des organismes sans but lucratif, des coopératives, des entreprises privées et des municipalités. Bref, le rôle du système public de santé est de soigner et non d'héberger.

- Au Québec, le secteur privé joue un rôle depuis de nombreuses années, mais sa contribution a été volontairement marginalisée. Il devrait être appelé à en jouer un plus important.
- Le secteur coopératif est déjà très présent dans l'habitation pour personnes âgées. Il se porte volontaire pour tester des projets pilotes combinant habitation et soins à domicile. À Québec, la Mutuelle SSQ soutient déjà un projet novateur de même inspiration.
- Le secteur municipal joue à cet égard un rôle beaucoup plus important dans certaines provinces canadiennes mais surtout en Europe. Chez nous, quelques municipalités ont manifesté un intérêt. Les villes sont déjà responsables de l'habitation à loyer modique, notamment pour des personnes âgées. Si les conditions favorables sont mises en place, elles pourraient jouer un rôle accru.

Avant de procéder à un tel changement, le ministère doit en priorité adopter des règles strictes et des modalités d'agrément pour assurer la sécurité des personnes et la qualité des services.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux confie en concession, aux ressources appropriées, l'opération des CHSLD à l'intérieur d'un horizon de cinq ans.

#### ☐ **Ajuster les contributions à la capacité de payer**

Comme partout à l'extérieur, les personnes âgées paient au Québec une contribution pour leur hébergement. Il faut que la contribution actuellement demandée aux personnes hébergées soit ajustée en fonction de la capacité de payer.

Le niveau de cette contribution devrait être ajusté pour mieux refléter aujourd'hui le coût réel du gîte et du couvert. Un tel ajustement rétablirait l'équité en regard des personnes qui demeurent à leurs frais dans leurs domiciles.



## CHAPITRE 9 – DES MÉDICAMENTS MIEUX UTILISÉS DONT LE COÛT EST CONTRÔLÉ

Dans la problématique d'ensemble de l'organisation des soins de santé, les médicaments constituent un enjeu thérapeutique et économique majeur.

Il importe de bien expliquer les dimensions de cet enjeu, avant d'aborder les deux voies par lesquelles il est possible d'améliorer la contribution des médicaments au système de santé, soit :

- en favorisant leur utilisation optimale;
- en améliorant les règles de financement du Régime général d'assurance médicaments.

### 9.1 Un enjeu thérapeutique et économique majeur

Les médicaments constituent d'abord un enjeu thérapeutique majeur. Depuis toujours, les êtres humains emploient des substances médicinales pour améliorer leur état de santé. Les technologies médicamenteuses ont toutefois connu des progrès extraordinaires au cours du XX<sup>e</sup> siècle.

Cette évolution a conféré aux médicaments une importance centrale dans l'arsenal thérapeutique. On utilise les médicaments non seulement pour guérir, mais aussi pour prévenir et contrôler l'évolution de maladies, pour réduire les symptômes ou même améliorer le confort et la qualité de vie de personnes souffrant de maladies chroniques.

Les médicaments permettent de prolonger la vie, et les recherches en cours dans le domaine de la génétique laissent entrevoir des possibilités qui relevaient encore récemment de la science fiction.

#### 9.1.1 L'accès aux médicaments

Dans tous les pays développés, les gouvernements ont pris des mesures afin d'assurer l'accessibilité des citoyens à cet outil thérapeutique essentiel.

Les médicaments sont couverts dans la plupart des régimes publics de santé en Europe. Ce n'est pas le cas dans toutes les provinces canadiennes, sauf pour des groupes particuliers souffrant de pathologies particulières, ou pour les personnes démunies ou âgées.

- Dans l'ensemble des provinces, environ 60 % des dépenses de médicaments sont financées par les patients eux-mêmes, soit directement auprès du pharmacien, soit par l'entremise d'assurances privées – en particulier les assurances collectives contractées par l'entremise de son employeur.



- Les médicaments pris à l'hôpital et dans les établissements de soins de longue durée sont gratuits pour tous. La situation est différente en ce qui concerne les médicaments pris en contexte ambulatoire.

## ❑ **Au Québec : un accès qui s'est graduellement élargi**

Au Québec, les premières mesures visant à protéger la population à l'égard du coût des médicaments ont été mises en place dans les années soixante-dix.

- Les premiers à bénéficier de la gratuité pour l'achat de médicaments d'ordonnance ont été les prestataires de la Sécurité du revenu (l'assistance-emploi) et les personnes âgées de 65 ans et plus recevant le montant maximal du Supplément de revenu garanti.
- La gratuité a été étendue à l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus en octobre 1977. Cette mesure était toutefois amendée en mai 1992 par l'introduction d'un montant de 2 \$ par ordonnance que devaient défrayer les personnes âgées de 65 ans et plus ne recevant pas le montant maximum de la prestation du Supplément de revenu garanti, jusqu'à une contribution maximale de 100 \$ par année.
- En 1973, la circulaire Malades sur pied était adoptée pour couvrir les coûts de médicaments particulièrement élevés requis pour six pathologies, soit le cancer, la fibrose kystique, le diabète insipide, la tuberculose, l'hyperprotéïnémie primaire et les maladies psychiatriques sévères. La distribution de ces médicaments devait être assurée par les hôpitaux et une contribution de 2 \$ par ordonnance était exigée.
- En 1992, un programme était établi pour couvrir les médicaments employés pour la plupart des maladies transmises sexuellement.

La situation a changé radicalement au cours des années quatre-vingt-dix. Jusque-là, la Politique de la santé et du bien-être publiée par le ministère était presque muette au sujet des médicaments.

- Plusieurs maladies graves étaient exclues de la circulaire *Malades sur pied*, ce qui créait des iniquités.
- Le virage ambulatoire, que l'on venait d'amorcer, avait pour effet de réduire les durées de séjour à l'hôpital et donc de transférer aux malades le coût des médicaments dès leur retour à la maison.
- De plus, le prix des médicaments était en croissance rapide et l'on constatait que 1,4 million de personnes, dont 317 000 enfants, n'étaient couvertes par aucun régime d'assurance privée ou collective.

C'est pour répondre à ces trois difficultés qu'est né le Régime général d'assurance médicaments.

## ❑ Le Régime général d'assurance médicaments

Le Régime général d'assurance médicaments a été mis en place en janvier 1997. Il possède trois caractéristiques principales :

- Il s'agit d'un régime universel, de sorte que tous les citoyens québécois bénéficient d'une couverture de base en matière de médicaments et services pharmaceutiques.
- Le régime est contributif, c'est-à-dire qu'il prévoit la participation financière de l'assuré sous forme d'une contribution à l'achat (coassurance et franchise) et d'une prime annuelle. Cependant, certaines clientèles du régime public n'ont aucune contribution à payer : il s'agit des enfants, des prestataires de l'assistance-emploi ainsi que des personnes âgées de 65 ans et plus recevant au moins 94 % du Supplément de revenu garanti.
- Le régime revêt un caractère mixte, ce qui implique la coexistence de régimes privés d'assurance médicaments avec le régime public.

## ■ Le régime public

Le Régime public d'assurance médicaments couvre les personnes âgées de 65 ans et plus, les prestataires de l'assistance-emploi et quelque 1,7 million de personnes qui n'ont pas accès à un régime d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable en raison d'un lien d'emploi, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle.

Au total, en 2006, le régime public couvrait près de 3,2 millions de personnes, soit 41 % de la population québécoise.

Le reste de la population est assuré par des régimes privés, en particulier des assurances collectives contractées par l'entremise de l'employeur.

TABEAU 6

### Régime public d'assurance médicaments

(nombre de personnes assurées, 2006)

Prestataires de l'assistance-emploi	511 691
Personnes âgées de 65 ans et plus	951 284
Adhérents	1 699 649
<b>TOTAL</b>	<b>3 162 624</b>

Source : RAMQ, *Statistiques annuelles 2006*, tableau AM.06.

## ■ Les paramètres du régime public

Les assurés doivent contribuer financièrement lorsqu'ils achètent un médicament. Cette contribution est mensualisée et comprend :

- une franchise mensuelle;
- une coassurance sur la portion du coût du médicament qui excède la franchise.

Pour éviter que le fardeau financier dû à la consommation de médicaments ne soit excessif pour les assurés, des plafonds mensuels de contribution sont fixés.

Une prime annuelle, dont le montant maximal est de 557 \$, est exigée pour certaines catégories d'assurés. Cette prime est établie en fonction du revenu de l'assuré du régime public.

Les paramètres de contribution (franchise, coassurance) et les plafonds varient selon les groupes.

TABLEAU 7

### Paramètres du régime public d'assurance médicaments

(au 1<sup>er</sup> juillet 2007)

	Franchise (\$/mois)	Coassurance (%)	Limite de contribution (\$/mois)	Prime maximale (\$/an)
<b>Prestataires de l'assistance-emploi</b>	0,00	0,0 %	0,00	0
Personnes âgées recevant au moins 94 % du SRG	0,00	0,0 %	0,00	0
Personnes âgées recevant SRG partiel	14,10	30,0 %	48,27	557
Personnes âgées sans SRG	14,10	30,0 %	75,33	557
Adhérents	14,10	30,0 %	75,33	557

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, *L'assurance médicaments : Ce qu'il faut savoir sur le régime public*.

Les prestataires de l'assistance emploi avec contraintes sévères à l'emploi bénéficient de la gratuité depuis 1999. Les prestataires sans contraintes sévères bénéficient de la gratuité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Les personnes âgées de 65 ans et plus recevant le Supplément de revenu garanti maximum bénéficient de la gratuité pour leurs achats de médicaments depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005. Celles d'entre elles recevant de 94 % à 99 % du Supplément de revenu garanti bénéficient de la gratuité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Les enfants de moins de 18 ans et les étudiants de moins de 25 ans sont exonérés des contributions.

## ❑ Les contrôles existants

L'importance des médicaments a conduit les pays industrialisés à adopter des mesures pour protéger la population.

Au Canada, cette responsabilité est partagée entre le gouvernement fédéral et les provinces.

- Santé Canada est l'autorité responsable de l'homologation des produits pharmaceutiques. Pour mettre son produit sur le marché, un fabricant doit faire la preuve scientifique de son innocuité, de son efficacité et de sa qualité.
- Toujours sur le plan fédéral, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés veille à ce que les prix des médicaments brevetés au Canada ne soient pas excessifs.

Au Québec, c'est au ministre de la Santé et des Services sociaux que revient la décision d'inscrire les médicaments sur la liste du Régime public d'assurance médicaments et sur celle des établissements de santé, après consultation auprès du Conseil des médicaments.

## ■ La liste des médicaments

La *Loi sur l'assurance médicaments* prévoit que le Conseil du médicament doit en premier lieu évaluer la valeur thérapeutique de chaque médicament. Si le Conseil considère que la valeur thérapeutique est démontrée, il transmet son avis au ministre après avoir évalué :

- la justesse du prix;
- le rapport entre le coût et l'efficacité du médicament;
- les conséquences de l'inscription du médicament à la Liste sur la santé de la population et sur les autres composantes du système de santé;
- l'opportunité de l'inscription du médicament à la Liste en regard de l'objet du régime général.

Le choix d'inscrire ou non un produit à la Liste des médicaments doit donc être justifié par l'existence de données probantes qui en démontrent l'efficacité et la valeur ajoutée par rapport aux médicaments existants ou la capacité d'influer sur les conséquences de la maladie.

## ■ Des régimes d'exception devenus plus laxistes

Un médicament peut être inscrit dans la section ordinaire ou dans la section des médicaments d'exception de la Liste des médicaments.

La section « Médicaments d'exception » est un outil visant à mieux contrôler l'évolution des coûts du Régime public d'assurance médicaments. Un médicament inscrit dans cette section n'est couvert que s'il est utilisé pour des indications cliniques reconnues. Pour avoir accès à un médicament d'exception, l'assuré doit faire remplir un formulaire par son médecin traitant.

La procédure d'autorisation des médicaments d'exception a toutefois été assouplie depuis le 25 avril 2007, tel que proposé dans la Politique du médicament. Pour la moitié des médicaments d'exception, l'inscription d'un code accompagné du nom du médicament d'exception sur une ordonnance correspond à une autorisation du paiement.

C'est la Régie de l'assurance maladie du Québec qui gère ce programme. La Régie doit consulter le Conseil du médicament, mais elle n'est pas tenue de suivre les recommandations de ce dernier.

La Régie gère également un deuxième programme appelé « patient d'exception ».

- Par ce programme, un patient peut obtenir de la Régie, avec l'accord de son médecin le remboursement de médicaments qui ne sont pas inscrits sur la Liste, pour le traitement d'une condition médicale grave.
- La Régie n'est pas tenue d'obtenir l'avis du Conseil du médicament lorsqu'elle prend des décisions en vertu de ce programme.

### 9.1.2 Un important facteur de croissance des dépenses publiques de santé

Les médicaments ne constituent pas seulement un enjeu thérapeutique d'importance. Ils représentent un enjeu économique considérable, en raison à la fois du rôle joué par les médicaments dans la croissance des dépenses publiques de santé et de la place de l'industrie pharmaceutique dans notre économie.

La contribution des médicaments à la croissance des coûts de la santé peut se résumer en quelques chiffres.

- Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, les Québécois consacraient 288 millions de dollars aux médicaments en 1975. Ce montant représentait seulement 9 % des dépenses totales de santé au Québec cette année-là.
- Trente ans plus tard, les dépenses pour les médicaments ont explosé pour atteindre 6 milliards de dollars. En 2006, les dépenses publiques et privées de médicaments représentent 22 % des dépenses totales de santé au Québec.
- En 1975, on dépensait deux fois plus pour les médecins que pour les médicaments. La situation s'est complètement renversée au cours des trente dernières années. Les dépenses de médicaments représentent presque deux fois le coût des services médicaux en 2006 – soit 6,2 milliards pour les médicaments comparativement à 3,4 milliards pour les médecins.

#### ☐ Le coût des médicaments en établissement est sous un contrôle relatif

Les médicaments pris à l'hôpital et dans les établissements de soins de longue durée sont payés par les fonds publics.

Entre 1998-1999 et 2006-2007, le coût des médicaments en établissement a augmenté en moyenne de 10,4 % par année, passant de 246 millions de dollars à 525 millions.

- Plus de la moitié de la hausse des coûts des médicaments en établissement s'explique par l'augmentation du nombre de personnes traitées en contexte hospitalier au Québec. Le nombre de ces personnes s'est accru de 5,5 % au cours des cinq dernières années.
- Le reste de l'augmentation est dû à une combinaison de l'augmentation du nombre de médicaments pris en moyenne par patient et de la hausse du prix.

## ■ Les moyens mobilisés pour réduire les coûts

Les hôpitaux ont adopté des moyens pour payer leurs médicaments au meilleur prix possible.

- Les hôpitaux se sont regroupés sur une base régionale pour procéder à l'achat de leurs médicaments, ce qui leur a permis de réaliser des économies – non seulement sur le prix des médicaments, mais également sur les coûts de gestion de leur approvisionnement. Onze groupes d'approvisionnement en commun ont été créés depuis une trentaine d'années et desservent toutes les régions du Québec. Les groupes procèdent par appel d'offres en bloc tous les trois ans. Le choix du fournisseur est axé sur le soumissionnaire offrant le prix le plus bas.
- De plus, dès qu'un médicament générique – c'est-à-dire une copie du médicament breveté – est mis sur le marché, les groupes d'approvisionnement retournent généralement en appel d'offres afin de mettre en concurrence le médicament unique avec le nouveau produit générique.

## ■ Des améliorations possibles

L'achat groupé des médicaments s'avère une procédure efficace pour réduire la facture des établissements. Il y aurait lieu d'étudier la fusion des groupes d'achat pour accroître leur taille et optimiser les économies. Une des options pourrait être de créer un seul groupe à l'échelle du Québec.

En outre, il est probable qu'une organisation des soins plus efficiente, un suivi plus serré de la médication ainsi que l'usage des nouvelles technologies et d'outils d'aide à la prescription et à la distribution des médicaments contribueraient à réduire davantage les coûts.

Selon une étude récente<sup>116</sup>, 44 % des établissements ont déjà déployé un système d'emballage uni-dose des médicaments et 35 % ont planifié l'acquisition de tels robots. Seulement 22 % des hôpitaux utilisent le code à barre pour la gestion des médicaments, bien que 50 % des établissements planifient le faire prochainement.

Le groupe de travail suggère que l'on étende rapidement l'utilisation de ces technologies au plus grand nombre possible d'établissements.

---

<sup>116</sup> Guy PARÉ et Claude SICOTTE. *Intensité du déploiement des technologies de l'information dans les établissements de santé au Québec*. Rapport d'expertise déposé aux membres du Groupe de travail sur le financement du système de santé du Québec, 24 octobre 2007.

## ❑ Le coût du régime public d'assurance médicaments augmente deux fois plus vite que l'ensemble des dépenses publiques de santé

Le coût brut des médicaments achetés par les assurés du régime public d'assurance médicaments – soit les personnes âgées de 65 ans et plus, les prestataires de l'assistance-emploi et les adhérents – a connu une croissance annuelle moyenne de 12,0 % de 1997-1998 à 2007-2008, pour atteindre 3,6 milliards de dollars.

Après un ralentissement en 2004-2005 et 2005-2006, la croissance du coût des médicaments s'est accélérée à nouveau au cours des deux dernières années. Elle s'est établie à 8,5 % en 2006-2007 et on prévoit 10,9 % en 2007-2008.

Si l'on retrace du coût brut des médicaments les contributions des usagers – soit la prime, la franchise et la coassurance –, on obtient le coût net pour le gouvernement du régime public d'assurance médicaments.

TABEAU 8

### Évolution des coûts du régime public d'assurance médicaments

(en millions de dollars)

	Coût brut	Variation (%)	Coût gouvernement	Variation (%)
1997-1998	1 161,8		696,2	
1998-1999	1 339,1	15,3	776,8	11,6
1999-2000	1 559,9	16,5	981,8	26,4
2000-2001	1 878,2	20,4	1 139,7	16,1
2001-2002	2 127,7	13,3	1 295,6	13,7
2002-2003	2 375,9	11,7	1 395,7	7,7
2003-2004	2 634,0	10,9	1 543,0	10,5
2004-2005	2 819,1	7,0	1 677,4	8,7
2005-2006	2 992,9	6,1	1 766,1	5,3
2006-2007	3 247,0	8,5	1 945,6	10,2
2007-2008 <sup>P</sup>	3 601,5	10,9	2 215,3	13,9
<b>Croissance 2007/1997</b>		<b>12,0</b>		<b>12,3</b>

P : Prévion

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, Rapports annuels.

— Le coût pour le gouvernement est passé de 696 millions en 1997-1998 à 2,2 milliards en 2007-2008, soit une augmentation annuelle moyenne de 12,3 %. L'évolution du coût des médicaments continue donc d'imposer une pression importante sur les finances publiques.



- En comparaison, au cours des dernières années, l'ensemble des dépenses publiques de santé a augmenté en moyenne de près de 6 % par année. Les médicaments représentent un sixième de cette hausse.

### **□ La principale cause de croissance des dépenses : la consommation**

La croissance des coûts du régime public d'assurance médicaments s'explique essentiellement par deux facteurs, soit la hausse de la consommation et le coût par ordonnance – et dans une moindre mesure, en raison du coût par ordonnance.

- La hausse de la consommation, résultant de la hausse du nombre de participants et du nombre d'ordonnances par participant, représente 83 % de l'augmentation du coût brut des médicaments observée au cours de la période 1997-2006.
  - La hausse de la consommation s'explique notamment par l'apparition sur le marché de médicaments qui permettent de traiter des maladies pour lesquelles il n'existait pas de traitement auparavant.
  - Elle s'explique également par l'utilisation accrue de médicaments à titre préventif, notamment pour les incidents cardio-vasculaires.
  - L'augmentation du nombre de participants découle en partie du vieillissement de la population.
  - La hausse de la consommation ne dépend pas uniquement du patient. Elle résulte aussi de l'attitude du médecin prescripteur.
- Le coût par ordonnance, représente 17 % de l'augmentation des coûts du régime public de médicaments. L'importance de ce facteur a diminué depuis 2000. En effet, le coût par ordonnance expliquait quelque 30 % de l'augmentation du coût brut sur la période 1997-2000.
  - La hausse du coût par ordonnance résulte en bonne partie de l'introduction de nouveaux médicaments dont le prix moyen est plus élevé.
  - Jusqu'en avril dernier, aucune augmentation de prix n'était consentie pour les médicaments déjà inscrits à la Liste des médicaments en vertu de la politique de non-augmentation du prix des médicaments instaurée en 1994.
  - L'indexation des prix des médicaments est dorénavant autorisée à certaines conditions. Il faut notamment que l'indexation annuelle soit limitée à l'indice des prix à la consommation, ce qui pourrait avoir un impact à la hausse sur le coût du régime.

## ❑ Une forte croissance prévue au cours des prochaines années

Au cours des prochaines années, la croissance annuelle du coût du régime public d'assurance médicaments pourrait se situer entre 9,5 % et 11,0 %.

- Dans les dernières prévisions de la Régie de l'assurance maladie du Québec, la croissance annuelle moyenne s'élève à environ 9,5 %.
- Toutefois, si la consommation – soit le nombre d'ordonnances multiplié par le nombre de participants – devait croître au niveau de la moyenne des deux dernières années dont les données sont disponibles (2005 et 2006), la croissance pourrait atteindre 11,0 %, compte tenu de l'effet du vieillissement de la population et des hausses de prix qui sont dorénavant permises. C'est cette prévision de croissance qui a été retenue par le groupe de travail, comme on l'a vu précédemment<sup>117</sup>.

TABLEAU 9

### Projection de la croissance du coût des médicaments

(% pour chacun des facteurs)

Démographie (croissance de la clientèle et vieillissement)	1,6
Prix et/ou inflation	2,0
Hausse de la consommation	7,4
<b>CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE</b>	<b>11,0</b>

Source : Secrétariat du Conseil du trésor.

Le calcul de la hausse de la consommation a été effectué de manière différenciée pour les trois clientèles du régime public, sur la base de la croissance de la consommation de chacune d'entre elles depuis deux ans. Les résultats obtenus sont les suivants :

- 9,0 % pour les prestataires de l'assistance-emploi,
- 6,7 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus et
- 3,8 % pour les adhérents.

Sur cette base, le coût des médicaments pour les participants au régime public pourrait atteindre plus de 6 milliards de dollars dans cinq ans.

En supposant le maintien du partage des coûts des médicaments au niveau de celui prévu pour 2007-2008, le coût pour le gouvernement atteindrait 3,7 milliards en 2012-2013.

<sup>117</sup> Voir le tableau 2 ci-dessus, page 36.

### 9.1.3 Un secteur économique majeur

Autre enjeu de nature économique, l'industrie pharmaceutique représente l'un des secteurs d'activité majeurs au Québec, contribuant directement à notre prospérité et à la création de richesse.

On comprend ainsi que le gouvernement ait adopté une politique industrielle visant à favoriser l'implantation et le maintien sur son territoire de compagnies pharmaceutiques.

Les raisons justifiant un tel appui sont nombreuses.

- Ce secteur économique est en croissance au niveau mondial.
- Le Québec compte 35 % des emplois liés à l'industrie pharmaceutique au Canada. Il accueille sur son territoire six des sept centres ou groupes de recherche fondamentale des multinationales pharmaceutiques innovatrices au Canada, tandis que 68 % des brevets canadiens de médicaments d'ordonnance sont détenus par des sociétés établies au Québec.
- Plus de 40 % des dépenses de recherche-développement de ce secteur sont effectuées au Québec, ce qui représentait un demi-milliard de dollars en 2005.

#### ❑ La règle des quinze ans

Le gouvernement confère certains avantages fiscaux à ce secteur. Il a aussi décidé d'accorder un avantage supplémentaire aux entreprises qui commercialisent des médicaments innovateurs. Il s'agit d'une mesure connue sous le nom de règle des quinze ans. Cette règle est en vigueur depuis 1994.

- En vertu de la méthode du prix le plus bas, le gouvernement ne rembourse dans le cadre du régime public que le médicament le moins cher, lorsqu'il y a plus d'un fabricant offrant le même produit sur le marché.
- Le Québec fait une exception pour les médicaments innovateurs qui sont inscrits depuis moins de quinze ans à la liste des médicaments du Régime général de l'assurance médicaments.
- Durant cette période de quinze ans, les médicaments innovateurs demeurent remboursés à leur prix même si un générique est aussi inscrit à la Liste à un prix moindre. Cette règle permet au fabricant innovateur de conserver une part de marché considérable, même lorsqu'un médicament générique est offert à un meilleur prix.

Cette mesure comporte évidemment un coût pour le régime public. Pour en tenir compte, le gouvernement verse annuellement un montant au Fonds de l'assurance médicaments, dans lequel sont également versées les primes payées

par les participants au régime public. Pour l'année 2007-2008, cette compensation représente 41 millions de dollars.

À titre comparatif, en Suède, la substitution d'un médicament générique au produit d'origine est obligatoire depuis 2000 entre des médicaments de valeur équivalente sur le plan médical. Si le patient choisit quand même le médicament d'origine, il paie la différence. Cette pratique a dégagé des économies de 700 millions d'euros entre 2002 et 2005.

## □ Un constat

L'examen de cette politique ne fait pas partie du mandat confié au groupe de travail – ni d'ailleurs celui des pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques.

Le groupe de travail constate toutefois son impact sur les coûts du système de santé. Le gouvernement vient de mettre en œuvre dans le cadre de sa nouvelle Politique du médicament, une série de mesures pour encadrer ces pratiques. Le groupe de travail suggère au gouvernement d'évaluer de manière continue ses impacts réels sur la santé de la population ainsi que sur les coûts du régime public.

## 9.2 Utiliser les médicaments de façon optimale

Face à cet enjeu thérapeutique et économique majeur, il faut à la fois utiliser les médicaments de façon optimale et améliorer les règles de financement du Régime général d'assurance médicaments.

Pour ce qui est de l'utilisation optimale des médicaments, les initiatives en ce sens débutent à peine dans les pays occidentaux. De manière générale, les gouvernements des pays développés commencent seulement à se préoccuper de freiner la consommation des médicaments, lorsque celle-ci est abusive.

Il est vrai que dans plusieurs situations, l'usage approprié des médicaments permet d'éviter des traitements plus complexes et plus coûteux ou de réduire ou même d'éviter des séjours prolongés à l'hôpital. Dans le domaine de la santé mentale, le recours aux médicaments permet d'éviter l'institutionnalisation.

Par contre, consommés de manière abusive ou inappropriée, ces mêmes médicaments peuvent causer des torts irréparables et entraîner au contraire des coûts importants pour la personne comme pour le système de santé.

En outre, de nouveaux produits arrivent régulièrement sur le marché, dont la valeur thérapeutique est réelle mais dont le coût est excessif en regard de son effet.

S'il est important de s'assurer que les malades puissent profiter des progrès de la recherche pharmaceutique lorsque ceux-ci sont réels et bien établis sur le plan scientifique, il est tout aussi nécessaire d'apporter des limites à la consommation des médicaments, afin d'en assurer une utilisation optimale pour l'individu comme pour la collectivité.

## 9.2.1 La Politique du médicament

Pour contrôler la consommation de médicaments, le ministère de la Santé et des Services sociaux compte sur divers mécanismes visant leur usage optimal.

### ❑ Les responsabilités confiées au Conseil du médicament

Dans le cadre de la Politique du médicament présentée le 1<sup>er</sup> février 2007, le Conseil du médicament a été mandaté afin de veiller à la mise en œuvre de ce programme.

- Les mécanismes d'inscription à la Liste des médicaments assurés constituent une première mesure favorisant leur usage optimal. Pour l'année 2006-2007, 62 % des demandes d'inscription de nouveaux produits à la Liste des médicaments ont été rejetées par le Conseil. Dans au moins la moitié des cas, ces refus sont justifiés par une valeur thérapeutique insuffisante en regard du coût de la médication.
- Les autres mesures proposées par la Politique du médicament concernent les revues d'utilisation des médicaments, les stratégies de formation et d'information des professionnels et du public, la révision de la médication à domicile, la transmission au pharmacien de l'intention thérapeutique du prescripteur, l'étude des profils de prescription des médecins pour déceler les situations déviantes, ainsi que l'usage des technologies de l'information pour aider le médecin à choisir la médication la plus appropriée.

Le groupe de travail appuie pleinement ces mesures et souhaite qu'elles soient appliquées avec vigueur et célérité. Il y a des années qu'on en parle.

Le groupe de travail est également persuadé que le plein déploiement des cliniques de santé de première ligne, l'inscription des patients à ces cliniques, le suivi et la prise en charge qui y seront effectués des malades chroniques, recommandés précédemment, sont autant de moyens qui contribueront à un usage optimal du médicament.

## ❑ Des limites liées à la nature du Conseil du médicament

Cependant, cela ne suffira pas. Il existe en effet plusieurs limites au programme proposé dans la Politique du médicament, et la première d'entre elles provient de la nature du Conseil du médicament.

- Le Conseil du médicament ne dispose que d'un pouvoir d'initiative restreint. Le Conseil agit essentiellement sur demande du ministre ou lorsqu'une compagnie pharmaceutique souhaite faire inscrire un nouveau produit ou modifier la classification d'un médicament sur la Liste.
- Le Conseil du médicament n'est pas indépendant. Le personnel du Conseil est intégré à celui du ministère. Or, cette indépendance est cruciale.

Le Québec a décidé de miser sur l'industrie pharmaceutique pour développer son économie, ce que le groupe de travail ne remet pas en question. Les pressions sont fortes sur le gouvernement pour que les médicaments produits par les compagnies présentes sur son territoire soient inscrits sur la Liste.

En outre, comme partout au Canada, l'industrie fait pression pour que les prix des médicaments soient revus à la hausse et s'alignent sur ceux, plus élevés, pratiqués aux États-Unis. Même les médicaments génériques sont plus chers au Canada qu'ailleurs dans le monde.

- Les études dont se sert le Conseil du médicament sont produites et financées par les compagnies pharmaceutiques elles-mêmes. Contrairement à l'organisme britannique équivalent, le National Institute for Health and Clinical Excellence, le Conseil du médicament québécois ne dispose pas des ressources suffisantes pour procéder à des études indépendantes sur la valeur pharmaco-économique des médicaments qu'il examine.

Les données provenant de ces études ne sont pas publiques car elles sont réputées appartenir aux compagnies concernées.

- Le Conseil du médicament ne compte aucun économiste. L'un des enjeux majeurs relatifs aux médicaments est d'ordre économique. Le Conseil doit d'ailleurs donner des avis au ministre au sujet des prix des médicaments et tenir compte de ce facteur dans la décision d'inscrire ou non un médicament sur la Liste.

Bien que plusieurs pharmaciens à l'emploi du conseil aient une formation en pharmaco-économie, une seule personne dispose d'une formation d'économiste. Le Comité scientifique de l'inscription n'en comporte aucun.

- Il n'est procédé à aucune révision systématique de la liste des médicaments. La Liste des médicaments assurés par le Régime général d'assurance médicaments comporte plus de 5 000 produits. Il est rare que l'un d'entre eux en soit retiré. En outre, le Conseil n'a pas le mandat de réviser

systématiquement la pertinence de maintenir sur cette liste tous les médicaments qui y sont inscrits.

## ❑ Des incohérences dans le système

Le ministère a laissé se déployer au sein du système de santé des comités et des organismes spécialisés, par exemple dans le domaine du cancer, qui se sont donnés des mandats d'étudier l'usage optimal des médicaments dans leur domaine.

- Ces organisations émettent des avis, publiés par le ministère, qui font autorité dans la profession médicale.
- Or ces avis, préparés généralement sans tenir compte de l'impact financier d'un médicament, entrent parfois en contradiction avec ceux du Conseil.

Les ordres professionnels publient eux aussi des avis qui touchent l'utilisation des médicaments. Il arrive que le Conseil confie un mandat au Collège des médecins ou à d'autres ordres professionnels pour produire des guides de pratique.

La loi confère par ailleurs à la Régie de l'assurance maladie le mandat de gérer deux programmes d'exception, de plus en plus laxistes, qui permettent d'accorder à un patient le privilège d'obtenir gratuitement des médicaments qui ne sont pas sur la Liste ou sont inscrits sur la liste des médicaments d'exception.

- Ces deux régimes sont gérés indépendamment des avis du Conseil.
- La Régie les gère à partir de risques financiers. Elle n'est pas tenue à la même rigueur que le Conseil, quant à l'application des critères de nature clinique, la valeur thérapeutique réelle ou le rapport entre l'efficacité réelle du médicament et son coût.

S'il convient à tout système de prévoir des situations exceptionnelles et des moyens de les traiter, la multiplication de ces exceptions risque de miner la crédibilité du régime général. En outre, cette situation crée de l'iniquité entre les patients qui connaissent les mécanismes d'exception et ceux qui ne les connaissent pas.

### Proposition

*Le groupe de travail propose au gouvernement de resserrer les règles relatives à l'application des mesures d'exception prévues au Régime général d'assurance médicaments en tenant compte impérativement des avis du Conseil du médicament.*

*Le groupe de travail propose également que soit confiée à un seul organisme l'autorité sur l'ensemble des avis émis au sein du système de santé sur la valeur thérapeutique et le rapport coût-efficacité des médicaments.*

## **9.2.4 Créer un nouvel organisme**

Il existe au sein du système de santé un autre organisme dont le rôle s'apparente à celui du Conseil du médicament. Il s'agit de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Le mandat des deux organismes se recoupe à certains égards.

Comme on le verra ci-après<sup>118</sup>, le groupe de travail recommande la création d'un nouvel organisme, qui pourrait s'appeler l'Institut national d'excellence en santé.

- Le groupe de travail propose que les fonctions du Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé y soient fondues avec celles du Commissaire à la santé et au bien-être.
- Ce regroupement permettrait de renforcer la position des trois organismes et d'utiliser leurs ressources de manière plus efficace.
- Leur autorité en serait renforcée. Le nouvel Institut serait indépendant du ministre. Son mandat déborderait largement la fonction conseil.

---

<sup>118</sup> Voir le chapitre 13, page 213, consacré à la mise en place d'un Institut national d'excellence en santé.



## 9.3 Améliorer les règles de financement du régime général d'assurance médicaments

Indépendamment des mesures visant à utiliser les médicaments de façon optimale, le groupe de travail a identifié un certain nombre d'initiatives qui permettraient d'améliorer les règles de financement du régime actuel.

### 9.3.1 Respecter le principe de l'indexation

En 2002, La *Loi sur l'assurance médicaments* a été modifiée afin d'introduire le principe d'une indexation annuelle de la prime et des autres paramètres du régime, de manière à tenir compte de l'augmentation des coûts.

- Les paramètres sont modifiés le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année, pour tenir compte de l'expérience de l'année précédente et des perspectives d'augmentation des coûts liés aux changements dans la couverture du régime, l'ajout de nouveaux produits sur la liste des médicaments assurés, les hausses de prix anticipées et tout autre facteur pouvant influencer le coût du régime.
- C'est la Régie de l'assurance maladie du Québec qui a le mandat de fixer les paramètres.
- Légalement, la Régie prend la décision de manière indépendante et informe par la suite le gouvernement. Depuis 2003, les décisions de la Régie ont été appliquées intégralement. La prime annuelle a été indexée de 9 % en 2003, de 7,4 % en 2004, de 5,5 % en 2005 et de 3,2 % en 2006.

#### ❑ La décision prise en 2007

Le gouvernement est toutefois intervenu en 2007 pour fixer l'augmentation de la prime à 3,5 % au lieu du taux de 7,8 % déterminé par la Régie. Cette décision a été prise dans le contexte de la Politique du médicament. Il s'agissait pour le gouvernement de contrebalancer l'autorisation décidée par ailleurs d'augmenter le prix des médicaments.

Cette décision, jointe à la gratuité accordée à 280 000 personnes additionnelles à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007, a entraîné un coût additionnel de près de 50 millions de dollars en 2007-2008.

Même si elle se justifie peut-être dans son contexte, la décision prise par le gouvernement déroge à la politique qu'il avait lui-même établie et respectée au cours des années précédentes. Or, pour que le régime demeure équitable et qu'il puisse être financé convenablement, le gouvernement doit en respecter la structure et les principes – dont celui de l'indexation annuelle des paramètres.

Pour cette raison, le groupe de travail souhaite que le gouvernement respecte le principe selon lequel l'indexation du régime public relève de l'autorité de la Régie

de l'assurance maladie du Québec et qu'à cette fin, il s'abstienne d'intervenir pour modifier les décisions de la Régie à cet égard.

### 9.3.2 Réparer une iniquité envers les travailleurs assurés dans le secteur privé

Comme on l'a rappelé au début de ce chapitre<sup>119</sup>, le régime public d'assurance médicaments prévoit la gratuité pour les groupes les plus démunis et un rabais sur la prime pour certaines catégories de personnes âgées de 65 ans et plus. Le groupe de travail ne remet pas en cause ce principe.

Le régime couvre également 1,7 million d'adhérents, les travailleurs et leurs dépendants de 18 ans à 64 ans, non couverts par un régime privé.

- Ces travailleurs bénéficient depuis la création du régime d'un avantage sur ceux qui sont assurés dans le secteur privé. En effet, leur contribution au régime public est inférieure au coût réel du régime pour ce groupe.
- Cette situation a deux effets non justifiés :
  - Accorder aux travailleurs assurés dans le système public un avantage financier sur les travailleurs assurés dans les régimes privés d'assurance collective.
  - Faire porter le coût de cet avantage sur l'ensemble des contribuables.
- En outre, cette situation peut favoriser le passage de travailleurs, parfois bien rémunérés, des régimes privés plus coûteux au régime public subventionné.

Pour l'année 2007-2008, l'avantage consenti aux adhérents de 18 à 64 ans représentera 25 % du coût des médicaments de cette catégorie, soit un montant de 211 millions de dollars.

TABEAU 10

#### Partage des coûts – Régime public, 2007-2008 (prévisions, en millions de dollars)

	Coût brut	Contributions des usagers	Primes payées par les usagers	Coût net gouvernement	
				(en M\$)	(en %)
Prestataires de l'assistance-emploi	649,8	4,2	0,0	645,6	99,4
Personnes âgées 65 ans et plus	2 119,2	437,2	323,3	1 358,7	64,1
Adhérents	832,5	226,3	395,2	211,0	25,3
<b>TOTAL</b>	<b>3 601,5</b>	<b>667,7</b>	<b>718,5</b>	<b>2 215,3</b>	<b>61,5</b>

Source : Prévisions de la RAMQ, juin 2007.

<sup>119</sup> Voir ci-dessus, page 136.

Pour le groupe de travail, il s'agit d'une iniquité au détriment des travailleurs couverts par les régimes privés. Il n'y a pas de raison valable pour que les contribuables assument ce coût.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande de modifier les paramètres du Régime public d'assurance médicaments de manière à ce que les adhérents assument l'intégralité du coût du régime pour leur groupe d'assurés.

Cette mesure aurait pour effet d'établir clairement le principe d'assurance pour ce groupe, en opposition au principe d'assistance qui s'applique aux plus démunis et aux personnes âgées de 65 ans et plus.

### **9.3.3 Une mise en garde provenant des régimes privés d'assurance collective**

Le mandat du groupe de travail porte sur le financement du système public. Mais les représentants du patronat comme ceux des grandes centrales syndicales ont attiré l'attention des membres du groupe de travail sur les pressions exercées depuis quelque temps sur les régimes d'assurance collective, financés conjointement par les travailleurs et leurs employeurs.

- Au cours des vingt dernières années, les primes des régimes collectifs d'assurance maladie et dentaire ont crû rapidement. Alors que l'inflation progressait de 3 % par année de 1987 à 1997 et de 2 % par année de 1997 à 2007 au Québec, les primes de ces régimes ont augmenté de 8 % par année pour les vingt années considérées.
- La progression de la prime d'assurance médicaments, qui était de l'ordre de 8 % au cours des dix premières années considérées, a atteint en moyenne quelque 13 % au cours des dix années suivant l'entrée en vigueur du Régime général d'assurance médicaments.

#### **❑ Des informations préoccupantes**

Les informations transmises au groupe de travail sont préoccupantes.

- Si la situation continue de se dégrader, il est possible que nombre de travailleurs abandonnent les protections dont ils bénéficient actuellement, faute de pouvoir assumer le coût des primes.
- Les travailleurs qui n'auraient plus accès à un régime collectif privé sont obligés par la loi de s'assurer autrement. La majorité d'entre eux le feraient en s'inscrivant comme adhérents au régime public.

- Les employeurs ont obligation par la loi d'inclure l'assurance médicaments, s'il existe dans l'entreprise un régime collectif d'assurance maladie complémentaire. Pour échapper à cette obligation, des entreprises pourraient décider, de concert avec les syndicats, de mettre fin aux régimes complémentaires.
- La conséquence en serait une réduction du nombre de personnes assurées au Québec pour des soins non couverts par le régime public comme les soins dentaires ou les soins offerts par les optométristes. Cela aurait un impact négatif sur l'état de santé de ces personnes et risquerait d'accroître la pression sur le système public.

### **❑ Les suggestions du groupe de travail**

Pour ces raisons, le groupe de travail estime que le gouvernement devrait prendre en considération les mises en garde des milieux patronaux et syndicaux et procéder, de concert avec les représentants des employeurs et des employés, à un examen minutieux de la situation des régimes privés d'assurance collective.

Par ailleurs, il a été porté à l'attention du groupe de travail que les compagnies d'assurance privée n'exercent pas, au Québec, un contrôle aussi étroit de la Liste des médicaments qu'elles couvrent que celui exercé sur le régime public.

- Les compagnies privées ont bien sûr pleine latitude pour déterminer leur panier de services assurés.
- Dans un contexte où les régimes privés d'assurance subissent des pressions importantes qui, dans certains cas, menacent même la viabilité de certains régimes collectifs, il faudrait que les compagnies d'assurance privée adoptent des mesures pour favoriser l'usage optimal du médicament.
- L'industrie de l'assurance privée devrait collaborer avec les autorités publiques dans l'examen de cette question.



## CINQUIÈME PARTIE

### La mobilisation des moyens : un système de santé productif et efficace

En formulant l'objectif central autour duquel ce rapport est bâti, le groupe de travail a placé au premier rang la mise en place d'un système de santé productif et efficace<sup>120</sup>.

Pour assurer la pérennité du système public de santé, nous devons augmenter sa productivité, ce qui signifie que nous devons mobiliser les moyens nécessaires pour offrir les services requis à la population.

Ces moyens sont abordés en cinq chapitres.

- Le **chapitre 10** est consacré à la gouvernance du système de santé : à ce niveau, il faut s'engager dans une nouvelle voie et implanter une nouvelle culture.
- Avec le **chapitre 11**, le groupe de travail aborde les questions liées à l'allocation des ressources, en identifiant les moyens d'en faire un outil incitatif et stratégique favorisant la performance.
- Le **chapitre 12** met l'accent sur les ressources humaines et leur gestion, en soulignant les difficultés actuelles et en jetant les bases d'une organisation du travail dynamique et efficace.
- Le **chapitre 13** présente le nouvel organisme dont le groupe de travail recommande la création, l'Institut national d'excellence en santé – un organisme crédible et indépendant, appelé à jouer un rôle stratégique pour le bon fonctionnement de notre système de santé.
- Enfin, le **chapitre 14** propose un ensemble d'initiatives afin de mettre les nouvelles technologies de l'information au service du patient et du gestionnaire.

---

<sup>120</sup> Voir ci-dessus, page 3.



## CHAPITRE 10 – LA GOUVERNANCE : UNE NOUVELLE CULTURE À IMPLANTER

Notre système de santé constitue, et de loin, l'organisation la plus importante et la plus complexe au Québec. Cette organisation fonctionne 24 heures par jour, 365 jours par année, et elle touche tous les citoyens sans exception, dans ce qu'ils ont de plus fondamental et bien souvent alors qu'ils sont le plus vulnérables.

La gouvernance d'un tel système est extrêmement complexe, et constitue un défi redoutable. Le groupe de travail est conscient des efforts effectués pour améliorer les choses. Il est en même temps convaincu que beaucoup d'initiatives peuvent être engagées pour améliorer cette gouvernance, et que nous avons là un moyen stratégique d'accroître de façon significative la productivité du système.

- Il faut d'abord dresser un portrait de ce système du point de vue de sa gouvernance et de son fonctionnement. Des changements positifs ont été mis en œuvre, mais on doit convenir que la performance de notre système demeure bien en deçà de ce qu'elle pourrait être.
- À partir des constats qu'il dégage, le groupe de travail en arrive à la conclusion qu'un changement de culture s'impose, afin de construire un système de gouvernance cohérent dont l'ensemble des composantes est orienté vers la satisfaction des besoins des citoyens.
- De façon concrète, le groupe de travail formule un ensemble de recommandations et de propositions touchant la plupart des aspects de la gouvernance et de la gestion du système.
- Enfin, le groupe de travail souhaite insister sur la nécessité d'évaluer la performance, et propose de ne pas hésiter à tester de nouvelles voies en matière de gestion.

### Qu'entend-on par gouvernance ?

Le terme de gouvernance est défini, dans le Petit Robert, comme « la manière de gouverner, l'exercice du pouvoir pour gérer les affaires nationales ou la méthode de gestion d'une entreprise ».

Appliquée au système de la santé, la gouvernance englobe toutes les questions concernant le gouvernement et la gestion des différentes organisations composant ce secteur, depuis le ministère de la Santé et des Services sociaux jusqu'aux plus petites unités de soins composant le réseau et offrant des services aux citoyens.

Le concept de gouvernance recouvre ainsi la définition des missions et des rôles de chaque organisation du secteur, les responsabilités qui leur sont attribuées, le mode de nomination de leurs dirigeants, leur imputabilité, les approches privilégiées en matière de reddition de comptes ainsi que l'évaluation des résultats obtenus.



## 10.1 Notre système de santé du point de vue de sa gouvernance

Le secteur québécois de la santé est composé d'un immense et complexe réseau présent partout sur le territoire. Il est animé par des milliers de médecins, d'infirmières et de travailleurs dont les tâches ne sont jamais faciles. Le réseau est constitué d'un ensemble d'établissements de tailles et de missions très diversifiées, d'instituts de soins spécialisés, d'enseignement et de recherche et de centaines de cliniques et de cabinets de professionnels. On y compte quelque 250 000 travailleurs, dont un grand nombre sont hautement spécialisés.

Le réseau de la santé comporte de multiples activités de prévention, d'information et d'éducation, de soins curatifs, palliatifs et de réadaptation, d'hébergement, de formation et de recherche. À lui seul, il mobilise près de la moitié des dépenses de programmes du gouvernement. Aucun autre secteur d'activité public ou privé ne se rapproche en importance et en complexité de celui de la santé.

### ❑ Des changements à poursuivre avec vigueur

Au cours des dernières années, de nombreux changements ont été apportés afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins et de répondre aux situations de crise qui se sont manifestées ici et là dans le système. Les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux ont été regroupés dans 95 Centres de santé et de services sociaux, les CSSS<sup>121</sup>.

D'autres transformations ont été apportées au fonctionnement du système.

- Le niveau du financement du système a été considérablement accru.
- Les ententes avec les médecins ont permis d'effectuer le rattrapage nécessaire dans les niveaux de rémunération.
- Ces ententes comprennent des dispositions visant à améliorer la qualité, la nature et le suivi des soins.
- Une importante partie des conventions collectives avec les employés du réseau peut maintenant être négociée au niveau local.

Malgré tous ces changements positifs, l'amélioration de l'efficacité du système et de ses composantes doit être poursuivie avec vigueur. La priorité doit maintenant porter sur l'administration au sens large du système, sur sa gouvernance, sur les modes de financement, sur l'évaluation de la performance, sur le développement des meilleures pratiques et sur l'utilisation efficace des technologies de l'information.

---

<sup>121</sup> Voir ci-dessus, page 21.

Les médecins, les infirmières et les autres travailleurs de la santé ont fait part au groupe de travail de leur fatigue, de la lassitude et du manque de motivation qui se manifestent de manière inquiétante un peu partout dans leurs rangs. Ils souhaitent retrouver la fierté légitime de faire partie, selon leurs mots, de la grande équipe de la santé.

La question de la gouvernance a été discutée avec la plupart des personnes et organismes consultés. Il en est résulté une foule d'idées et de suggestions, qui en fait vont le plus souvent dans le même sens. Ces idées sont en bonne partie reprises dans le présent rapport. Il faut poursuivre les changements entrepris, mais dans de nombreux cas, nous devons aller beaucoup plus loin, et ne pas hésiter à implanter une nouvelle culture de gestion.

### **10.1.1 Des constats de base à ne pas oublier**

Au départ de ce portrait de notre système de santé, du point de vue de sa gouvernance et de son fonctionnement, on doit rappeler plusieurs points fondamentaux extrêmement positifs.

- Il existe au Québec un accord général sur le fait que les valeurs et les fondements à la base de notre système de santé demeurent valables et solides.
- De façon générale, l'état de santé des Québécois soutient bien la comparaison avec l'extérieur.
- Notre système de santé a réussi pendant plusieurs années à fonctionner dans son ensemble avec un niveau de financement moins élevé que dans les autres provinces.
- On vient de le souligner, plusieurs mesures visant à améliorer la performance du système ont été adoptées au cours des dernières années. La priorité accordée au développement des soins de première ligne s'inscrit dans cette voie.
- Sur un autre plan, l'ouverture sur la négociation des conventions collectives au niveau local et la réduction du nombre des accréditations syndicales ont ouvert de nouvelles perspectives sur le plan des relations de travail.

### 10.1.2 La gouvernance comparée à ce qui se passe ailleurs

Pour mieux qualifier la gouvernance du système de santé québécois, le groupe de travail a souhaité analyser ce qui se passait ailleurs. Le groupe de travail a bénéficié à cette fin d'une analyse de la gouvernance des systèmes de santé, basée sur l'expérience des pays de l'OCDE, et effectuée à la demande du gouvernement<sup>122</sup>. Le groupe de travail a par ailleurs fait effectuer deux études sur certains aspects de la gouvernance<sup>123, 124</sup>.

#### □ Les pays de l'OCDE

Dès le départ, il est nécessaire de souligner que tous les pays, à l'exception des États-Unis, ont pour objectif d'assurer une couverture universelle et équitable des services de santé.

- La littérature sur les réformes entreprises dans les pays de l'OCDE insiste sur l'importance de créer un système de gouvernance cohérent et fonction des objectifs visés.
- Tous les pays sont aux prises avec les mêmes préoccupations, soit celles de contrôler la croissance des coûts de santé dans un contexte de vieillissement de la population, ainsi que de maintenir ou d'améliorer l'universalité de l'accès aux services de santé. Il ne fait aucun doute que l'amélioration de la performance passe par l'amélioration des systèmes de gouvernance.
- Tous les pays ont également pour objectif d'améliorer la réactivité de leur système. Ils misent en grand nombre sur l'amélioration de la reddition de comptes, la décentralisation des responsabilités et l'incitation à une plus grande responsabilisation incluant celle des prestataires, des patients et des gestionnaires.
- Les initiatives les plus souvent citées comme étant indispensables à l'amélioration de la productivité ont trait à une meilleure connaissance des coûts, à la circulation de l'information, à une plus grande responsabilisation des acteurs par des incitatifs économiques et administratifs, à la séparation des responsabilités de financement et d'organisation du système et à la décentralisation de l'organisation des services.
- Dans les pays où les relations contractuelles entre les acteurs sont déjà développées, les réformes ont visé à améliorer l'efficacité des contrats.

---

<sup>122</sup> Joanne Castonguay, Claude Montmarquette, Iain Scott, *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE*, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), septembre 2007.

<sup>123</sup> *Le choix des priorités du « panier de services », la pertinence-efficacité-efficience des soins : des enjeux de financement*, Léonard Aucoin, InfoVeille Santé Ltée, octobre 2007.

<sup>124</sup> *Efficience et budgétisation des hôpitaux et autres institutions de santé au Québec*, Pierre Ouellette, Département des sciences économiques, Université du Québec à Montréal, novembre 2007.

- Là où les systèmes sont fortement intégrés, monopolistiques et autocratiques, les pays ont réagi en développant les mécanismes de marché, en faisant ressortir l'information, en créant des incitatifs à l'atteinte des objectifs, en mettant en place des mécanismes de contrôle et en améliorant continuellement leurs institutions et leurs relations contractuelles.
- Enfin, les pays qui ont réussi à ralentir la croissance des coûts des régimes publics de santé se sont attaqués aux mécanismes de gouvernance de leur système.

## ❑ La situation au Canada et au Québec

Le Canada figure au sein d'un groupe de quelques pays où la productivité des médecins et des systèmes de santé a régulièrement diminué au cours des dix dernières années.

- La principale caractéristique qui différencie ce groupe de pays de ceux qui ont amélioré ou maintenu la performance de leur système de santé est la centralisation du financement et de l'organisation des services.
- En effet, tous les pays dont le système de santé est décentralisé ont amélioré ou maintenu la productivité de leur système de santé au cours de la dernière décennie.
- Par ailleurs, le Canada est le seul cas, parmi un échantillon de dix-sept pays, où le budget des hôpitaux est établi en fonction des budgets historiques, et où le financement et l'organisation des services de santé sont assumés par le ministère de la Santé – avec l'Australie.

Proportionnellement à la population, le Québec figure au deuxième rang au Canada en termes de médecins et au 7<sup>e</sup> rang pour ce qui est du nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires<sup>125</sup>.

Au Québec, la productivité de l'ensemble des employés du réseau semble relativement faible, par rapport au reste du Canada<sup>126</sup>.

- Le nombre d'heures travaillées par employé du réseau de la santé au Québec est le plus bas au Canada.
- La productivité du travail est en constante décroissance.
- Enfin, les employés à temps plein du secteur de la santé travaillent en moyenne 41 semaines par année, ce qui correspond à 11 semaines de congés par année, incluant les congés fériés, les vacances et les congés de maladies – qui sont cumulatifs et qui n'ont pas à être pris pour cause de

<sup>125</sup> Voir le tableau 11 ci-après, page 200.

<sup>126</sup> Joanne Castonguay, Claude Montmarquette, Iain Scott, *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance...*, op.cit.

maladie. Ces données sont difficiles à concilier avec la perception de pénurie de ressources humaines dans le réseau.

Au Québec, une grande proportion de l'accroissement des dépenses publiques de santé au cours des dernières années a été allouée aux ressources humaines – essentiellement en rémunération – et aux médicaments<sup>127</sup>.

Cet effort a eu pour résultat une faible augmentation des ressources humaines, aucune évolution du nombre de visites chez le médecin ou du nombre d'heures travaillées et une incapacité à freiner le passage des infirmières vers le privé. Malgré les efforts importants et l'amélioration des conditions matérielles des travailleurs de la santé, la population n'en a retiré que peu de bénéfices.

Plusieurs mesures structurelles mises en place au Québec sont relativement récentes et il faut leur donner le temps de porter effet. On est cependant loin du compte, si l'on compare la situation au Québec à celle de systèmes où les activités cliniques sont vraiment intégrées.

- Les changements de structure effectués au Québec n'ont pas vraiment touché la fonction centrale que constituent les activités cliniques.
- Plusieurs facteurs risquent de limiter la mise en place de projets de mesure de la performance clinique et de la valeur des soins.
  - Les principaux générateurs des activités cliniques, les médecins omnipraticiens et spécialistes, ne sont pas intégrés au système de soins sur le plan de la gouverne et de la gestion du système.
  - Même s'il y a des efforts d'intégration au niveau local (CSSS), il n'en demeure pas moins que le système de soins québécois, sur le plan national, n'est pas vraiment intégré dans une gestion systémique. Il y a un problème majeur de gouverne centrale. Les rôles et responsabilités, et surtout les mécanismes de prise de décisions entre ministères, agences et établissements ne sont pas clairs.
  - Sur le plan budgétaire, l'accent est mis sur l'équilibre budgétaire à court terme. Les silos budgétaires, déterminés centralement, ne favorisent pas le déplacement de sommes entre les enveloppes budgétaires des médicaments, des médecins, des hôpitaux et des soins à domicile.

---

<sup>127</sup> Voir ci-dessus, page 33.

### 10.1.3 Sur le plan de la gestion : des constats qui sont loin d'être positifs

Sur le plan de la gestion de notre système de santé, le bilan est loin d'être positif.

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux est activement engagé dans la micro gestion du système. Le processus de décision est fortement centralisé. À titre d'exemple, l'accord du ministre est requis pour l'ouverture d'un groupe de médecine familiale ou d'un centre médical spécialisé.
- Tous les processus sont imprégnés d'une culture qui procède du haut vers le bas. La législation et la réglementation imposent à tous les niveaux aux gestionnaires un cadre rigide et détaillé. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui, à l'origine en 1970, comptait 160 articles, en compte maintenant plus de 650.
- À ce cadre s'ajoute un contrôle strict et à courte vue des coûts, ce qui a comme conséquence que sur le plan de la gestion des soins, il ne reste guère de place pour l'initiative.

Les structures administratives du système sont lourdes et contraignantes.

- Notre système est doté d'une imposante structure centrale, à laquelle s'ajoute une structure régionale composée de 18 agences. Cette structure coûte cher, puisqu'elle mobilise pas moins de 190 millions de dollars par année – auxquels on doit ajouter les 100 millions de dollars affectés à l'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec. La mission de cette coûteuse structure est mal définie.
- De façon générale, les pays de l'OCDE ont opté soit pour un ministère fort et des structures régionales légères ou pour l'inverse, soit une structure régionale plus élaborée et un ministère plutôt léger. À titre d'exemple, la Grande-Bretagne ne compte que dix régions, malgré ses quelques soixante millions d'habitants.
- Les budgets sont alloués aux agences régionales par le ministère selon une méthode dite historique qui, heureusement, évolue vers une approche populationnelle modulée.
- Les budgets sont distribués aux établissements par les agences. Ils sont constitués d'un ensemble d'enveloppes et d'indicateurs qui déterminent à quelles fins les budgets doivent être dépensés.

Les budgets sont alloués sur une base historique – de nouvelles approches commençant cependant à faire leur apparition<sup>128</sup>. Selon la méthode historique, la performance relative des CSSS et des hôpitaux sur le plan de la

---

<sup>128</sup> On fait référence à la répartition des budgets consacrés à la production chirurgicale. Voir ci-dessus, page 24 et ci-après, page 190.

productivité n'entre pas en ligne de compte. Sans égard à leur performance – sauf exception –, les CSSS et les hôpitaux sont tous traités sur le même pied au point de vue budgétaire.

Les priorités d'action sont établies centralement, au ministère de la Santé et des Services sociaux, avec peu d'égard pour les caractéristiques des communautés. De plus, les établissements sont encadrés par les agences au moyen d'ententes de gestion très détaillées.

- Les responsables des établissements sont ainsi soumis à des contraintes omniprésentes et leur marge de manœuvre est considérablement limitée. Comme si cela n'était pas suffisant, dans bien des cas, les budgets ne sont arrêtés que tard au cours de l'exercice.

Dans ce système, les missions des organisations appartenant à chacun des niveaux ne sont pas clairement définies, ce qui rejaillit sur l'autorité des responsables de ces organisations. La chaîne d'imputabilité elle-même n'est pas déterminée avec précision. On est ainsi placé dans une situation où, du haut en bas de la structure, chacun a une part de responsabilité mais jamais personne n'est pleinement responsable. Chacun n'est que partiellement responsable ou imputable des activités dans son secteur d'activité.

Cet état de fait, lourd de conséquences, est en outre la cause de la trop grande politisation à des fins partisans de notre système de santé.

- En l'absence de règles claires de responsabilisation, les inévitables incidents dans un système aussi complexe tendent à être reprochés à l'ultime responsable. Bien souvent, lors d'un incident regrettable, le ministre de la Santé en est tenu de s'en expliquer à l'Assemblée nationale.
- Cette déplorable situation a pour effet de détourner l'attention des véritables enjeux et de pousser encore davantage le ministère vers une micro gestion du système.

Plusieurs intervenants – dont le réputé Henry Mintzberg<sup>129</sup> – ont mis en garde contre les trop fréquents changements dans les structures. Ces changements nécessitent toujours des ajustements et de l'adaptation. En fait, on est capable de les éviter, car il est souvent possible de modifier les modes de gouvernance sans bouleverser les structures.

Enfin, la performance des établissements sur le plan de l'atteinte d'objectifs de santé ou de réduction de la maladie ne fait pas l'objet d'évaluations. Tous les établissements sont traités sur le même pied sans égard à leur performance.

---

<sup>129</sup> Professeur et titulaire de la chaire Cleghorn à la Faculté d'administration de l'Université McGill de Montréal.

En définitive, il n'y a rien dans le système qui incite les gestionnaires à rechercher de façon continue le plus haut niveau possible de performance sur le plan de l'administration et des objectifs de santé.

Si le gestionnaire souhaite améliorer la performance de son établissement, il ne dispose pas des leviers nécessaires à cette fin : tous n'ont pas l'information nécessaire, les médecins n'ont pas de contrats avec les hôpitaux, les conventions collectives sont négociées pour une large part au niveau central, les corporations professionnelles et les syndicats imposent leurs standards de qualification professionnelle et les priorités sont établies par le ministère.

#### 10.1.4 Des constats qui se répètent

Les constats que l'on vient de tirer ne sont pas nouveaux.

- En 1996, le Comité Deschênes recevait le mandat du ministre de l'époque de procéder à l'examen des responsabilités respectives du ministère, des régies régionales – devenues depuis des agences régionales – et des établissements.

Son rapport<sup>130</sup>, déposé à la fin de 1996, recommandait le renouvellement du ministère afin que celui-ci priorise son rôle stratégique, élimine les dédoublements avec les régies, développe des indicateurs clés et organise de façon générale l'évaluation de la performance et la reddition de comptes.

- À son tour, la Commission Clair rappelait, dans son rapport déposé en décembre 2000, que les principales recommandations du Comité Deschênes demeuraient toujours pertinentes<sup>131</sup>, et sous-entendait qu'elles étaient restées sans suite.

La Commission recommandait à son tour que le rôle du ministère soit révisé pour mettre l'accent sur l'élaboration des orientations stratégiques, des politiques socio-sanitaires et l'évaluation des résultats.

Elle formulait de plus une série de recommandations sur le plan de la gouvernance qui s'inscrivent dans le même esprit que celles du Comité Deschênes.

---

<sup>130</sup> Deschênes, Jean-Claude... [et al.], *Examen des responsabilités respectives du ministère de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales et des établissements, réflexions et propositions*, décembre 1996.

<sup>131</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations*, 2000, page 213.



### 10.1.5 Des conclusions plus globales

De façon plus globale, le groupe de travail tire quatre conclusions de ce portrait de notre système de santé, du point de vue de sa gouvernance et de son fonctionnement.

Ces conclusions ont trait :

- à la transposition des politiques,
- à la responsabilité et à l'imputabilité,
- aux changements de structure,
- à l'existence d'une direction bicéphale.

#### ☐ La transposition des politiques

Au Québec, nous produisons d'excellents documents de politique, mais nous sommes loin d'être aussi efficaces lorsqu'il s'agit de les mettre en œuvre. Nous savons quoi faire, mais nous ne savons pas très bien comment le faire.

- Nous avons une tendance à croire que l'essentiel est accompli lorsqu'une loi ou une politique est adoptée.
- Souvent, nous n'accordons pas suffisamment d'attention à leur application concrète qui, pourtant, est tout aussi importante. Il est nécessaire à cette fin que les responsables du système fassent en sorte que les gestionnaires et les professionnels au niveau des soins aient la latitude requise et l'accès à des ressources financières adéquates. C'est à ce niveau que l'action a lieu, et non à celui des structures administratives.

Sur le plan des soins, qui sont la raison d'être du système, il faut créer des conditions pour que les responsables, gestionnaires et professionnels puissent prendre les moyens les plus appropriés pour répondre aux besoins des citoyens. Il faut que les solutions soient apportées au niveau de l'action, au lieu d'attendre les directives du ministère.

#### ☐ La responsabilité et l'imputabilité

Notre système de santé est fondé sur la solidarité et la reconnaissance des droits, mais également des obligations de chacun. Ces droits et obligations doivent être établis clairement et, lorsque approprié, faire l'objet d'ententes établissant clairement les responsabilités de chacun.

Les gestionnaires doivent être en position de gérer ce qui tombe sous leur responsabilité. Autrement, ils ne peuvent en aucune façon être tenus

responsables de leurs actions. Ce critère, trop souvent ignoré, s'applique à tous les niveaux de l'organisation.

Le principe d'imputabilité correspond à l'obligation de rendre compte de ses interventions et des résultats de ses actions. L'imputabilité est le corollaire de la responsabilité, et doit s'appliquer en fonction de résultats. Le groupe de travail ne saurait trop insister sur l'importance de la responsabilité et de l'imputabilité à tous les niveaux.

## **❑ Les changements de structure**

Les fréquents changements de structure au cours des années ont semé l'incertitude et le désarroi dans le personnel de nombreux établissements. Le besoin de stabilité est manifeste.

À ce stade de l'évolution de notre système, il vaut mieux apprendre à fonctionner avec les structures en place au niveau de la production de services, malgré leurs déficiences, que de les remplacer. Le groupe de travail a ainsi limité ses propositions concernant des changements de structure aux niveaux les plus élevés de la pyramide.

## **❑ L'existence d'une direction bicéphale**

Dans toute entreprise, il y a généralement une chaîne d'autorité dirigée par un président ou un directeur général dont les décisions sont appliquées à tous les niveaux.

Dans notre système de santé, il existe une direction bicéphale, celle de l'administration et celle des médecins. Selon le vieux système de privilèges qui perdure dans nos établissements, il n'existe pas de relations contractuelles entre les médecins et les établissements – sauf pour certaines exceptions.

- Les médecins, qui sont les principaux générateurs des activités et des coûts au niveau des établissements, ont pleine autonomie face à l'administration. Ce sont eux qui, exclusivement, décident quels examens et quels soins sont dispensés.
- Le personnel et les équipements des établissements constituent en quelque sorte des ressources à leur disposition. La rémunération des médecins, établie en vertu d'ententes négociées centralement, ne crée aucun lien contractuel entre eux et les établissements. Elle est même acheminée par un canal externe, la Régie de l'assurance maladie.

Ce mode de fonctionnement a pour résultat que les gestionnaires ont peu d'emprise sur l'organisation des activités cliniques prenant place dans leurs établissements.

## 10.2 Un changement de culture étayé par des principes

Ces constats ne veulent pas dire que notre système de santé soit en crise. En fait, c'est l'administration de notre système qui est malade, comme l'affirme Henry Mintzberg<sup>132</sup>.

Fort heureusement, l'expérience des pays de l'OCDE démontre qu'il est possible de renverser cette situation.

- Notre système de santé constitue un monopole imprégné à tous les niveaux de la culture propre aux monopoles, qu'ils soient publics ou privés. Cette culture est axée sur la réglementation et les contrôles budgétaires, fermée sur l'extérieur, imperméable aux véritables changements, à l'adaptation et à l'innovation. Il s'agit d'une culture qui favorise l'inefficacité.
- Le groupe de travail est convaincu qu'un véritable changement de culture s'impose. Ce changement doit passer par un système de gouvernance cohérent, dont l'ensemble des composantes est orienté vers la satisfaction des besoins des citoyens.

### □ Quatre principes de gouvernance

Le terme de changement de culture est trop souvent galvaudé. Il prend ici tout son sens, en s'appuyant sur quatre principes de gouvernance qui devraient être appliqués au secteur de la santé et aux différentes organisations qui le composent.

- En premier lieu, la culture de gouvernance proposée par le groupe de travail suppose une clarification des missions attribuées à chacune des organisations du système de santé. Les missions confiées aux différents acteurs du système doivent être clairement définies, avec l'autorité qui en découle – ce qui n'est pas le cas actuellement.
- En deuxième lieu, cette culture de gouvernance implique une différenciation des rôles assumés par ces mêmes organisations. Il s'agit d'éviter les confusions et les chevauchements, avec les répercussions que cela peut avoir sur la chaîne d'imputabilité.
- En troisième lieu, il importe que les droits et obligations de chacun soient précisés dans le cadre d'ententes contractuelles, conclues entre les différentes organisations et acteurs du système de santé – y compris les médecins.

---

<sup>132</sup> Dans une entrevue publiée dans le journal La Presse le 12 mai 2007, Henry Mintzberg déclarait : « Les systèmes de santé ne sont pas en crise... C'est leur administration qui est en crise... Une gestion conçue différemment, plus orientée vers ce qui se passe sur le terrain, est un des remèdes aux problèmes des systèmes de santé » (La Presse affaires, Henry Mintzberg sur la gestion de la santé, Montréal, samedi 12 mai 2007).

- En quatrième lieu enfin, la culture de gouvernance souhaitée par le groupe de travail suppose un certain nombre d'orientations, telles que la décentralisation et l'autonomie, ainsi que des exigences touchant à l'imputabilité, à la responsabilité et à l'évaluation.

Pour le groupe de travail, ces principes n'ont rien d'abstrait. Ils s'incarnent de façon bien concrète dans un certain nombre de recommandations et de propositions s'adressant à tous les organismes et intervenants constituant le secteur de la santé.

### **10.3 Des recommandations et des propositions**

Les recommandations et propositions formulées par le groupe de travail s'appliquent à plusieurs niveaux :

- Elles s'adressent aux structures de gouvernance mêmes du réseau de la santé – soit essentiellement le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences régionales.
- Elles interpellent les producteurs de services – les CSSS, mais également les cliniques de santé et tous les autres établissements fournissant des soins aux citoyens.
- Elles concernent la nature des ententes contractuelles établies à l'intérieur du système entre les différents organismes et intervenants qui le composent.
- Elles s'appliquent aux conseils d'administration et directions générales des différents organismes et établissements.
- Elles visent la participation des citoyens, que l'on doit entendre en tant que patients mais également dans le cadre des différents processus décisionnels concernant la santé.

### **10.3.1 Les structures de gouvernance**

L'une des recommandations essentielles du groupe de travail vise à bien distinguer les structures de gouvernance du système – soit le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences régionales – des producteurs de services, c'est-à-dire l'ensemble des établissements offrant des soins aux citoyens.

Deux organismes spécifiques sont ou devraient être associés à ces structures de gouvernance : il s'agit de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du nouvel Institut dont le groupe de travail recommande la mise en place, l'Institut national d'excellence en santé.

#### **□ La voie de la décentralisation**

Onze ans après le rapport Deschênes et sept ans après le rapport Clair, on doit constater que sur le plan des structures de gouvernance, le remplacement des régies régionales par les agences régionales a accentué encore la centralisation du pouvoir de décision au niveau du ministère.

La plupart des pays dont les systèmes sont financés par les impôts généraux ont, au contraire, pris la voie de la décentralisation à des entités régionales et locales. Parmi ces pays, plusieurs ont des populations dont la taille s'apparente à la nôtre. On fait référence au Danemark, à la Finlande, à l'Irlande, à la Norvège et à la Suède.

Plus significatif encore, la Grande-Bretagne, dont le système de santé a servi de modèle pour le Canada, s'est résolument engagée dans la décentralisation régionale.

#### **□ Le ministère de la Santé et des Services sociaux**

Depuis quelques années, plusieurs ministères et organismes publics sont venus à la conclusion qu'ils n'étaient pas en mesure de produire efficacement leurs services. Le domaine public introduit des lourdeurs et des rigidités qui les rendent inefficaces sur ce plan. La recherche de gains d'efficience les a conduits à se retirer de la production de services, afin de pouvoir se concentrer sur leur véritable mission.

De la même manière, il serait nécessaire que le ministère de la Santé et des Services sociaux se concentre sur la planification stratégique et l'atteinte d'objectifs de santé.

Il devrait à cet effet établir la politique et les objectifs de santé, définir la liste des services assurés, établir des standards nationaux, allouer les ressources aux fins d'immobilisation et de fonctionnement entre les agences régionales, établir les indicateurs de performance et procéder à l'évaluation et à l'agrément par l'intermédiaire des organismes désignés.

Pour enclencher le processus si nécessaire de décentralisation et de responsabilisation dans notre système, la voie à suivre est clairement indiquée.

- Il serait essentiel de ramener le ministère de la Santé et des Services sociaux à sa mission première.
- Cela implique que l'on sorte le ministère de la gestion quotidienne de la dispensation des soins, et qu'on le désengage clairement de la production des soins.
- Malgré les difficultés inhérentes à une telle opération, il devrait en résulter une réduction importante des effectifs et des coûts d'opération du ministère.

### ■ Les immobilisations dans le réseau

La nécessité d'un développement rationnel et justifié des établissements et de leurs équipements n'a pas besoin d'être démontrée.

Afin d'éviter les conflits entre les instances régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux au sujet des immobilisations entourant certains grands projets, chaque projet devrait faire l'objet d'une évaluation stricte avant toute décision ou annonce.

- Une évaluation ne doit pas couvrir uniquement les besoins et les investissements en regard des ressources en place. De façon tout aussi importante, elle doit intégrer également l'incidence sur les coûts et les dépenses de fonctionnement dans l'avenir.
- La planification et les décisions relatives à cette importante fonction doivent relever clairement et uniquement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'attribution de cette fonction au ministère de la Santé et des Services sociaux signifie en conséquence que les établissements n'ont pas la mission de prendre des décisions d'immobilisation sur leur territoire. Toutefois, il va de soi que les établissements devraient être consultés à l'intérieur du processus d'évaluation.

### Recommandations

Le groupe de travail recommande que la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux soit recentrée sur l'établissement de la politique et des objectifs de santé, la définition des services assurés, l'établissement de standards nationaux, l'allocation des ressources aux fins d'immobilisation et de fonctionnement entre les agences régionales, l'établissement des indicateurs de performance, et l'évaluation et l'agrément par l'intermédiaire des organismes désignés.

Le groupe de travail recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux se désengage de la production des soins proprement dite.

#### ■ **Le CHUM et le CUSM**

Il n'était pas dans le mandat du groupe de travail d'évaluer le déploiement des ressources en fonction des besoins en termes de soins, d'enseignement et de recherche. Le groupe de travail n'aurait d'ailleurs eu ni les moyens, ni le temps nécessaires pour y procéder. Le groupe de travail a fait une seule exception à cette règle, sans remettre en cause la politique du ministère, en proposant que le développement des soins de première ligne soit accéléré.

Des intervenants ont fait part au groupe de travail de leurs réserves au sujet des projets de construction du CHUM et du CUSM. Le groupe de travail estime que ces deux projets devraient être expliqués davantage, afin que leur raison d'être soit mieux comprise des Québécois.

#### ■ **La Régie de l'assurance maladie du Québec**

La Régie de l'assurance maladie du Québec constitue une structure centrale de gouvernance du système de santé.

Il n'existe pas de raison de modifier sa mission d'agent payeur en vertu des ententes avec les associations professionnelles. Il est possible toutefois que, dans le cadre d'ententes entre les agences régionales et les pourvoyeurs de soins, des fonds destinés à la rémunération des médecins puissent transiter par d'autres canaux.

## ■ L'Institut national d'excellence en santé

Le groupe de travail consacre un chapitre spécifique à la création d'un nouvel organisme, qu'il propose de dénommer l'Institut national d'excellence en santé<sup>133</sup>.

Cet institut serait appelé à jouer un rôle stratégique de première importance. À l'instar des organismes de même nature, il devrait jouir d'un large degré d'indépendance. Ce n'est qu'à cette condition qu'il aurait la crédibilité et l'impartialité nécessaires à l'exercice de son importante mission.

Dans l'accomplissement de sa mission, l'Institut national d'excellence en santé devrait tenir compte des dimensions cliniques, technologiques, économiques et éthiques des questions sur lesquelles il serait appelé à donner son avis. Il devrait notamment évaluer le rapport coût efficacité des technologies et des médicaments en cours et nouveaux.

Sur le plan de la gouvernance, on verra plus loin les suggestions formulées par le groupe de travail concernant la composition du conseil d'administration du nouvel Institut, le recrutement de son personnel et les relations qu'il devrait établir et développer avec des organismes de même nature situés à l'extérieur du Québec.

## □ Les agences régionales

Tous les systèmes de santé analysés sont dotés de structures régionales. Ces structures ont généralement pour raison d'être de permettre l'adaptation de l'organisation des soins aux réalités des différents milieux, tout en décentralisant le système.

Au Québec, compte tenu de l'immensité du territoire et des différences marquées entre les grandes régions, la nécessité de structures régionales ne fait pas de doute.

Cependant, la mission et le statut des agences régionales ne sont pas clairement définis.

- Les agences n'ont pas l'autonomie nécessaire pour constituer des entités décentralisées.
- Elles ne sont pas des bureaux régionaux du ministère, puisqu'elles sont chapeautées par des conseils d'administration.
- Dans plusieurs cas, la taille des agences ne leur permet pas d'assumer efficacement les responsabilités d'une véritable entité régionale.

---

<sup>133</sup> Voir ci-après le chapitre 13, page 213.



## ■ Des acheteurs de services

Pour le groupe de travail, les agences régionales doivent avoir une mission précisément définie :

- Les agences régionales devraient être les organismes chargés de traduire la politique et les priorités nationales en stratégies d'implantation sur leur territoire.
- Elles devraient le faire en tant qu'acheteurs de services auprès de l'ensemble des établissements susceptibles de répondre aux besoins de santé.

Pour remplir cette mission, les agences régionales devraient bénéficier d'une large autonomie :

- Les agences régionales devraient être responsables de la gestion des ressources financières qui leur seraient allouées par le ministère par voie d'ententes contractuelles avec ce dernier.
- En tant qu'acheteurs de services, les agences régionales concluraient des ententes avec tous les producteurs de services auxquels elles feraient appel – CSSS, cliniques de santé, organismes communautaires et autres établissements existants.
- Ces ententes devraient comporter des objectifs de santé et de performance clinique et financière.
- Dans les ententes conclues avec les CSSS, les agences régionales s'assureraient que le déploiement de la politique et des priorités nationales ne souffre pas de la domination des hôpitaux.
- Les agences régionales auraient notamment pour responsabilité de s'assurer du déploiement des cliniques de santé sur leur territoire.
- Les agences régionales devraient publier chaque année, au moment considéré comme le plus opportun, un rapport annuel rendant compte notamment des résultats obtenus par rapport aux objectifs et indicateurs établis dans le cadre de l'entente conclue avec le ministère.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement que les agences régionales aient pour mission de traduire la politique et les priorités nationales en stratégies d'implantation sur leurs territoires, en tant qu'acheteurs de services auprès des fournisseurs de soins et de services, et qu'elles bénéficient à cette fin d'une large autonomie.

## ■ Un nombre limité d'agences

Le groupe de travail suggère que les agences régionales, actuellement au nombre de dix-huit, soient regroupées en six à huit entités.

- Un tel nombre permettrait que chaque entité couvre un bassin assez nombreux de population, avec des caractéristiques raisonnablement homogènes.
- Chaque entité aurait ainsi une taille lui permettant d'être dotée des effectifs nécessaires à l'accomplissement de sa mission et possèderait une capacité réelle de négociation.
- Le regroupement des agences devrait être effectué en tenant compte de la proximité géographique, des bassins de desserte en commun, des corridors de service établis, de la taille de la population et des habitudes de collaboration entre les régions.

### 10.3.2 Les producteurs de services

Clairement distincts des structures de gouvernance du système de santé, les producteurs de services regrouperaient l'ensemble des établissements, des cliniques de santé et autres fournisseurs, appelés à produire des soins au bénéfice des citoyens.

Le groupe de travail a précisé les règles de gouvernance que devraient respecter les principaux de ces producteurs de services – soit les CSSS et les cliniques de santé –, tout en évoquant les différents autres établissements contribuant à assurer des soins à la population.

## □ Les Centres de santé et de services sociaux

Les CSSS ont été créés en 2004.

- Avec leurs partenaires, et sur leurs territoires respectifs, ils assument la responsabilité des soins et des services dans le cadre de projets cliniques et organisationnels.
- Les CSSS doivent en outre assurer la coordination entre les centres hospitaliers, les CHSLD, les cliniques et les organismes communautaires sur leurs territoires.

## ■ Une plus large autonomie, accompagnée d'une imputabilité accrue

Essentiellement, les CSSS sont des pourvoyeurs de soins. Pour qu'ils puissent s'acquitter efficacement de leur mission, ils doivent pouvoir bénéficier d'un large degré d'autonomie. En contrepartie de cette autonomie accrue, ils doivent être pleinement responsables et imputables de leur gestion.

## ■ Responsabilisation et reddition de comptes

Les CSSS sont responsables de l'allocation des ressources entre les entités comprises sous leur gouverne. Il faudrait éviter que dans cette tâche, l'activité hospitalière ne soit favorisée au détriment des autres établissements et cliniques placés sous leur juridiction.

Les ententes contractuelles conclues entre les agences régionales et les CSSS devraient spécifier que l'allocation des ressources ne souffre pas de la domination hospitalière.

Pour que les entités sous la responsabilité du CSSS puissent jouer pleinement leur rôle, une nouvelle dynamique organisationnelle va devoir se développer. Il faut que les ententes de gestion, les contraintes administratives et les directives soient remplacées par des ententes contractuelles et des incitatifs économiques fondés sur l'atteinte d'objectifs de santé et de réduction de la maladie.

En tant qu'entité responsable, chaque CSSS devrait publier chaque année, au moment jugé le plus opportun, un rapport annuel illustrant notamment les résultats obtenus en fonction des objectifs et des indicateurs de santé établis. En outre, la performance relative des établissements devrait être largement publicisée.

## □ Les autres établissements

À côté des CSSS, un certain nombre d'établissements sont également de grands producteurs de services au sein du système de santé.

Ces établissements<sup>134</sup> ont des statuts particuliers, en raison de certains volets de leur mission qui leur sont propres. On fait notamment référence aux Centres hospitaliers universitaires, aux Centres hospitaliers affiliés, aux Centres jeunesse, aux Centres de réadaptation, ainsi qu'à tous les établissements appuyant l'offre de services.

Les règles de gouvernance définies précédemment doivent leur être appliquées. Il faut que ces établissements soient pleinement responsables de leurs ressources financières et de leur personnel professionnel et technique, et qu'ils rendent compte des résultats obtenus.

---

<sup>134</sup> Sur le concept d'établissement dans le système de santé du Québec, voir ci-dessus, page 20.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que les CSSS et les autres établissements bénéficient d'un large degré d'autonomie et des moyens d'assumer leurs responsabilités, et qu'en contrepartie, ils soient pleinement responsables de leur gestion.

### **❑ Les cliniques de santé**

Le groupe de travail a souligné le rôle central des services de première ligne, dans l'efficacité de l'ensemble du système de santé.

- L'accès insuffisant des citoyens à la première ligne a pour principale conséquence de réduire la qualité des soins et d'accroître les coûts du système<sup>135</sup>.
- Les systèmes de soins qui font reposer la fourniture des services sur des organisations de première ligne fortes sont aussi ceux dont la population est en meilleure santé et souvent la plus satisfaite des services reçus<sup>136</sup>.

Afin d'assurer le renforcement de la première ligne, le groupe de travail recommande que la priorité soit accordée au déploiement accéléré de cliniques de santé<sup>137</sup>. Le groupe de travail a voulu préciser les règles de gouvernance que les cliniques de santé devraient respecter, conformément aux principes précédemment formulés.

- Les cliniques de santé devraient être pleinement responsables de la gestion de leurs ressources financières et de leur personnel professionnel et technique. À cet effet, il serait nécessaire que leur mission et leurs objectifs de santé et de réduction de la maladie soient établis dans le cadre d'ententes contractuelles avec l'agence régionale de leur territoire.
- L'amélioration de la prise en charge des patients passe par la collaboration entre les centres hospitaliers et les cliniques médicales. Une relation contractuelle entre les deux entités devrait être établie à cet effet, afin de délester les hôpitaux des activités de première ligne qu'ils effectuent encore. De plus, il faudrait que des incitatifs financiers soient établis pour encourager la collaboration entre les hôpitaux et les cliniques ainsi qu'entre les différentes professions.

---

<sup>135</sup> Voir ci-dessus, page 85.

<sup>136</sup> *Modes d'organisation des services prometteurs...*, op. cit.

<sup>137</sup> Voir ci-dessus, page 89.

- Les cliniques devraient être libérées des contraintes bureaucratiques et avoir la marge de manœuvre nécessaire pour se développer de façon dynamique, selon le modèle qui leur convient le mieux. Par contre, il est essentiel au bon fonctionnement du système qu'elles soient pleinement imputables et qu'elles soient en mesure d'évaluer leur performance en fonction de leurs objectifs de santé et de réduction de la maladie.
- Tout comme les agences régionales et les CSSS, les cliniques de santé devraient produire une fois l'an un rapport sur l'utilisation qui a été faite des fonds publics.

Les mêmes principes de gouvernance doivent s'appliquer aux cliniques médicales spécialisées et aux cliniques médicales associées<sup>138</sup>.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande que les cliniques de santé soient pleinement responsables de leurs ressources financières et de leur personnel professionnel et technique et qu'en contrepartie, elles soient entièrement imputables de leur gestion.

### **10.3.3 Les ententes contractuelles à l'intérieur du système**

Sur le plan de la gouvernance, le groupe de travail préconise un système de santé fondé sur la reconnaissance des droits et des obligations de chacun, tel qu'indiqué dans le contrat social dessiné au début du rapport<sup>139</sup>.

Cette reconnaissance des droits et obligations de chacun devrait prendre la forme d'ententes contractuelles, conclues entre les différents partenaires. Un tel système d'ententes contractuelles existe de façon généralisée dans les pays européens.

#### **□ Des ententes contractuelles entre les médecins et les établissements cliniques**

Ce principe doit également s'appliquer aux médecins. La situation actuelle constitue en effet un obstacle à une bonne gouvernance : le médecin ayant pleine autonomie au sein de son établissement, les responsables des établissements doivent en conséquence gérer des organisations complexes de soins et de services, sans avoir d'emprise sur l'organisation des activités cliniques.

<sup>138</sup> Sur les cliniques médicales associées et les cliniques médicales spécialisées, voir ci-dessus, page 100.

<sup>139</sup> Voir ci-dessus, page 7.

Une telle situation doit être corrigée.

- Les droits et obligations des médecins devraient être établis dans des ententes contractuelles entre eux et les établissements et les cliniques.
- Tout en respectant la liberté professionnelle du médecin, ces ententes devraient établir les obligations du médecin envers son établissement, de même que les modalités de sa rémunération pour tout ce qui n'est pas rémunération à l'acte.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande que le système de santé soit fondé sur les droits et obligations de tous les intervenants, y compris les médecins, au moyen d'ententes contractuelles.

### **10.3.4 Les conseils d'administration et les directeurs généraux des agences régionales et des établissements**

Les consultations effectuées ont permis au groupe de travail de constater que les conseils d'administration des agences régionales et des établissements ne jouent pas de rôle significatif dans le système. Il y a confusion sur leur rôle.

- Plusieurs des membres des conseils d'administration sont à la fois juges et parties, et par conséquent en conflit d'intérêt.
- Selon un rapport du Vérificateur général<sup>140</sup>, les bonnes pratiques de gouvernance ne sont pas mises en application par ces instances.
- Enfin, la reddition de comptes relative à leurs activités est quasi inexistante.

Chaque agence régionale et chaque établissement devrait être chapeauté par un conseil d'administration dont la responsabilité première est d'assurer une gestion efficace des ressources qui leur sont attribuées.

- La notion de représentativité, dans la nomination des membres du conseil d'administration, doit être abandonnée. Bien au contraire, il faut que les membres des conseils d'administration soient des personnes indépendantes, choisies en fonction de leur compétence et de leur bon jugement – et en fait de leur aptitude à assurer une gestion efficace des ressources.

---

<sup>140</sup> Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2007-2008, tome I, chapitre 4, *Gouvernance dans les agences et les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux*, page 84.

- Les conseils devraient être composés d'un nombre limité de membres. Le groupe de travail suggère que les conseils d'administration soient composés de cinq à sept membres, ce qui semble optimal pour favoriser le bon déroulement des discussions.
- Le groupe de travail recommande par ailleurs que les membres des conseils d'administration soient rémunérés, compte tenu de leurs responsabilités – et pour assurer un recrutement de qualité. Le groupe de travail reprend ici l'une des réformes apportées par le gouvernement dans le cadre de sa politique de gouvernance des sociétés d'État<sup>141</sup>.

Le groupe de travail formule donc les recommandations suivantes.

#### Recommandations

Le groupe de travail recommande que chaque agence régionale et chaque établissement soit chapeauté par un conseil d'administration, dont la responsabilité est d'assurer une gestion efficace des ressources qui leur sont confiées.

À cette fin, le groupe de travail recommande que les conseils d'administration soient composés d'un nombre limité de membres indépendants, choisis en raison de leur compétence, et qu'ils soient rémunérés.

#### **❑ Les directeurs généraux**

Dans l'exercice de ses fonctions, c'est le conseil d'administration qui devrait être responsable de la nomination et, si nécessaire, de la destitution du directeur général de l'agence régionale ou de l'établissement.

- Compte tenu de l'importance de ses fonctions, le conseil d'administration doit avoir la responsabilité de nommer la personne la plus compétente pour occuper la fonction de directeur général.
- Il faut reconnaître à cet égard que les directeurs généraux sont appelés à gérer des établissements complexes et des budgets s'élevant à des dizaines et même des centaines de millions de dollars. Le groupe de travail est convaincu que les barèmes de rémunération devraient être augmentés, afin qu'ils se comparent davantage à des postes comparables dans des organisations de même envergure.
- Enfin, le directeur général et son équipe devraient recevoir un incitatif monétaire si l'agence ou l'établissement atteint les objectifs de santé et de

<sup>141</sup> Ministère des Finances du Québec, *Moderniser la gouvernance des sociétés d'État – Énoncé de politique*, avril 2006 et *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État et modifiant diverses dispositions législatives* (loi 53).

réduction de la maladie à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire allouée pour le territoire.

### 10.3.5 La participation des citoyens

En formulant ses recommandations et propositions en matière de gouvernance, le groupe de travail s'est assuré que les citoyens soient entendus et qu'ils aient leur mot à dire – aussi bien en tant que patients que dans le cadre des différents processus décisionnels concernant la santé.

L'analyse d'expériences étrangères – et notamment celle de la Catalogne – indique l'importance et l'intérêt de s'assurer ainsi de la participation des citoyens.

#### □ Les patients

Il existe déjà dans le réseau de la santé une structure et un processus de traitement des plaintes des usagers. Cette structure est probablement perfectible, mais elle semble bien fonctionner.

Le groupe de travail ne recommande aucune modification à ce mécanisme. Dans le cadre de l'évaluation de la performance des établissements, le rapport suggère cependant que la satisfaction des usagers soit systématiquement mesurée<sup>142</sup>.

#### □ Les citoyens

La participation des citoyens aux processus de décision comporte plusieurs avantages, que le ministère de la Santé et des Services sociaux a explicitement reconnus<sup>143</sup>.

- La participation des citoyens permet de recueillir une information précieuse sur leurs préférences.
- Elle contribue à une prise de décision mieux éclairée.
- Elle instaure un dialogue entre la population du territoire desservi et les services de santé.
- Elle constitue par ailleurs un facteur de cohésion sociale et de responsabilisation des individus.

---

<sup>142</sup> L'évaluation de la performance des établissements est abordée ci-après, page 185.

<sup>143</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle*, 2006, page 11.



Le groupe de travail est convaincu que la participation des citoyens doit se concrétiser à divers moments, dans les processus décisionnels concernant la santé.

- Lorsque le ministre établit ses objectifs généraux dans le cadre d'une politique de santé ou de bien-être, il doit veiller à ce que ses orientations fassent l'objet de consultations.
- Pour le groupe de travail, il importe que quelques sièges du conseil d'administration de l'Institut national d'excellence en santé – l'Institut dont il recommande la mise en place<sup>144</sup> – soient réservés à des citoyens.

Le groupe de travail demande également que cet institut crée des instances de participation de citoyens, dans le cadre de la révision de la couverture publique et de l'adoption de protocoles de soins. L'une de ces instances pourrait prendre la forme d'un forum permanent de citoyens, tel que celui constitué par le Commissaire à la santé et au bien-être.

- Les agences régionales ont déjà la responsabilité de former chacune un forum de la population, dans chacune des régions du Québec, afin de consulter le public. Il importe que ces forums soient rapidement mis en place, là où ce n'est pas déjà fait, et qu'ils disposent des moyens nécessaires pour jouer leur rôle efficacement.
- D'importantes décisions sont prises au niveau des CSSS, et elles ont un impact significatif sur l'ensemble des services de santé dispensés sur les territoires concernés. Le groupe de travail suggère que les CSSS soient tenus de prévoir des mécanismes permanents d'information et de consultation des citoyens, afin de discuter des orientations retenues et des services dispensés.

Ces différents mécanismes de participation des citoyens doivent être complémentaires et cohérents. Il revient au ministère de la Santé et des Services sociaux d'y veiller.

---

<sup>144</sup> Voir ci-après, page 217.

## 10.4 Évaluer la performance, tester de nouvelles voies

En matière de gouvernance, il est absolument essentiel d'évaluer les résultats obtenus, et de mesurer ainsi régulièrement la performance des organisations.

Il faut par ailleurs être ouvert en permanence aux innovations en matière de gestion, et le meilleur moyen de les qualifier consiste à prévoir des expériences pilotes.

### 10.4.1 Les programmes d'évaluation de la performance

Plusieurs systèmes de santé se sont engagés dans des programmes d'évaluation de la performance. Ces programmes ont pour objet de vérifier dans quelle mesure les différents objectifs visés sont atteints. C'est grâce aux programmes d'évaluation que les citoyens et payeurs de taxes peuvent connaître l'efficacité des pourvoyeurs de soins et savoir si les dollars alloués à la santé sont bien dépensés ou investis.

Plusieurs objectifs de différentes natures sont généralement poursuivis :

- L'évaluation sert à comparer la productivité du système dans son ensemble avec les systèmes d'autres juridictions. La productivité du système est évaluée afin de constater la progression positive ou négative d'année en année.
- On évalue également les objectifs de la politique de santé. On pense notamment à la réduction de la mortalité ou de la maladie par certaines causes, ainsi qu'à l'atteinte des objectifs des programmes de santé publique – telles la vaccination et la réduction de l'obésité.
- Le but est d'informer la population du niveau de performance des pourvoyeurs de soins.
- L'évaluation de la performance vise à identifier des programmes ou des modes de gestion particulièrement productifs. L'information à leur sujet peut créer une saine émulation et un effet d'entraînement positif.

Les programmes d'évaluation constituent également un élément essentiel des mécanismes d'incitation à l'amélioration de la performance, aux points de vue clinique et économique. Ces mécanismes ayant tous pour objet de motiver les intervenants, ils peuvent prendre des formes variées.

- Les établissements performants peuvent, à titre d'exemple, conserver les marges dégagées et les investir localement à des fins jugées utiles.
- Autre exemple, les établissements ayant maintenu sur une période de temps un niveau élevé de performance se voient octroyer une plus grande autonomie.

- Les programmes développés notamment en Grande-Bretagne, dans les pays scandinaves, en Catalogne et par des organisations comme Kaiser Permanente aux États-Unis, peuvent servir d'excellents modèles dont nous devrions nous inspirer.

Le réseau d'établissements québécois et les cliniciens n'ont pas développé de culture de la mesure de la qualité des soins et de la performance organisationnelle.

- L'accent a été mis, au cours des dernières années, d'abord et avant tout sur le contrôle comptable des coûts – ce qui suscite, entre autres choses, la méfiance des cliniciens face à la notion de performance.
- Les médecins québécois et autres cliniciens ont montré jusqu'à présent peu d'intérêt sinon de la résistance dans la mesure de la qualité des soins et de la performance clinique.
- Les comparaisons entre établissements n'ont souvent porté que sur les coûts unitaires et les volumes d'activités.
- La notion de valeur au sens de relation entre le résultat atteint et les coûts est relativement absente.

Sur le plan de l'évaluation de la performance, le Québec est très en retard par rapport à plusieurs pays.

À l'instar de ces pays, il est absolument essentiel que l'on s'engage dans l'évaluation de la performance clinique et financière ainsi que du degré de satisfaction des patients<sup>145</sup>.

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait être responsable de la politique d'évaluation du système dans son ensemble.
- Il devrait également s'assurer que les agences régionales s'acquittent efficacement de leurs responsabilités en matière d'évaluation auprès des établissements, des pourvoyeurs de soins de première ligne et des soins à domicile.
- Le développement des indicateurs pourrait être confié à l'Institut national d'excellence en santé.

---

<sup>145</sup> Voir ci-dessus, page 178.

### Recommandations

Le groupe de travail recommande qu'un programme bien structuré, complet et systématique soit mis en place afin d'évaluer la performance des établissements par rapport aux objectifs de santé ainsi qu'aux points de vue clinique et économique – ce programme évaluant également la satisfaction des patients.

Le groupe de travail recommande de plus que les résultats des évaluations soient publicisés périodiquement.

Le Conseil canadien de la santé fait rapport sur la santé des Canadiens et recense les transformations au Canada qui améliorent la performance des systèmes de santé en termes de qualité, d'objectifs de santé et de coûts.

Le Québec a choisi de ne pas participer à cette initiative. Il n'appartient pas au groupe de travail de remettre en cause cette décision. Toutefois, le groupe de travail considère qu'il y aurait avantage à établir un échange d'information avec ce conseil. Un barème utile de comparaison pourrait ainsi être établi.

#### **10.4.2 Tester d'autres modes de gestion<sup>146</sup>**

Dans notre système de santé, les hôpitaux sont tous structurés et administrés selon le même mode.

- Ils sont détenus par des corporations sans but lucratif.
- Un conseil d'administration dont la composition est fixée par la loi les chapeaute.
- Leur direction bicéphale est partagée entre le directeur général et le directeur des services professionnels.
- Ils sont financés par des budgets qui, au lieu d'encourager l'innovation et la performance, favorisent le statu quo.

L'introduction des changements proposés par le groupe de travail va inévitablement se buter à des résistances tenaces. Il s'est en effet développé au sein de la majorité des hôpitaux une culture de soumission à la réglementation et aux directives du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans laquelle le dynamisme et l'innovation occupent peu de place.

---

<sup>146</sup> Cette section fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne, voir annexe 3, page 297.

Par ailleurs, et comme on l'a déjà souligné, on ne peut perdre de vue le fait que ce sont les hôpitaux qui absorbent la part du lion des dépenses publiques de santé : les dépenses de l'ensemble des établissements ont en effet représenté pas moins de 14 milliards en 2008. Ce sont les hôpitaux qui, sans contredit, présentent le plus grand potentiel de gain de productivité.

Or, il existe plus d'une façon de structurer et de gérer des hôpitaux.

- Les pays européens et les États-Unis offrent d'intéressants exemples à cet effet.
- En Grande-Bretagne, l'ouverture vers de nouvelles façons de faire a permis la création au cours des dernières années de quelque 85 nouveaux hôpitaux.

#### Proposition

*Le groupe de travail considère que la mise en œuvre de projets de démonstration visant à tester d'autres modes de gestion d'hôpitaux permettrait d'identifier de nouvelles voies fructueuses et d'effectuer d'intéressantes comparaisons au niveau de l'efficacité et de la performance à différents niveaux.*

L'administration d'un hôpital sans but lucratif pourrait ainsi être confiée par contrat à une entreprise spécialisée en gestion ou à une fondation en matière de santé.

- La mission et les exigences nécessaires sur les plans de la sécurité et de la qualité des soins seraient établies dans le contrat.
- Les soins seraient achetés soit par le système public, soit payés par les patients qui opteraient pour cette voie dans le cadre d'un décloisonnement contrôlé de la pratique médicale.

La réalisation d'un ou deux projets d'hôpitaux construits en partenariat public-privé et administrés selon un nouveau modèle introduirait dans le système de santé un élément rafraîchissant de dynamisme et d'émulation, en plus de répondre à des besoins qui risquent autrement de demeurer largement insatisfaits.

Les parties nord et sud de la couronne montréalaise présentent un intéressant potentiel pour le lancement de un ou deux projets de cette nature. C'est là qu'au Québec la population croît le plus rapidement, et qu'il existe un déficit réel de lits pour soins aigus.

## CHAPITRE 11 – UNE ALLOCATION DES RESSOURCES INCITATIVE ET STRATÉGIQUE

L'importance des dépenses publiques de santé et leur croissance extrêmement rapide menacent la pérennité même du système.

Ces dépenses peuvent être utilisées comme un outil de gestion, afin d'accroître l'efficacité de notre système, d'augmenter sa productivité – et ainsi de faire en sorte que leur hausse s'ajuste au taux de croissance de la richesse collective.

L'Organisation mondiale de la santé ne dit pas autre chose dans le rapport publié en 2000, lorsqu'elle souligne qu'« une politique de financement des soins de santé peut et doit mettre en place des mécanismes et des incitations visant à favoriser des objectifs de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'équité, tant dans l'allocation que dans l'utilisation des ressources »<sup>147</sup>.

### **❑ L'allocation des ressources : un outil au service de la performance**

Le groupe de travail s'est penché spécifiquement sur l'allocation des ressources, soit la façon dont les ressources publiques sont utilisées à l'intérieur de notre système de santé.

Les modalités selon lesquelles les ressources sont allouées à l'intérieur du système constituent un outil puissant au service de la performance et de l'efficacité. Il semble bien que dans le cas du Québec, cet outil ne soit pas vraiment exploité.

### **11.1 Le système actuel d'allocation des ressources**

Selon le système budgétaire, le ministère de la Santé et des Services sociaux effectue dans un premier temps une allocation de ressources entre les régions. Chaque agence répartit à son tour son budget régional entre les établissements et organismes situés sur son territoire.

Ce sont ces deux grandes étapes du système budgétaire actuel qu'il faut bien comprendre, avant d'identifier les améliorations qui pourraient y être apportées.

---

<sup>147</sup> Rapport sur la santé dans le monde 2000..., op. cit., page 54.

### **11.1.1 L'allocation régionale**

Les propositions présentées précédemment pour ce qui est de la gouvernance impliquent que les agences régionales aient la mission de traduire sur leur territoire la politique et les priorités nationales en stratégies d'implantation<sup>148</sup>. Elles se verraient attribuer les ressources financières nécessaires à l'accomplissement de leur mission par voie d'ententes avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Pour s'acquitter de sa mission, chaque agence devrait recevoir sa juste part des ressources, selon un mode d'allocation qui reconnaît les besoins de la population de chaque région. En d'autres termes, l'allocation des ressources à ce niveau devrait être fondée sur le principe de l'équité régionale.

En 2004-2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux a introduit un nouveau mode de partage populationnel des ressources entre les régions.

- Le but de cette approche est de partager l'enveloppe disponible de façon équitable entre les régions.
- L'enveloppe fait l'objet d'une révision périodique, afin de la rendre plus sensible aux variations dans les caractéristiques régionales.

Le nouveau mode d'allocation a fait ressortir l'existence d'inégalités dans la répartition entre les régions. Ces inégalités, qui découlaient des budgets établis sur une base historique, sont en voie d'être résorbées.

L'approche populationnelle apparaît au groupe de travail à la fois appropriée et équitable. Selon les témoignages recueillis, elle semble être bien acceptée.

Par ailleurs, le ministère alloue annuellement aux agences régionales des sommes déterminées en fonction d'objectifs de production additionnelle, afin de favoriser l'accès aux chirurgies. Ces sommes sont définies sur la base d'un coût par cas, et elles dépendent du niveau de production réalisé.

### **11.1.2 La budgétisation des établissements**

Presque sans exception, les personnes et organismes consultés ont porté un jugement sévère sur le processus budgétaire au niveau des établissements. Leurs propos concordent avec les constats qui se dégagent des diverses études effectuées à la demande du groupe de travail.

---

<sup>148</sup> Voir ci-dessus, page 176.

## ❑ Une approche historique

Sur le plan des établissements, les budgets sont établis selon une approche historique.

- Selon cette approche, l'enveloppe budgétaire d'une année est en très grande partie définie sur la base de celle de l'exercice précédent<sup>149</sup>.
- Elle est indexée principalement selon les ajustements salariaux, sans réelle considération de la performance des établissements, de l'évolution du volume et de la lourdeur des soins.
- Dans ce système de budget sur base essentiellement historique, les hôpitaux ne font pas l'objet d'évaluation de leur performance et les gestionnaires le savent. Le système vise avant tout un contrôle étroit sur les activités des établissements.

Dans son rapport, la Commission Clair insistait sur la nécessité d'un changement d'approche fondamental en matière de financement. Selon la Commission, la répartition des ressources ne doit plus se faire sur une base historique, mais en fonction de l'organisation des services souhaitée, des besoins de la population et de la performance de chacun.

## ❑ Une budgétisation qui n'est plus adaptée à la réalité

La budgétisation sur base historique n'est plus adaptée à la réalité des établissements d'aujourd'hui.

- Elle les incite à poursuivre dans la même voie, sans exiger qu'ils tirent profit des possibilités qui s'offrent à eux pour rendre plus efficacement les services aux patients. Les personnes qui connaissent le mieux la situation sur le terrain se retrouvent les plus éloignées de la prise de décision.
- De plus, les budgets des établissements sont fixés sans égard à leurs niveaux de performance.

En fait, cette méthode ne permet pas aux hôpitaux de s'adapter et a pour effet de déresponsabiliser les administrations.

Ainsi, il serait malheureux que le ministère de la Santé et des Services sociaux donne suite à son projet d'accentuer encore davantage ses contrôles, par l'introduction d'une méthode plus contraignante – telle que celle proposée dans le

---

<sup>149</sup> On note cependant depuis 2004 un début d'évolution, avec les modalités d'allocation des ressources liées à la « production chirurgicale » - voir ci-dessus, page 23.



Rapport sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés<sup>150</sup>.

### ❑ Un cadre de gestion qui n'incite pas à l'efficacité

Le cadre de gestion actuel est en outre loin de constituer un modèle d'incitation à l'efficacité.

- Les administrations hospitalières sont devenues dans bien des cas des bureaucraties dont le mandat est de gérer les ressources du réseau selon le cadre budgétaire imposé par le gouvernement. Pour les gestionnaires, le respect des règles constitue une source de sécurité d'emploi. Par contre, une innovation, coûteuse en termes d'effort et de temps, pourrait entraîner une éventuelle baisse budgétaire.
- À ce cadre réglementaire se superpose le fait que le ministère n'est pas en mesure de comparer ce qui se passe sur le terrain, faute d'informations valables et de méthodes acceptées par les établissements. C'est le résultat de la bureaucratisation typique d'un système.

### ❑ Une conclusion s'impose

On a défini de façon extrêmement détaillée le comportement au jour le jour des administrations hospitalières, en leur imposant un cadre ayant pour but de définir exactement ce que chacun doit faire.

Comme la reddition de comptes est déficiente, faute d'informations pertinentes, la recherche de l'efficacité n'est pas une priorité.

Il faut ajouter que rien, dans le système de reddition de comptes, n'incite à la recherche de l'innovation. Il faut aussi ajouter que toute modification des règles établies pourrait devenir une source de conflits avec les syndicats.

L'accent a été mis au cours des années d'abord et avant tout sur le contrôle comptable des coûts, ce qui ne peut que susciter la méfiance des cliniciens face à la notion de performance. Cette situation a pour effet de placer en opposition gestionnaires et cliniciens : toute dépense additionnelle peut être perçue comme une menace à l'équilibre budgétaire, toute tentative d'économie comme une menace à la qualité des soins.

---

<sup>150</sup> *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*, rapport du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

## 11.2 Une nouvelle approche : l'achat de services

Presque tous les pays industrialisés ont procédé à une modification plus ou moins profonde de leur mode de budgétisation des établissements, dans le but de mieux contrôler la hausse des coûts de la santé.

- Ces modifications découlent d'un constat commun : les anciens modes budgétaires manquent d'incitation à l'efficacité.
- Pour contrer cette carence, les nouveaux modes sont basés essentiellement sur le financement des services rendus.

### □ Un nouveau mode de budgétisation

Dans le système britannique, avec lequel notre système a beaucoup d'affinités, on a introduit un nouveau mode de budgétisation dit à l'activité ou d'achat de services. Dans les régions où ce mode est implanté, les résultats sont convaincants. La France et de nombreux autres pays se sont engagés dans cette voie.

On insiste toutefois sur le fait que ce genre de changement implique des modifications dans tout le système et demande du temps. En Grande Bretagne et en France, l'introduction du nouveau mode est étalée sur quelques années. Cette exigence s'explique par le besoin de former les gestionnaires en place à la nouvelle réalité.

Dans son rapport de l'an 2000, l'Organisation mondiale de la santé confirme le potentiel de ce mode de financement. Selon l'organisme, l'achat de services constitue un moyen efficace pour améliorer la performance des systèmes de santé. Lorsqu'un modèle passif est en place, on devrait passer à une forme d'achat stratégique selon laquelle des décisions proactives sont prises quant aux types de services qui doivent être achetés, auprès de qui et selon quelles modalités<sup>151</sup>.

### □ Le mode d'achat de services

Selon le mode d'achat de services, les agences régionales deviendraient les acheteurs, à l'égard de la population de leurs territoires.

- Ce sont elles qui auraient la responsabilité de négocier les ententes auprès des producteurs de services que sont les établissements et les cliniques de santé.

---

<sup>151</sup> Rapport sur la santé dans le monde 2000..., op. cit., page 54.

- En d'autres termes, les fonctions d'achat et de production des soins seraient clairement dissociées l'une de l'autre, comme on l'a vu dans le chapitre précédent<sup>152</sup>.

Les producteurs de soins que sont les CSSS, les hôpitaux, les cliniques, les établissements de soins de longue durée – en fait l'ensemble des établissements de santé – auraient alors la latitude nécessaire pour organiser de la façon la plus efficace possible la production de leurs services.

- Ils recevraient, non pas des budgets préétablis, mais des revenus en fonction des services rendus auprès de leurs patients.
- Les établissements auraient ainsi un intérêt financier à bien desservir leurs patients, puisque l'argent les suivrait au lieu de les précéder.
- Conformément à la méthode d'achat, le patient serait considéré comme une source de revenus, au lieu d'être perçu comme une dépense. Ce changement ferait en sorte que l'hôpital serait orienté vers le patient. Il ne considérerait plus le patient comme un facteur de dépense. L'hôpital serait incité à adopter les méthodes de gestion les plus efficaces, incluant la sous-traitance.

## **□ La façon de déterminer les montants payés**

La façon de déterminer les montants payés est importante. Plusieurs pays ont décidé d'innover sur cette question, afin de rendre le mode d'achat conforme à leurs besoins et à leur philosophie.

La plupart des pays industrialisés ont adopté un système de DRG (Diagnosis Related Group)<sup>153</sup>.

- Ce système permet de définir des groupes de malades qui exigent à peu près la même intensité de soins, et ainsi les mêmes coûts. L'idée générale est de lier le remboursement payé par le gouvernement à l'intensité des ressources utilisées.
- Ce système présente un autre avantage majeur : il élimine en grande partie les négociations, puisque le gouvernement n'est plus engagé dans la micro gestion des hôpitaux. Son introduction au Québec pourrait ainsi entraîner une diminution des effectifs administratifs du secteur de la santé.

---

<sup>152</sup> Voir ci-dessus, page 172.

<sup>153</sup> Voir ci-dessus, page 24.

## ❑ L'impact sur la qualité des soins

Il faut se demander si le mode d'achat de services et la façon dont les montants seraient payés sont compatibles avec le maintien de la qualité des soins. En d'autres termes, est-il possible de faire confiance aux hôpitaux à cet égard ?

En pratique, la réponse à cette question est positive, en autant que le niveau des paiements permette aux hôpitaux de faire leurs frais et qu'ils puissent conserver le bénéfice s'ils font suffisamment bien leur travail.

De plus, la méthode d'achat de services exige un système efficace d'accréditation et d'évaluation périodique des établissements.

## ❑ Poser la vraie question

L'achat de services et la détermination des montants payés qui l'accompagne présentent l'avantage additionnel d'engager les différents acteurs du système à se poser la vraie question, soit celle de savoir quel établissement rend les meilleurs services au meilleur coût, pour un besoin donné.

Avec la méthode d'achat de services, il importe avant tout que les services soient rendus. Le débat confrontant le secteur public au secteur privé serait en bonne partie vidé de son sens, puisque le niveau des paiements resterait le même – que le service soit rendu par l'un ou par l'autre.

## ❑ Un mode applicable partout

Enfin, l'introduction d'un mode d'achat de services est tout aussi possible en région que dans les centres urbains. L'objectif n'est pas d'introduire une concurrence locale, comme certains peuvent le penser. De toute manière, une telle concurrence est impossible en l'absence de plus d'un hôpital sur un territoire donné.

L'objectif est d'orienter l'hôpital sur le patient, de libérer les gestionnaires des contraintes excessives, de donner des objectifs, de favoriser la recherche de l'efficacité et de mesurer la performance.

La recommandation formulée par le groupe de travail est ainsi très claire.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que pour le financement des établissements, la méthode des budgets historiques soit remplacée par la méthode de l'achat de services.

## ❑ Une condition : la disponibilité d'un bon système d'information

Le groupe de travail est convaincu qu'un mode d'achat des services pourrait et devrait être implanté dans notre système.

- Les bases d'information et de données nécessaires à la mise en œuvre du nouveau mode existent.
- Le système d'information ou le logiciel permettant d'obtenir le coût par épisode de soins dans les établissements existe également. Selon une étude très récente effectuée pour le groupe de travail, la proportion d'établissements disposant de systèmes informatisés permettant de calculer le prix de revient du coût de traitement de la maladie a plus que doublé entre 2000 et 2007, passant de 20 % à 42 %<sup>154</sup>.

Ce logiciel est un intégrateur de données cliniques et administratives des différents systèmes d'information existant au sein des établissements. Il permet notamment de valider la qualité de l'information et d'établir un coût de revient par épisode de soins.

L'information est ainsi disponible en temps réel, ce qui constitue un énorme avantage sur les systèmes administratifs actuels du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui requièrent un délai de deux ans.

Avoir l'information sur les coûts par épisode de soins est d'une importance capitale, puisque cette information permet d'améliorer la performance des établissements. Il devient en effet possible de connaître les facteurs qui déterminent les coûts et expliquent les écarts, de comparer la performance année après année et entre établissements. Cette information permet d'établir des prévisions budgétaires en lien avec les activités réelles des établissements.

## ❑ Une mise en œuvre progressive

La préparation et la formation de tous les intervenants impliqués dans un tel programme sont tout aussi importantes que les aspects technologiques.

- Il existe en effet à tous les niveaux dans notre système de santé une attitude négative à l'endroit de toute mesure de la performance des établissements.
- Un programme d'implantation par phase devrait être mis en place, la première phase en étant une de rodage et de démonstration. Une région reconnue pour son ouverture à l'innovation pourrait être choisie à cette fin.

---

<sup>154</sup> *Intensité du déploiement des technologies de l'information dans les établissements de santé au Québec*, Guy Paré et Claude Sicotte, HEC Montréal, Chaire de recherche du Canada en technologies de l'information dans les technologies de la santé, Rapport d'expertise déposé aux membres du Comité Castonguay, 24 octobre 2007.

### Proposition

*Le groupe de travail propose que l'implantation de la méthode de l'achat de services soit effectuée de manière progressive, en commençant par une région pilote, afin de laisser un temps suffisant à la formation et à l'acquisition des outils d'information nécessaires.*

## **❑ La budgétisation incitative : un changement de culture à l'intérieur des établissements**

Comme on l'a précédemment souligné, le ralentissement dans la croissance des dépenses publiques de santé, couplé à une amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins, ne pourra être obtenu sans un changement de culture<sup>155</sup>.

Modifier une culture est un défi fort difficile pour une organisation. Une telle modification est cependant possible. En Europe, la budgétisation incitative s'est imposée comme la seule solution, malgré les nombreuses réticences présentes dans les réseaux de la santé.

À partir des diverses expériences européennes, on constate que les budgets alloués aux hôpitaux doivent être reliés à ce qu'ils produisent, et non aux montants des dépenses passées. Ce qui est payé pour un service de santé doit être passablement identique, peu importe qui est le producteur.

Dans le système actuel, les gestionnaires et les professionnels, médecins, infirmières et autres, fonctionnent selon les incitatifs ou messages que leur transmettent les budgets établis sur base historique.

Leurs méthodes de travail et la collaboration établie entre eux peuvent leur permettre de performer en dessous du coût moyen. Il leur appartiendra alors de bénéficier des marges de manœuvre ainsi dégagées.

Ces messages ou incitatifs doivent être modifiés, et on peut y parvenir en utilisant le mode de l'achat de services. Au lieu de gérer des dépenses, les gestionnaires et les professionnels travaillent en équipe dans le but de produire de la santé et réduire la maladie. Il faut qu'il soit de leur intérêt de poursuivre la nouvelle orientation. Dans le cas contraire, les changements attendus ne se produiront pas.

---

<sup>155</sup> Voir ci-dessus, page 159.



## CHAPITRE 12 – UNE ORGANISATION DU TRAVAIL DYNAMIQUE ET EFFICACE

Le secteur de la santé est un secteur de services, où les ressources humaines constituent la base et le fondement des soins offerts à la population.

Comme cela a été souligné dès les premières pages de ce rapport, le groupe de travail considère que la pérennité du système public de santé ne sera assurée que dans la mesure où nous sommes capables d'augmenter sa productivité – afin d'ajuster la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, cela tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services.<sup>156</sup>

Cet objectif exigeant ne pourra être atteint sans des ressources humaines qualifiées, répondant aux besoins des citoyens, dont le travail est planifié et soutenu grâce à une organisation du travail dynamique et efficace.

Le groupe de travail est convaincu que l'organisation du travail dans le secteur de la santé constitue l'une des clefs de solution des défis actuels.

- Les personnes et organismes consultés par le groupe de travail ont dressé un portrait critique de la situation dans les établissements, caractérisée par le bureaucratisme et les affrontements. Ces constats ne sont pas nouveaux. Ils doivent être analysés avec lucidité.
- Des modèles nouveaux d'organisation du travail sont à notre disposition, et certains d'entre eux ont commencé à faire leurs preuves, au Québec même.

Le groupe de travail en a dégagé les principales caractéristiques, en vue de formuler des recommandations et propositions visant à en permettre l'implantation. Ces recommandations et propositions reposent sur la conviction selon laquelle il est possible d'apporter des solutions aux problèmes de relation de travail par l'organisation du travail.

---

<sup>156</sup> Voir ci-dessus, page 3.



## 12.1 La situation actuelle : bureaucratisme et affrontements

On peut mesurer en quelques chiffres l'importance des ressources humaines dans le secteur de la santé. Dans les 300 établissements institutionnels et les 2 000 cliniques médicales du réseau travaillent près de 8 000 médecins omnipraticiens, plus de 8 000 médecins spécialistes et 2 400 médecins résidents. Dans son ensemble, le réseau s'appuie sur près de 240 000 employés, dont 100 000 infirmiers, infirmières et préposés aux bénéficiaires<sup>157</sup>.

TABLEAU 11

### Nombre d'infirmières et de médecins, Canada et provinces, 2006

	Population	Infirmières		Infirmières auxiliaires		Médecins	
		Nombre	Nbre / 100 000 h	Nombre	Nbre / 100 000 h	Nombre	Nbre / 100 000 h
Terre-Neuve-et-Labrador	508 713	5 515	1 084	2 639	519	1 018	200
Île-du-Prince-Édouard	138 164	1 428	1 034	599	434	207	150
Nouvelle-Écosse	934 562	8 790	941	3 174	340	2 049	219
Nouveau-Brunswick	748 622	7 680	1 026	2 646	353	1 325	177
Québec	7 674 632	64 014	834	17 104	223	16 533	215
Ontario	12 740 721	90 061	707	25 084	197	22 141	174
Manitoba	1 180 479	10 902	924	2 652	225	2 125	180
Saskatchewan	990 152	8 480	856	2 224	225	1 571	159
Alberta	3 430 221	25 881	754	5 614	164	6 574	192
Colombie-Britannique	4 348 583	28 840	663	5 412	124	8 635	199
Yukon	30 980	324	1 046	60	194	70	226
TNO et Nunavut	72 855	1 033	1 418	92	126	59	81
<b>TOTAL</b>	<b>32 798 684</b>	<b>252 948</b>	<b>771</b>	<b>67 300</b>	<b>205</b>	<b>62 307</b>	<b>190</b>

Note : Les données sont en date du 31 décembre 2006.

Sources : Statistique Canada (population) et Institut canadien d'information sur la santé (nombre d'infirmières et médecins).

Les données disponibles pour 2006 concernant le nombre de médecins et d'infirmières au Canada démontrent que sur le plan quantitatif, la situation varie assez significativement d'une province à l'autre.

<sup>157</sup> Voir ci-dessus, page 20.

- Parmi les provinces, le Québec n'est dépassé que par la Nouvelle-Écosse pour ce qui est du nombre de médecins rapportés à la population – soit 215 médecins pour 100 000 habitants, comparativement à 174 médecins en Ontario et 190 médecins dans l'ensemble du Canada.
- Par contre, le Québec est l'une des provinces canadiennes comptant le moins d'infirmières et d'infirmières auxiliaires par rapport à la population. Toujours en 2006, le Québec se situait au septième rang, devant l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique.

### 12.1.1 Les réformes

Au cours des dernières années, beaucoup d'efforts ont été consentis pour réformer les structures et les unités d'accréditation dans le secteur de la santé.

- Malgré leurs missions différentes, les établissements – hôpital, CLSC et CHSLD –, ont été fusionnés pour constituer les Centres de santé et de services sociaux.
- Un nouveau mode de budgétisation basé sur des programmes de services a été introduit.
- La loi 90 permet maintenant d'élargir le champ de pratique de plusieurs professionnels et de faire en sorte que chacun utilise au mieux ses compétences.

Il faut cependant constater que dans ce contexte de changements administratifs et budgétaires, l'organisation du travail n'a pas reçu l'attention qu'elle méritait.

- Malgré la fusion des unités d'accréditation, l'assouplissement de l'organisation du travail reste difficile. Les dispositions des conventions collectives relatives notamment aux descriptions de fonctions et aux mécanismes utilisés afin de tenir compte de l'ancienneté lors des suppressions de postes – ce que l'on appelle la « supplantation » – demeurent un cadre rigide et dépassé, constituant un frein à l'initiative et à la créativité.
- La mise en œuvre de la loi 90 se heurte à des résistances empreintes de corporatisme. Selon l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, « cette vision étroite de l'exercice de la profession et des relations avec les autres professions nuit à l'optimisation des services, que ce soit en limitant la délégation des actes professionnels ou en empêchant une hiérarchisation des soins plus efficace. »<sup>158</sup>.

---

<sup>158</sup> *Financement adéquat du système de santé québécois : Cette fois-ci doit être la bonne.* Mémoire présenté au Groupe de travail sur le financement du système de santé par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Montréal, le 9 octobre 2007, page 13.

## La loi 90

La loi 90 (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*) a été adoptée par l'Assemblée nationale en juin 2002. Sa mise en place a marqué une étape importante dans l'organisation professionnelle du secteur de la santé.

Le secteur de la santé regroupe plus de la moitié des professions réglementées au Québec. Leurs champs d'exercice ont été fixés pour la plupart au début des années soixante-dix et ont peu évolué jusqu'en 2003.

En 2003, la loi 90 a révisé les champs d'exercice de onze professions regroupant plus de 120 000 professionnels de la santé, afin

- d'éliminer les barrières et les contraintes inutiles liées à leur définition,
- de favoriser une saine collaboration interprofessionnelle,
- de tenir compte de l'évolution considérable des connaissances, des technologies et des façons de faire.

Cette loi prévoit un nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé et des activités réservées aux médecins, aux pharmaciens, aux infirmières et infirmiers, aux technologues en radiologie, aux diététistes, aux orthophonistes et audiologistes, aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes, aux infirmières et infirmiers auxiliaires, aux technologistes médicaux et aux inhalothérapeutes.

Cette loi établit également un cadre qui permet d'autoriser des professionnels autres que les médecins, notamment les infirmières et infirmiers, à exercer certaines activités médicales. Par exemple, les infirmières et infirmiers se voient attribuer un rôle élargi lors de l'évaluation à l'urgence en leur permettant d'effectuer des mesures diagnostiques ou des traitements selon une ordonnance.

De plus, cette loi permet à des non professionnels, dans certaines circonstances, d'exercer certaines activités de façon à mieux répondre aux besoins de la population tout en assurant la sécurité du public.

Enfin, diverses mesures de surveillance de la qualité des activités médicales sont prévues, lorsqu'elles sont exercées en établissement par des professionnels autres que les médecins.

### 12.1.2 Trois pouvoirs qui s'affrontent

Dans notre système de santé, on s'attendrait à ce que le patient soit situé au cœur de l'organisation du travail. Au contraire, nombre d'intervenants ont décrit l'environnement où ils exercent leurs activités comme un milieu où coexistent trois pouvoirs :

- Un premier pouvoir managérial est exercé par l'équipe de direction, avant tout soucieuse de respecter les consignes et règlements du ministère de la Santé et des Services sociaux et de contrôler les dépenses.
- Un deuxième pouvoir, le pouvoir médical, fonctionne avec ses propres règles et se tient encore trop souvent – ou est tenu – à distance de l'équipe de gestion.
- Un troisième pouvoir, le pouvoir syndical et corporatiste, est exercé par les corporations professionnelles et syndicales.

L'environnement de travail est décrit comme un lieu où des intérêts divergents des gestionnaires, des médecins et des syndicats coexistent.

- Les acteurs se sentent comme des pions, dans un système qui les dépasse et sur lequel ils n'ont aucune emprise.
- Pour sa part, le directeur général de l'établissement est placé dans une situation pour le moins difficile : il doit composer avec la direction médicale de l'établissement et dispose de peu d'autonomie.
- Dans plusieurs établissements, les relations du directeur général avec les médecins exerçant dans l'établissement qu'il dirige sont délicates.

Il résulte de la coexistence de ces trois pouvoirs une ambiance d'affrontement et un milieu de travail que plusieurs tentent de contourner du mieux qu'ils le peuvent.

Plusieurs symptômes trahissent un malaise profond du personnel soignant, dans les établissements de notre système de santé.

- Cette situation est confirmée par un récent avis de la Direction générale du personnel réseau et ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>159</sup>.
- L'avis du ministère cible ainsi la pénurie de main-d'œuvre prononcée dans certains secteurs spécifiques, la difficulté qu'éprouvent les établissements du réseau à combler leurs postes vacants, l'augmentation du temps supplémentaire et le recours aux agences privées.

Certaines équipes de chirurgiens ont opté pour pratiquer à l'extérieur de l'hôpital, ce qui constitue un autre symptôme du malaise actuel. Ces chirurgiens privilégient des cliniques privées, qui reflètent leur philosophie de gestion et dans lesquelles ils sont maîtres d'œuvre.

Le départ d'infirmières pour les cliniques et les agences privées provient du même malaise, et illustre les tensions existant dans un grand nombre d'établissements.

---

<sup>159</sup> Direction générale du personnel réseau et ministériel, MSSS, octobre 2007, *Enjeux des ressources humaines en regard de la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers dans le réseau de la santé et des services sociaux*.

### 12.1.3 Une organisation du travail bureaucratisée et centralisée

Cette organisation du travail partagée entre trois pouvoirs qui s'affrontent est également une organisation du travail trop hiérarchisée. Le système est géré d'une manière bureaucratique – ce phénomène semblant moins présent dans les établissements anglophones.

- Les prises de décision sur l'organisation des services, la budgétisation, la répartition des fonds et les négociations avec les syndicats et les fédérations des médecins sont toutes des tâches centralisées.
- La direction, les cadres et les travailleurs se sentent tous isolés les uns par rapport aux autres. Ils sont trop accaparés par la collecte d'informations et la rédaction de rapports.

Les frustrations ressenties dans le milieu infirmier sont directement liées à cette bureaucratisation et à la centralisation.

- Les horaires de travail des infirmières sont souvent établis en fonction de l'ancienneté, et cela particulièrement dans les établissements francophones. Les plus jeunes infirmières sont ainsi soumises à des horaires de travail exigeants et inadaptés à leurs situations de jeunes mères de famille. Elles se trouvent souvent seules de garde la nuit et les fins de semaine.
- Dans les hôpitaux, on n'offre pas aux nouvelles infirmières de stabilité dans leur emploi. Les activités de mentorat et de formation ne sont pas assez développées.
- Nombre d'infirmières optent pour des agences privées où elles obtiennent, non pas des salaires plus élevés, mais des horaires de travail mieux adaptés.

Alors que le personnel de direction des établissements devrait mettre l'accent sur les résultats à obtenir plutôt que sur les moyens d'y parvenir, l'approche des « ententes de gestion » entre le ministère et les établissements a donné lieu à un accroissement des exigences bureaucratiques.

- Les cibles sont trop précises et d'application uniforme, sans égard à la réalité des différents milieux.
- Elles sont souvent accompagnées de directives détaillées quant aux moyens de les atteindre.

Il existe là une contradiction : on ne peut accroître les responsabilités des établissements à l'égard de la population de leur territoire et, en même temps, réduire la marge de manœuvre des responsables.

## 12.2 Améliorer les relations de travail grâce à l'organisation du travail

On peut apporter une réponse aux problèmes de relations de travail en agissant sur l'organisation du travail.

- Une organisation du travail dynamique, axée sur le travail d'équipe et la complémentarité des compétences, permettra d'accroître la motivation du personnel.
- Une telle organisation du travail aura ainsi pour effet d'augmenter la performance des médecins, des infirmières, des auxiliaires, des préposés et de l'ensemble du personnel – tout en les rendant plus heureux dans leur environnement professionnel.

L'approche hiérarchique et rigide actuelle doit être remplacée par une organisation du travail plus souple, fondée sur le respect de chacun, qui aura finalement pour effet d'améliorer la performance et les résultats.

### 12.2.1 Adopter une approche dynamique

Ce que certains spécialistes appellent l'« approche organique » – le groupe de travail préfère le terme d'« approche dynamique » – répond à cette idée d'organiser le travail de façon souple, ouverte et efficace. L'approche dynamique se situe ainsi à l'opposé d'une approche bureaucratique.

- Dans un système bureaucratique ou hiérarchique, l'accent est placé sur le contrôle, la définition explicite des attentes et l'observance des règles, des normes et des standards de fonctionnement qui déterminent l'activité de travail et régissent les rapports entre les intervenants.
- Dans un système dynamique, l'accent est placé sur les objectifs à atteindre, en misant sur la capacité des intervenants à résoudre les problèmes.

Un exemple convaincant d'approche dynamique dans l'organisation du travail – et des résultats ainsi obtenus – a été présenté au groupe de travail. Il s'agit du projet mis en marche par le CSSS Les Sommets.

À l'instigation de la Fondation de Gaspé Beaubien, ce projet a vu le jour afin de dynamiser l'organisation du travail, en impliquant tous les intervenants concernés.

## ❑ Les constats

L'expérience réalisée permet déjà de dégager certains constats, qui confirment le bien fondé des orientations proposées par le groupe de travail.

En termes clairs et concrets, ces orientations sont au nombre de trois :

- Il faut mobiliser le personnel, en l'impliquant dans ce que l'on vise à réaliser. Il faut notamment impliquer les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux malades, sur qui repose la responsabilité des soins aux patients sur une base continue.
- On doit responsabiliser les cadres, de telle sorte qu'ils concentrent leurs efforts et leurs énergies sur le soutien aux activités cliniques.
- Il faut enfin associer les médecins au changement : aucune réforme significative ne pourra être réalisée si les médecins eux-mêmes ne s'y sont pas engagés.

## ❑ Un lieu d'échanges

Les équipes de gestion doivent changer de paradigme, et passer d'un monde de règlements et d'interdits à un monde où l'on recherche la solution optimale pour mieux servir le patient.

Il faut créer des occasions entre professionnels de la santé, afin d'échanger expériences et idées en dehors des luttes de pouvoir et d'intérêt. Le groupe de travail suggère que l'on encourage financièrement la mise en place d'un lieu d'échanges constructifs sur les protocoles thérapeutiques et les meilleures pratiques, où les discussions seraient assistées par des spécialistes en organisation du travail et en économie de la santé.

## ❑ Une voie à suivre

En définitive, ceux qui font le travail sont ceux qui le connaissent le mieux et qui sont les plus aptes à l'organiser de façon efficace.

Le groupe de travail est convaincu que le gouvernement devrait s'inspirer de l'expérience réalisée au CSSS Les Sommets et inciter les fondations, de même que les fonds d'investissement des travailleurs, à s'impliquer dans des initiatives de même nature. Une voie est ouverte, visant à rendre notre système de santé plus innovateur et plus productif pour le plus grand bien des Québécois. Cette voie doit être exploitée.

De façon plus globale, le groupe de travail formule la recommandation suivante.

### Recommandations

Le groupe de travail recommande que le gouvernement incite et encourage les établissements du secteur de la santé à remplacer la culture bureaucratique et centralisée actuelle par une organisation du travail dynamique.

Le groupe de travail recommande que le gouvernement octroie un budget dédié à tout établissement qui présente un programme de renouveau de l'organisation du travail.

L'implantation de cette nouvelle organisation du travail pourrait être soutenue par les fondations et fonds d'investissement intervenant dans le domaine de la santé.

#### **L'approche dynamique sur le terrain : le CSSS des Sommets**

Le projet pilote du CSSS des Sommets, situé dans la région des Laurentides, a été lancé en 2006 avec l'appui de la Fondation de Gaspé Beaubien.

Les responsables du projet se sont demandé s'il était possible de concevoir un système de santé assurant le niveau de professionnalisme et d'intégrité du système actuel, tout en responsabilisant les acteurs par rapport aux coûts engendrés et en leur laissant une marge décisionnelle suffisante pour ajuster le cadre normatif à leur contexte propre.

Leur hypothèse était à l'effet qu'il est possible de concevoir un système public efficace, dans la mesure où l'organisation du travail présente des caractéristiques quelquefois paradoxales, soutenant en même temps une performance élevée et des coûts contrôlés.

Trois grandes conclusions se dégagent de cet intéressant projet.

##### **La mobilisation du personnel**

Il est apparu rapidement à tous les acteurs de cette expérience que toute amélioration du système ne pouvait être réalisée sans une mobilisation accentuée du personnel.

- Des groupes de discussion ont été formés, et la Fondation a pu engager des échanges directement avec le personnel afin d'identifier des pistes d'amélioration.
- Au lieu de chercher des coupables, on a tenté de solutionner des problèmes.
- L'apprentissage principal issu de ces efforts concerne l'effet positif qu'ont eu, au sein du CSSS, les initiatives visant à engager un dialogue avec un répondant social, et à rendre des comptes à quelqu'un qui s'intéresse à ce qui est fait, qui a un visage, qui est présent et que l'on reconnaît.
- Selon la coresponsable du projet, un tel exercice nécessite une direction ouverte, confiante, humble, prête à se laisser questionner et à entendre parfois des choses difficiles – une direction flexible prête à agir.

La présence d'un répondant social ne rend pas caduque la reddition de comptes déjà prévue dans le système. Le processus d'échange continu avec un interlocuteur intéressé force en quelque sorte un dialogue soutenu entre les acteurs du système, ce qui crée un engagement moral à atteindre des résultats que l'on a soi-même identifiés comme importants.



### **La responsabilisation des cadres**

Un autre constat majeur a trait à l'impuissance perçue des cadres à traduire dans les activités cliniques les multiples directives fonctionnelles auxquelles ils sont soumis.

Les cadres doivent constamment respecter des exigences qui perturbent le fonctionnement des équipes de soins. On leur demande sans cesse de rencontrer des objectifs, de se conformer à des directives, d'atteindre des indicateurs de performance perçus comme autant de contrôle tatillons, peu reliés à l'activité clinique qu'ils essaient de déployer.

Face à ce constat, les responsables du projet et la direction du CSSS conviennent qu'il importe de former les cadres pour qu'ils soient en mesure de mieux diriger les équipes cliniques. On a mis en place un programme de codéveloppement axé sur la résolution de problèmes auxquels les cadres sont confrontés. Cette formation accentue la communication entre la direction et ses cadres.

La constatation principale qui se dégage a trait à l'importance de gérer le système dans son ensemble et non par parties.

- Il faut replacer l'activité clinique au cœur du système et ne pas se laisser distraire par les multiples contraintes fonctionnelles.
- Les cadres ne sont pas là pour appliquer bêtement des règles, normes ou contraintes, mais plutôt pour exercer constamment leur meilleur jugement clinique eu égard à leurs responsabilités de gestion.

### **L'implication des médecins**

Le dernier constat est à l'effet que bien que les médecins soient au cœur du système, ils bénéficient d'un statut qui a pour résultat de les marginaliser dans l'organisation du travail.

- Les médecins disposent de leur propre système de rémunération.
- Ils n'ont aucun lien d'emploi avec l'établissement où ils pratiquent.
- Pour paraphraser un cadre entendu par le groupe de travail, le résultat est que dans un établissement de santé, ceux qui contrôlent les ressources ont peu de prises sur la décision de dépenser et ceux qui dépensent ne sont pas responsables de l'utilisation des ressources.

Les échanges francs et directs de la Fondation avec les représentants du corps médical ont donné un résultat inattendu : on constate que les médecins souhaitent développer un dialogue et acceptent d'épouser la cause commune, dans le système où ils exercent leurs activités. Ils tiennent à faire part de ce qui peut améliorer la qualité de l'acte clinique.

## **12.2.2 Soutenir les gestionnaires**

Il faut signaler qu'il existe, dans notre système, des différences marquées entre les établissements sur le plan de l'efficacité dans l'organisation du travail. Avec les mêmes conventions collectives et les mêmes budgets, certains directeurs généraux trouvent le moyen de gérer plus efficacement leurs établissements, de recruter et de retenir des effectifs professionnels et techniques performants et motivés, alors que d'autres n'y parviennent pas.

Il appartient au directeur général, appuyé par son conseil d'administration, de prendre en main l'organisation du travail. C'est lui qui doit gérer cette fonction essentielle. Les nouvelles possibilités de négociation des conventions collectives à un niveau local permettraient d'inclure des dispositions à cet égard.

Pour que les directeurs généraux puissent s'acquitter pleinement de leurs responsabilités, il faut leur assurer – à eux et à leurs équipes – une marge décisionnelle suffisante et leur octroyer des ressources financières discrétionnaires.

- L'application des plans d'effectifs médicaux devrait tenir compte davantage des situations particulières dans les établissements. Un financement trop ciblé, portant sur des périodes restreintes et ayant un caractère trop historique, ne peut permettre de dynamiser un établissement.
- Il faudrait que les équipes de travail aient la latitude nécessaire pour réviser leur processus de travail.

Nos universités devraient développer des programmes de formation de gestionnaires de la santé s'inspirant des philosophies de gestion les plus dynamiques. Malgré l'importance du secteur de la santé sur le plan économique et social, il reste beaucoup à faire à cet égard. Un tel développement serait tout indiqué, alors qu'un grand nombre de cadres se dirigent rapidement vers la retraite.

Un ministère de la Santé et des Services sociaux orienté sur la planification stratégique devrait accorder une priorité élevée à une organisation dynamique du travail et à l'établissement de relations de travail positives.

#### **Les plans d'effectifs : le plan régional d'effectifs médicaux**

Le plan régional d'effectifs médicaux a pour but d'assurer une plus grande équité d'accès aux services médicaux des différentes régions du Québec, en répartissant les effectifs médicaux entre les différentes régions.

##### **Les médecins spécialistes**

Le plan régional d'effectifs médicaux est constitué de plans d'effectifs médicaux par établissement pour toutes les spécialités. Ce plan fixe des cibles d'objectifs de croissance. Le plan est accompagné de tout un ensemble de règles de gestion. Ces règles concernent notamment la comptabilisation des médecins aux plans d'effectifs médicaux, l'obtention d'avis de conformité, les médecins partant en formation complémentaire, les médecins de retour de régions éloignées et les médecins détenteurs de permis restrictifs.

##### **Les médecins de famille**

Pour ce qui est des omnipraticiens, les plans régionaux d'effectifs médicaux comportent des cibles, qui sont revues chaque année en fonction des effectifs en place et des besoins à combler dans chaque région. Ils tiennent compte de la mobilité des médecins déjà en place et du nombre attendu de nouveaux médecins. Une entente particulière conclue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec est entrée en vigueur en 2004. Elle permet d'assurer le respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

### 12.2.3 Améliorer les relations de travail

Selon les témoignages recueillis, notre système de santé ne reconnaît pas vraiment l'importance de relations de travail positives.

Notre système de santé ne se distingue pas par un niveau élevé de satisfaction au travail de la part des travailleurs. Il est pourtant de plus en plus reconnu que la qualité des soins, la satisfaction de la clientèle et le contrôle des coûts sont intimement reliés à la qualité des relations de travail. Il est surtout préoccupant de constater que la situation semble avoir peu évolué depuis le triste bilan qu'en a brossé le rapport Clair.

#### □ Un climat d'affrontement

Dans notre système de santé, les relations de travail sont de toute évidence encore empreintes d'un climat d'affrontement du haut en bas de la pyramide. Ce climat se répercute au sein des établissements.

Les relations de travail continuent d'être basées sur des rapports de force qui ne devraient pas avoir leur raison d'être, dans des établissements dont la vocation est le traitement des malades.

- En l'absence de protocoles de soins, comme c'est généralement le cas actuellement, ce sont les ordres professionnels et les syndicats qui dictent en fait les qualifications des personnels professionnels et autres. La tendance est nettement vers la hausse constante des qualifications requises. Dans ce processus, l'expérience acquise et la compétence démontrée n'ont guère de poids.
- À cette première rigidité s'ajoutent les règles d'ancienneté, dont les effets sont bien connus. Elles sont notamment l'une des causes des difficultés de recrutement des infirmières dans le secteur public. On peut voir à cet égard toute l'importance de l'instrument objectif que constituent les protocoles de soins.

#### □ Un nouveau syndicalisme

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, le syndicalisme a mis l'accent surtout sur les questions monétaires et sur les définitions de tâches.

Une telle philosophie, propre au secteur industriel du passé, n'a plus sa raison d'être dans un secteur de service comme celui de la santé, où les syndiqués bénéficient de bonnes conditions sur les plans de la rémunération, des pensions, des avantages sociaux, des horaires de travail, des congés de maladie et des vacances.

Un syndicalisme nouveau s'impose. Les problèmes devraient être réglés par des processus d'organisation du travail. Il faut impliquer le personnel dans la solution des problèmes.

Dans une société qui a bien évolué depuis quarante ans, nous avons besoin d'un syndicalisme qui encourage ses membres à participer au renouvellement de l'organisation du travail, dans une saine recherche de la performance et de l'amélioration du système de santé.

### ❑ Le jugement sur la loi 30 : une possibilité à saisir

Comme on l'a indiqué précédemment, le gouvernement obtenait en décembre 2003 l'adoption de la loi 30, élaborée afin de réduire le nombre d'unités d'accréditations syndicales et de décentraliser au niveau local les négociations de certaines dispositions des conventions collectives<sup>160</sup>.

- Le but poursuivi était de permettre une organisation plus efficace du travail et de répondre plus directement aux besoins particuliers des établissements.
- Plusieurs des dispositions de la loi 30 ont été invalidées par un jugement de la Cour supérieure du Québec le 30 novembre 2007.
- Ce jugement s'appuie sur le fait qu'en faisant adopter la loi 30, le gouvernement aurait contrevenu à la liberté d'association reconnue dans les chartes canadienne et québécoise.
- Dans son jugement, la juge Claudine Roy a cependant précisé qu'elle n'ordonnait pas le retour au statu quo. Le jugement comporte d'ailleurs une période de dix-huit mois avant son exécution, cette période étant offerte aux deux parties pour leur permettre d'en arriver à une solution négociée.

Ainsi, le jugement de la Cour supérieure sur la loi 30 ouvre peut-être la porte à la reprise d'un dialogue davantage constructif entre le gouvernement et les organisations syndicales représentant les travailleurs de la santé.

Comme on le sait, le gouvernement a décidé de porter ce jugement en appel<sup>161</sup>. Le groupe de travail constate cependant que le gouvernement, de même que les organisations syndicales, se sont déclarés ouverts au dialogue – les syndicats reconnaissant par ailleurs le bien fondé d'une réduction du nombre d'accréditations syndicales ainsi que de la négociation locale.

Il faut espérer que ces dispositions d'esprit se confirment dans la réalité, et que le jugement de la Cour supérieure soit saisi par tous comme l'occasion d'établir une dynamique positive des relations de travail dans le secteur de la santé.

---

<sup>160</sup> Voir ci-dessus, page 23.

<sup>161</sup> Le gouvernement a fait appel du jugement de la Cour supérieure le 21 décembre 2007.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande qu'en dépit de l'appel récemment porté contre le jugement de la Cour supérieure sur la loi 30, le gouvernement et les syndicats engagent un dialogue dans le but de créer à tous les niveaux une dynamique positive des relations de travail, fondée sur le respect mutuel des parties en cause.

## **CHAPITRE 13 – UN ORGANISME CRÉDIBLE ET INDÉPENDANT POUR ASSUMER UN RÔLE STRATÉGIQUE : L’INSTITUT NATIONAL D’EXCELLENCE EN SANTÉ**

On a déjà évoqué précédemment la nécessité pour le Québec de bénéficier d’un organisme crédible, assumant avec rigueur et efficacité des fonctions qui ne sont actuellement que partiellement remplies par plusieurs organisations. Le groupe de travail fait référence à des fonctions stratégiques pour l’ensemble du secteur de la santé, telles que la définition de la couverture publique des soins, la détermination d’indicateurs de performance ou la révision périodique de la liste des médicaments assurés.

Dans cette section du rapport consacrée aux moyens à mobiliser pour construire un système de santé productif et efficace, il allait de soi que le groupe de travail explique plus précisément la nature d’un tel organisme et les raisons qui militent en faveur de sa mise en place.

### **13.1 Des exemples étrangers**

Les Suédois, les Norvégiens et les Danois ont été les premiers à se doter de mécanismes visant deux objectifs :

- établir des priorités dans la couverture des soins par les services publics de santé;
- se donner des mécanismes d’encadrement de la pratique médicale favorisant les meilleures pratiques.

Ils ne sont plus les seuls. La Nouvelle-Zélande a mis en place des mécanismes similaires, en particulier avec Pharmac dans le domaine du médicament.

Les Britanniques ont pour leur part créé une organisation désormais citée comme exemplaire partout dans le monde, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

#### **□ Le NICE britannique**

Le NICE a été créé en 1999. Il s’agit d’un organisme indépendant, dont la responsabilité est de fournir des conseils et de l’expertise dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention et du traitement de la maladie.

- Le NICE intervient dans trois domaines, soit la santé publique, les technologies de la santé (incluant les médicaments) et les pratiques cliniques.

- Le NICE offre des conseils et un savoir-faire sur les traitements appropriés pour des maladies spécifiques, à partir des meilleures connaissances scientifiques disponibles.
- Le NICE élabore des protocoles cliniques, que l'on appelle aussi parfois des guides de pratique, dans le but d'améliorer la qualité des soins de santé.
- Le NICE a par ailleurs le mandat d'assurer la mise en œuvre de ses recommandations. Il offre des conseils et des outils à cette fin, et en assure le suivi auprès des hôpitaux et des cliniques médicales.

Plusieurs mécanismes font d'ailleurs en sorte qu'un questionnement constant accompagne l'organisme et ses productions. Parmi ceux-ci, une place particulière est réservée à un comité citoyen et à un système d'appel des guides édictés par l'organisme.

- Le comité citoyen, formé de 30 personnes représentatives de la société britannique, contribue à l'élaboration des principes qui doivent guider l'institut dans la préparation de ses guides de pratique.
- Un système d'appel structuré, composé de panels formels, permet aux promoteurs d'une technologie, aux professionnels concernés, à des associations de patients ou aux représentants des cliniques médicales, de faire valoir leurs oppositions à des orientations proposées par l'institut.

Un conseil d'administration et des évaluations régulières contribuent également à maintenir l'intégrité de l'Institut. Tous ces mécanismes assurent au gouvernement britannique que cet organisme s'adapte continuellement, afin de répondre correctement aux attentes de la population tout en tirant le meilleur parti possible des connaissances permettant d'assurer des services de qualité.

On ne trouve rien d'aussi important au Canada. Au niveau fédéral, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé fournit des données probantes qui peuvent être utilisées par les décideurs. Le Québec s'est retiré de sa gouvernance et ne participe pas à son financement.

Par ailleurs, il existe bien un Health System Improvement Council en Ontario et, depuis 2002 en Saskatchewan, un Health Quality Council. Leur mission est de signaler et de recommander des manières innovatrices d'améliorer la qualité des soins. Mais on est loin de l'ampleur du NICE britannique.

## 13.2 La situation au Québec

Au Québec, trois organismes ont des mandats qui s'apparentent à ceux dévolus au NICE britannique ou aux organismes suédois, danois ou néo-zélandais chargés de fonctions similaires<sup>162</sup>.

### □ Trois organismes

Les trois organismes sont les suivants.

- Le Conseil du médicament du Québec est chargé de conseiller le ministre sur la composition de la liste des médicaments assurés et de mettre en œuvre des politiques pour assurer un usage optimal du médicament<sup>163</sup>.
- L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé a pour mission de promouvoir et de soutenir une prise de décision éclairée à l'égard des technologies de la santé<sup>164</sup>. L'agence formule des recommandations au ministre pour l'acquisition de certaines technologies. Elle publie des avis sur les meilleures pratiques dans ce domaine destinés aux établissements et aux praticiens.
- Le Commissaire à la santé et au bien-être, créé en 2006, a pour mandat d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale afin de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Le commissaire apprécie les résultats du système et en évalue l'ensemble des éléments. Il consulte les citoyens.

Jusqu'à présent, le Conseil du médicament du Québec et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ont surtout évalué l'efficacité clinique des médicaments et des technologies et modes d'intervention. L'approche du Commissaire à la santé et au bien-être, dont les travaux sont très récents, semble orientée surtout vers l'éthique.

---

<sup>162</sup> Il existe un quatrième organisme, l'Institut national de santé publique du Québec, dont le groupe de travail ne recommande pas la fusion au sein de l'Institut national d'excellence en santé. L'Institut national de santé publique du Québec est un organisme de nature opérationnelle, dont la mission est spécifiquement orientée vers les questions intéressant la santé publique et les connaissances qui y sont liées.

<sup>163</sup> Voir ci-dessus, page 148.

<sup>164</sup> Voir ci-dessus, page 151.



## ❑ Des lacunes

Par rapport à des organismes similaires ailleurs dans le monde, le dispositif québécois comporte plusieurs lacunes.

- Aucun de ces trois organismes n'a développé de cadre de référence ni de savoir-faire en économie de la santé.
- Aucun d'entre eux n'a le mandat explicite de publier ou de faire appliquer des protocoles ou des guides de pratique.
- Les trois organisations sont de petite taille. Elles sont indépendantes, mais leur influence est restreinte au sein du système de santé.

Le résultat de leurs travaux dépend de la volonté du ministre de les prendre en considération.

Les évaluations effectuées par le Conseil du médicament du Québec et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé respectent les critères scientifiques généralement reconnus.

Mais leurs travaux sont généralement réalisés à la demande du ministre ou, dans le cas du Conseil du médicament, de fabricants de médicaments qui veulent inscrire leur produit sur la Liste.

Leur attitude n'est guère proactive.

- Ils ne disposent pas de services de vigie très sophistiqués.
- On ne leur accorde pas les ressources ni la latitude nécessaires à l'accomplissement d'une mission plus étendue et plus conforme aux besoins d'aujourd'hui.

### 13.3 Fusionner les organismes existants pour créer l'Institut national d'excellence en santé

Pour améliorer la cohérence de la couverture publique et accroître l'efficacité de notre système de santé, le groupe de travail croit nécessaire de créer au Québec une organisation indépendante et crédible.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande le regroupement, au sein d'un Institut national d'excellence en santé, du Conseil du médicament du Québec, de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et du Commissaire à la santé et au bien-être, afin de confier à un organisme indépendant et crédible un rôle stratégique à l'égard de la pertinence et de la qualité des services de santé.

#### **□ Un organisme indépendant, doté d'un large mandat**

Selon la proposition formulée par le groupe de travail, l'Institut national d'excellence en santé serait formé à partir de la fusion du Conseil du médicament du Québec, de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et du Commissaire à la santé et au bien-être.

L'Institut serait un organisme indépendant. Son statut serait celui d'une personne morale, mandataire de l'État<sup>165</sup>.

Son mandat intégrerait les fonctions actuelles des trois organismes fusionnés.

L'Institut devrait notamment :

- Formuler périodiquement des recommandations sur la composition du panier des services assurés par le régime public.
- Évaluer les nouvelles technologies de la santé, incluant les médicaments, pour en recommander l'inclusion sur la Liste des médicaments ou dans le panier des services assurés.
- Réviser la pertinence de conserver dans la Liste et dans le panier des services assurés les technologies et les médicaments actuellement couverts.
- Assurer une vigie des nouvelles technologies et des nouveaux modes d'intervention apparaissant sur le marché afin d'identifier les plus pertinents.
- Produire des protocoles cliniques et des guides de pratique.

<sup>165</sup> Il s'agit du statut légal de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

## ❑ Intégrer la dimension économique

Le conseil d'administration de l'Institut devrait être composé d'un nombre restreint de personnes, nommées en fonction de leurs compétences.

- Il devrait compter en son sein un nombre suffisant d'économistes de la santé, autant que d'éthiciens ou que d'experts des technologies de la santé.
- Des représentants du public devraient y occuper quelques sièges.

Le personnel de l'Institut devrait refléter la même diversité de compétences. L'Institut devrait mettre en place les conditions de travail et de rémunération nécessaires pour attirer et retenir les personnes les plus compétentes.

L'Institut national d'excellence en santé devrait procéder non seulement à une analyse de la pertinence clinique, mais également à une analyse de type économique des technologies, des médicaments et des services dont il ferait l'évaluation.

À cet égard, plusieurs intervenants ont porté à l'attention du groupe de travail la difficulté de recruter des économistes de la santé au Québec.

### Proposition

*Le groupe de travail propose au gouvernement de prendre des mesures appropriées afin de favoriser l'émergence de la discipline de l'économie de la santé, par le soutien à des centres ou des chaires de recherche spécialisés dans ce domaine.*

## ❑ Transparence, participation du public et recherche

L'Institut national d'excellence en santé devrait créer un Forum de citoyens et mettre en œuvre divers mécanismes d'information et de consultation du public<sup>166</sup>. Des consultations seraient obligatoires, dans le cadre du processus de révision périodique du panier des services assurés.

Le processus délibératif de l'Institut serait transparent et public. Il devrait comporter des mécanismes d'appel et tenir compte des connaissances scientifiques les plus à jour sur les questions portées à son attention.

L'Institut national d'excellence en santé aurait à collaborer avec les organismes similaires existant dans le reste du Canada et dans les pays étrangers. Pour le groupe de travail, il est essentiel que l'Institut soit fortement incité à échanger

---

<sup>166</sup> Voir ci-dessus, page 184.

systématiquement l'information avec les autres organismes de même nature existant à l'extérieur du Québec.

Le nouvel institut développerait une fonction de recherche. Il lui faudrait prévoir des mécanismes afin d'identifier les nouveaux problèmes de santé qui apparaissent et répertorier les expériences originales menées partout au Québec et ailleurs dans le monde, en favorisant le partage de connaissances sur ces expériences.

En collaboration avec les fonds de recherche québécois, l'Institut national d'excellence en santé devrait favoriser la recherche dans des domaines spécifiques et les projets de démonstration de solutions à des problèmes de santé ou des problèmes sociaux.

L'Institut aurait à collaborer avec l'Institut national de santé publique du Québec

### **❑ Adopter les meilleures pratiques**

Les interventions de l'Institut national d'excellence en santé pourraient se différencier selon quatre niveaux gradués :

- l'information du public;
- la diffusion des résultats de recherche;
- la recommandation des meilleures pratiques auprès des praticiens;
- la directive auprès des praticiens, celle-ci prenant la forme de protocoles cliniques.

Dans le cadre des réformes les plus récentes, plusieurs pays de l'OCDE ont adopté diverses mesures incitatives ainsi que des moyens d'action qui visent à influencer directement les comportements des professionnels de la santé.

- Différentes dispositions cherchent à orienter le choix du médecin et du pharmacien vers les produits du panier de services présentant le meilleur rapport entre son coût et sa valeur. La liberté professionnelle demeure, mais elle est influencée par la définition de références médicales que les médecins et les pharmaciens sont tenus de respecter.
- L'analyse individuelle de l'activité des médecins grâce à des profils statistiques est utilisée dans certains pays, dont l'Allemagne, comme un outil pour modifier les pratiques. Guides de pratique, protocoles, paramètres, profils de prescription, contrôles cliniques, sont autant de mesures qui sont expérimentées à divers degrés dans nombre de pays.

Ces expériences devraient inspirer le nouvel Institut. L'Institut national d'excellence en santé s'assurerait de la collaboration des praticiens, des ordres professionnels, du Conseil d'agrément du Québec, des divers centres de recherche

universitaires concernés et de tout autre acteur dont la collaboration serait utile à l'élaboration des recommandations et des guides de pratique adoptés.

### **❑ Armer les décideurs contre les jeux d'influence**

Il va de soi que les travaux de l'Institut national d'excellence en santé auraient pour objet d'éclairer les décisions du ministre de la Santé et des Services sociaux, mais aussi d'accompagner les autres responsables du système de santé et de services sociaux.

Il s'agirait en quelque sorte « d'armer » les décideurs avec des données probantes fondées sur les meilleures recherches scientifiques disponibles, tout en tenant compte des savoirs tacites et des connaissances informelles des patients, des citoyens et des praticiens.

L'idée de créer l'Institut national d'excellence en santé obéit à une volonté de rompre avec une certaine tradition, en vertu de laquelle c'est trop souvent en fonction du niveau sonore de l'opinion publique et du résultat des jeux d'influence que les décideurs « se font une tête » sur un aspect du système de santé, au lieu de prendre des décisions sur la base de la qualité ou de la pertinence des évidences scientifiques.

L'Institut national d'excellence en santé n'empêcherait pas le jeu des acteurs, mais il constituerait lui-même un acteur plus puissant, au sein du système de santé. Il serait légitime et influent.

## **CHAPITRE 14 – LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION, AU SERVICE DU PATIENT ET DU GESTIONNAIRE**

Le dernier quart du XX<sup>e</sup> siècle a été marqué par une nouvelle révolution technologique, avec la diffusion des micro-processeurs et l'explosion des nouvelles technologies de l'information.

Le secteur de la santé, comme l'ensemble des secteurs de l'activité humaine, utilise ces nouvelles technologies de façon croissante pour améliorer les services offerts, pour proposer de nouvelles approches et pour effectuer des gains de productivité souvent inimaginables il y a vingt-cinq ans.

Les nouvelles technologies de l'information constituent ainsi un outil essentiel afin de rendre notre système de santé davantage productif et efficace. Pour le groupe de travail, il importait de faire le point sur cette question, et cela d'autant plus que le gouvernement a engagé en 2005 un plan ambitieux, visant à ce que d'ici 2010, chaque patient québécois bénéficie d'un dossier électronique – le Dossier de santé du Québec (DSQ).

- L'informatisation du dossier de chaque patient vise à la fois à améliorer la qualité des soins et à bonifier l'efficacité de la gestion. Pour ces deux raisons, les nouvelles technologies de l'information sont devenues un outil dont on ne peut se passer, dans le secteur de la santé comme dans bien d'autres domaines. Le groupe de travail tenait à le rappeler.
- Le groupe de travail a ensuite voulu dresser un état de situation, quant au processus d'informatisation actuellement engagé dans le réseau de la santé. Certains risques doivent être soulignés, justifiant que le Dossier de santé du Québec fasse l'objet d'une expérience pilote. Pour ce qui est de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information dans le secteur de la santé, le groupe de travail constate que des progrès ont été accomplis, mais que beaucoup reste à faire.
- À partir de cet état de situation et des constats qu'il en tire, le groupe de travail propose une approche un peu différente de celle qui a été privilégiée jusqu'ici. Cette approche est fondée sur deux priorités :
  - Il faut s'assurer de l'informatisation des établissements et des cliniques de santé, ce qui constitue un préalable;
  - Il faut par ailleurs mieux planifier et coordonner l'ensemble des développements à venir.

## **14.1 Informatiser le dossier de chaque patient : pour la qualité des soins et l'efficacité de la gestion**

Les nouvelles technologies de l'information prennent une forme concrète, dans le secteur de la santé – celle de rassembler dans un dossier informatisé toutes les informations pertinentes concernant un patient.

L'informatisation du dossier de chaque patient est en fait devenu un moyen indispensable d'améliorer la qualité des soins, tout en réalisant d'importants gains de productivité.

### **14.1.1 La qualité des soins**

La pratique de la médecine est fondée sur l'échange d'information. La qualité des soins dépend de la qualité de l'information partagée entre le patient et les nombreux professionnels de la santé qui unissent leurs efforts pour lui prodiguer les traitements les plus appropriés. Le cabinet du médecin, le plateau de soins hospitaliers et l'officine de la pharmacie forment ainsi une véritable chaîne de communication, et toute erreur dans cette chaîne peut entraîner des conséquences néfastes sur la santé d'un individu – voire lui causer des torts irréparables.

La qualité de l'information échangée est d'autant plus importante de nos jours que les soins sont de moins en moins dispensés par un médecin solitaire ou, de façon continue, au sein d'un même hôpital. Le patient est devenu mobile. L'information concernant son état de santé et les soins qu'on lui a prescrits doit le suivre, être facilement accessible et transférable, tout en demeurant fiable et pertinente.

Pour assurer la qualité et la continuité des soins dans un univers de plus en plus complexe, l'informatique a un rôle essentiel à jouer.

- Grâce aux technologies de l'information, il est désormais plus facile d'enregistrer, de conserver, de tenir à jour et de transférer les informations pertinentes sur l'état de santé d'un patient, et de le faire en réduisant le risque d'erreur.

Par exemple, on peut éviter qu'un médicament contre-indiqué soit vendu à un patient dont l'ordonnance serait mal rédigée.

- Cet échange d'information doit bien entendu être assujéti à des règles d'éthique et de confidentialité.

En rendant l'information plus accessible, le travail en équipe multidisciplinaire, qui devient la règle dans le domaine de la santé, est plus facile.

L'informatique rend disponible à distance le contenu du dossier du patient.

- L'informatique facilite la continuité des soins, lorsque le patient retourne à la maison après une intervention chirurgicale, ou quand le patient souffre de maladies chroniques requérant des soins fréquents.
- Les systèmes d'information accélèrent la transmission des résultats de tests de laboratoire ou d'examens de radiologie. Ces résultats voyagent désormais sur des réseaux sécurisés empruntant la technologie d'Internet.
- Grâce à la télé-médecine, il est par exemple possible à un cardiologue installé à Québec d'examiner à distance, sur écran, l'échographie du cœur d'un nourrisson et de lui sauver la vie en guidant le médecin traitant sur place, à Sept-Îles ou Chibougamau.

### **14.1.2 Une gestion plus performante**

Les technologies de l'information sont également indispensables pour diverses fonctions de gestion du système de santé. Elles en améliorent l'efficacité.

- La disponibilité d'informations fiables sur les soins permet de mesurer la productivité du système, de suivre l'évolution des coûts et de rendre compte à la population de l'usage qui est fait des fonds publics.
- L'informatisation permet de réaliser des travaux de recherche sur de vastes banques de données et ainsi d'identifier quelles sont les meilleures pratiques. On peut évaluer la pertinence des actes posés par les professionnels en établissant des comparaisons entre les individus et entre les établissements.
- Dans le secteur de la santé comme dans les autres secteurs d'activité, l'informatique facilite grandement la gestion des services, la facturation des médecins et le contrôle administratif.



## 14.2 L'état de la situation

On comprend ainsi que la révolution des technologies de l'information touche le secteur de la santé, et que des projets majeurs d'informatisation aient été engagés dans tous les pays développés.

### 14.2.1 Le Dossier de santé du Québec

En 2005, le gouvernement du Québec s'est engagé dans un ambitieux projet en engageant le déploiement, d'ici 2010, du Dossier de santé du Québec – soit un dossier informatisé pour chaque patient québécois.

#### ❑ Un projet ambitieux

L'objectif est de faire en sorte que ce dossier puisse être consulté par 95 000 professionnels de la santé à travers le Québec.

- Le Dossier de santé du Québec contiendra notamment les informations sur le profil pharmaceutique de chaque patient, ses résultats d'examens de laboratoire, ses radiographies, ses antécédents médicaux, ainsi que des informations sur ses allergies.
- Les profils pharmaceutiques des patients seront conservés à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, tandis que les autres données seront archivées dans des dépôts régionaux sécurisés.
- Les patients devront donner leur consentement pour que l'information les concernant soit ainsi partagée. Des règles strictes de sécurité seront appliquées.

Le projet prévoit la création d'interfaces, afin que les équipements informatiques déjà déployés dans les hôpitaux puissent communiquer avec le système du Dossier de santé du Québec.

#### ❑ Des investissements majeurs

Des investissements majeurs devront être consentis pour :

- accroître la capacité du réseau de télécommunications du système de santé,
- normaliser les données cliniques,
- collecter le consentement des usagers,
- déployer là où ils n'existent pas encore les systèmes d'archivage numérique des radiographies.

Un budget de 562 millions de dollars a été prévu pour ce projet, dont 303 millions de dollars provenant d'Inforoute santé du Canada, et 259 millions de dollars provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Plusieurs frais « indirects » – le ministère de la Santé et des Services sociaux parle de « coûts complémentaires » – n'étaient pas intégrés dans le budget prévu à l'origine. Ces frais sont estimés à 250 millions de dollars.

### 14.2.2 Des risques à gérer

Il faut cependant être bien conscient des différents risques que l'on doit gérer, lorsque l'on engage un projet d'une telle ampleur.

Un projet de cette envergure requiert des investissements massifs et prend du temps. Au Royaume-Uni, la stratégie d'implantation s'étale sur dix ans. On observe le même délai en Australie.

L'analyse d'expériences antérieures de dossiers patients partageables a conduit des spécialistes consultés par le groupe de travail à élaborer un modèle qui comporte plusieurs types de risques, dont les principaux sont les suivants<sup>167</sup>.

- Le premier type de risque est technologique : il est lié au choix des équipements et des logiciels, surtout dans le contexte où tous les établissements reliés au système n'ont pas atteint le même niveau de développement.
- On est confronté à un risque humain, découlant des réactions des usagers à la technologie. L'introduction d'une nouvelle technologie provoque des transformations importantes des habitudes de travail des utilisateurs. L'adoption d'un dossier tel que le Dossier de santé du Québec est directement influencée par le niveau d'utilité perçue de cette technologie par les médecins et leur degré de maîtrise de la nouvelle technologie.
- On court également un risque managérial, associé à la qualité de la gestion du projet.
- Il faut enfin tenir compte d'un risque légal, dépendant des valeurs et règles en vigueur quant à la diffusion, la sécurité et la confidentialité des données.

---

<sup>167</sup> Clause SICOTTE, Guy PARÉ, André PACCIONI, Pascale LEHOUX, *Analyse du risque associé au déploiement d'un Dossier Patient Partageable*, Département d'administration de la santé & Groupe de recherche interdisciplinaire en santé Université de Montréal, Chaire de recherche du Canada en TI dans le secteur de la santé HEC Montréal, septembre 2004.

### 14.2.3 Procéder à une expérience pilote

Pour le groupe de travail, il importe que le projet d'implantation du Dossier de santé du Québec soit poursuivi en minimisant les risques.

L'expérience pilote prévue dans une région du Québec doit être conçue de manière à tester l'ensemble des modalités liées à ce projet, non seulement entre les établissements – mais aussi entre le réseau et les cliniques de santé, incluant les cabinets privés.

Il faut que le déploiement dans les autres régions du Québec soit engagé seulement lorsque l'expérience pilote aura été évaluée.

- Celle-ci devrait révéler les bénéfices du système et les conditions de succès du projet.
- Si elle constitue une réussite, l'expérience pilote pourra être reproduite à l'échelle du Québec. L'Alberta n'a pas fait autre chose : un système similaire a été déployé dans la région d'Edmonton, pour ensuite être adapté puis étendu au reste de la province.

#### ☐ La gestion du changement

Dans le cadre de l'expérience pilote, et pour l'ensemble du projet, des efforts importants doivent être consentis afin de gérer le changement. Cela semble avoir été négligé à ce jour, en particulier auprès des médecins futurs utilisateurs.

Le succès du projet dépend en effet largement de la capacité de ses responsables de s'assurer de l'adhésion et de la participation des médecins.

- En Ontario et en Colombie-Britannique, le projet est testé avec des groupes de médecins volontaires. Ceux-ci se regroupent en réseaux de pairs. Des infirmières et d'autres professionnels de la santé appelés à utiliser le système sont également invités à le faire.
- La participation des utilisateurs à la conception du système est nécessaire. Un processus de consultation trop général peut entraîner la conception d'une solution technologique insuffisamment définie qui ne répond pas aux besoins.
- Tant que le dossier patient électronique local ou le dossier de santé du Québec ne contiendront pas toutes les informations cliniques nécessaires à l'organisation des soins, le dossier papier demeurera nécessaire. L'articulation entre les deux systèmes d'information, papier et électronique, doit ainsi être planifiée.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que le Dossier de santé du Québec ne soit déployé qu'une fois que l'expérience pilote aura été effectuée dans une région du Québec et ses résultats analysés. Il importe qu'une attention particulière ait été portée à la gestion du changement.

## **14.2.4 Un développement inégal dans l'utilisation des nouvelles technologies de l'information**

Afin de porter un jugement sur la mise en œuvre de ce programme, le groupe de travail a voulu d'abord disposer d'une évaluation de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information dans le secteur de la santé du Québec<sup>168</sup>.

Le système de santé québécois n'est pas dépourvu à cet égard.

- Depuis quelques années, un réseau de télécommunication relie les établissements entre eux, ainsi que les établissements avec les agences régionales et le ministère.
- Des systèmes d'information ont été déployés pour gérer notamment les soins à domicile, les services aux personnes âgées et les soins en CLSC.
- De nombreux hôpitaux ont déployé localement des systèmes de dossiers patients électroniques.
- Dans certaines régions, les cabinets privés sont reliés à l'hôpital.

Le rapport présenté au groupe de travail démontre que le système de santé québécois a fait des progrès certains à cet égard, du moins dans les établissements.

- La plupart des établissements disposent des systèmes administratifs informatisés les plus classiques. Plus de 40 % d'entre eux utilisent un système de calcul de prix de revient.
- La gestion des laboratoires, de la pharmacie, de la radiologie, des rendez-vous en clinique externe est informatisée presque partout.
- Les établissements utilisant la radiologie numérique ont mis en marche des plans de déploiement dans une proportion dépassant les 90 %.

---

<sup>168</sup> Guy PARÉ et Claude SICOTTE, *Intensité du déploiement des technologies de l'information dans les établissements de santé au Québec*, Rapport d'expertise présenté aux membres du Groupe de travail, 24 octobre 2007

- Les progrès sont moins importants dans le domaine de l'appui aux activités cliniques. Seuls 16 % des établissements utilisent localement le dossier patient électronique. La bonne nouvelle, c'est que 65 % ont commencé à investir dans un tel système ou en planifient le déploiement.

Mais le développement de ces systèmes s'est effectué de manière relativement inégale.

- Les responsabilités sont éparpillées.
- Les technologies sont distribuées, sur le territoire québécois, au gré des initiatives des uns et des autres.
- Les systèmes ne sont pas tous compatibles.

#### **Le dossier patient électronique (DPE) et le Dossier de santé du Québec (DSQ)**

##### **Le dossier patient électronique**

On appelle dossier patient électronique le dossier informatisé local du patient. On le désigne quelquefois sous la dénomination de « dossier clinique informatisé ». Ce dossier regroupe l'ensemble des informations cliniques essentielles concernant le patient. Son existence permet aux professionnels d'une clinique d'accéder à l'ensemble des informations cliniques d'un patient.

##### **Le Dossier de santé du Québec**

Le Dossier de santé du Québec est le dossier informatisé rendant accessibles aux professionnels de la santé et à distance certaines informations nécessaires au suivi et à la prise en charge des patients, quel que soit le lieu au Québec où le patient reçoit des services de santé. Ces informations sont constituées, par exemple, des résultats d'exams de laboratoire et de radiologie ou du profil pharmaceutique du patient. L'objectif du plan lancé par le gouvernement est de faire en sorte que d'ici 2010, chaque patient québécois soit doté d'un tel dossier.

### **14.2.5 Des conditions de succès non réunies**

Pour ce qui est spécifiquement de la réalisation du projet de Dossier santé du Québec, le groupe de travail n'est pas convaincu que toutes les conditions de succès soient réunies.

- Le taux d'informatisation des cliniques médicales est faible. On l'estime à 20 %, et le rythme de développement des technologies de l'information dans les établissements est inégal selon les régions.
- Les principaux utilisateurs potentiels – les médecins – affichent un certain scepticisme à l'égard de cette technologie. Plusieurs d'entre eux sont déçus des systèmes existants. Ils ne voient pas majoritairement l'utilité que leur procurera le Dossier de santé du Québec.

- Le Dossier de santé du Québec implique l'échange d'informations sur les patients à l'échelle du Québec, alors que la majorité des établissements et la quasi-totalité des cliniques médicales ne disposent même pas d'un dossier patient informatisé pour leur propre usage interne.
- La loi prévoit l'obligation d'obtenir le consentement explicite du patient – ce que l'on appelle l'« opting in » – avant que les informations le concernant puissent être inscrites dans son dossier électronique.

Or partout ailleurs, la technique employée consiste à permettre aux personnes qui ne veulent pas participer au projet de demander à en être exclues (« opting out »). L'« opting in » est vu par la grande majorité des spécialistes comme un obstacle au déploiement du Dossier santé du Québec.

En décembre 2007, le gouvernement a déposé le projet de loi 70<sup>169</sup>. Ce projet de loi vise à remplacer le système d'« opting in » par un système d'« opting out ».

#### Recommandation

Le groupe de travail appuie la démarche engagée par le gouvernement afin de ne plus réclamer le consentement explicite du patient (l'« opting in ») et de le remplacer par un mécanisme explicite d'exclusion (l'« opting out »). Il recommande que cette démarche soit menée à terme.

### **14.3 Partir de la base et mieux coordonner l'ensemble**

Le groupe de travail propose que le gouvernement modifie quelque peu la démarche initiale, en y introduisant deux éléments essentiels.

- Il faut partir de la base, en s'assurant que le maximum d'établissements sont informatisés – ce qui constitue en fait un préalable indispensable à un projet tel que le Dossier de santé du Québec.
- Il faut mieux planifier et coordonner l'ensemble des efforts concernant l'introduction et l'utilisation des technologies de l'information.

<sup>169</sup> *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.*

### 14.3.1 Un préalable : poursuivre l'informatisation des établissements et des cliniques de santé

En dépit de l'intérêt que suscite le Dossier de santé du Québec, la priorité doit être de poursuivre et d'accélérer le déploiement des outils informatiques, et en particulier du dossier patient électronique local dans l'ensemble des établissements du Québec.

#### ❑ Un développement mieux ordonné

Ce développement doit cependant être mieux ordonné.

- Il faut que le ministère de la Santé et des Services sociaux précise davantage les orientations technologiques et les standards que devront respecter les établissements et les agences, lors du déploiement de systèmes d'information au niveau local et régional.
- Ces orientations devront tenir compte de la compatibilité avec le Dossier de santé du Québec.

#### ❑ Doter les cliniques de santé des systèmes d'information nécessaires

S'il faut compléter le déploiement du Dossier patient électronique dans les établissements, il est nécessaire au préalable de doter les cliniques de santé des systèmes d'information appropriés.

Ces systèmes permettront :

- d'assurer le suivi et la prise en charge des patients,
- de garantir la continuité des soins avec les autres composantes du système de santé et de services sociaux.

La question du financement de ces systèmes d'information doit être traitée dans le cadre des ententes contractuelles<sup>170</sup> entre les agences régionales et les cliniques.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande que la priorité soit placée sur le déploiement du dossier patient électronique dans chacun des établissements et dans les cliniques de santé.

---

<sup>170</sup> Voir ci-dessus, page 180.

### 14.3.2 Mieux planifier et coordonner l'ensemble

Plus globalement, il faut que le ministère réunisse sous une autorité unique la fonction de planification des systèmes d'information, et qu'il procède à une répartition claire des fonctions entre le ministère, les agences et les établissements.

Dans toute organisation d'une certaine taille où les technologies de l'information jouent un rôle significatif, un cadre supérieur occupe généralement la fonction de responsable des technologies de l'information. Il est responsable de la fonction essentielle de direction des technologies de l'information, au même titre, par exemple, que le directeur des finances ou du développement.

Cette importante fonction n'existe pas au ministère de la Santé et des Services sociaux. Les responsabilités sont assumées par plusieurs fonctionnaires, sans direction centrale.

Il en résulte un développement inégal des systèmes dans les établissements et les cliniques de santé. Il s'agit d'une lacune sérieuse, qui ne peut que retarder et compliquer le déploiement essentiel des technologies de l'information et du Dossier de santé du Québec.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande la création, au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la fonction de responsable de la planification, de l'établissement des normes et des standards et du déploiement des technologies de l'information dans l'ensemble du système de santé, y compris la Régie de l'assurance maladie du Québec et les établissements.





## SIXIÈME PARTIE

### Le financement : voir à long terme, partager les responsabilités

La question du financement est au centre même du mandat confié par le gouvernement au groupe de travail. La dénomination du groupe de travail le souligne clairement.

Dès le début de ce rapport, le groupe de travail a précisé qu'il abordait le financement du système de santé dans son sens le plus large : pour répondre aux différents éléments du mandat défini par le gouvernement, il est en effet nécessaire d'agir sur les revenus comme sur les dépenses, de réfléchir à la couverture publique, à l'amélioration des services, à la gouvernance du système et à l'organisation du travail.

Pour ce qui est du financement au sens strict, plusieurs éléments de solution ont déjà été proposés dans les chapitres précédents. Il importe maintenant d'aborder directement l'ensemble des sources de revenus sur lesquelles le système de santé devra compter, si l'on veut corriger le déséquilibre des finances publiques créé par la croissance des dépenses de santé.

Le groupe de travail a identifié des solutions à la fois équitables et durables, avec la double préoccupation d'adopter une vision à long terme et de définir un partage équitable des responsabilités.

- Le **chapitre 15** propose des sources de revenus durables et diversifiées et la création d'un Fonds de stabilisation dédié à la santé, pour ce qui est spécifiquement des dépenses publiques.
- Avec le **chapitre 16**, le groupe de travail répond à l'un des points précis mentionnés par le gouvernement dans son mandat en présentant ce que pourrait être un compte santé, vu comme un instrument de transparence dans la gestion des fonds publics, permettant aux citoyens de disposer d'une meilleure information sur le financement de la santé.
- Le **chapitre 17** correspond à un autre point spécifique du mandat confié par le gouvernement. Le groupe de travail analyse la nature et les impacts de la Loi canadienne sur la santé, une loi à caractère financier énonçant un certain nombre de principes qui gênent l'évolution des systèmes de santé des provinces canadiennes.



## CHAPITRE 15 – DES SOURCES DE REVENUS DURABLES ET DIVERSIFIÉES

Si on veut en assurer la pérennité, notre système de santé doit pouvoir compter sur des sources de revenus durables et diversifiées.

Le groupe de travail a procédé à une analyse approfondie des sources de revenus actuelles et d'un certain nombre de sources de revenus envisageables, afin de proposer au gouvernement des options claires en la matière.

- Il est essentiel de rappeler d'abord la situation actuelle, pour ce qui est des revenus du système de santé : le système public est avant tout financé par l'impôt, et il existe au Québec un important financement de nature privée.
- Le groupe de travail recommande au gouvernement la création d'un Fonds de stabilisation dédié à la santé et propose quelques options quant à son financement.

Le groupe de travail rejette par là-même l'instauration d'un ticket modérateur et l'imposition d'une prime santé. Il importe de bien expliquer les raisons de ces recommandations et de ces choix.

- Le groupe de travail aborde également certaines autres sources de financement du secteur de la santé, qui cette fois-ci ne concernent pas seulement le secteur public.

Le groupe de travail a souhaité ainsi traiter de façon approfondie toute la question des frais accessoires. Le groupe de travail aborde également la question de la rationalisation et la tarification des services.

- Afin d'illustrer la portée des recommandations et propositions formulées, le groupe de travail présente en conclusion de ce chapitre l'impact qu'elles pourraient avoir sur l'évolution des dépenses publiques de santé ainsi que sur les revenus consacrés au financement de la santé.

## 15.1 La situation actuelle

Les principales données chiffrées concernant les dépenses consacrées à la santé ont été présentées dès le début du rapport : pour 2007-2008, on estime que le Québec consacrera un peu plus de 33 milliards de dollars à la santé. Sur ce total, les dépenses publiques de santé atteindront près de 24 milliards de dollars<sup>171</sup>.

### 15.1.1 Un système public financé par l'impôt

Les dépenses publiques de santé sont principalement financées par les revenus généraux de l'État québécois : ces revenus ont représenté, en 2007-2008, 60,7 % des sources publiques de revenu affectées à la santé. Le reste du financement provient pour l'essentiel des cotisations des employeurs et des particuliers au Fonds des services de santé (22,6 %) et des transferts fédéraux (15,9 %).

TABLEAU 12

#### Sources publiques de revenus, 2007-2008

(en milliards de dollars)

Revenus généraux du gouvernement (taxes, impôts, etc.)	14,5	60,7 %
Cotisations des employeurs et des particuliers au Fonds des services de santé (FSS)	5,4	22,6 %
Transferts fédéraux pour la santé <sup>(1)</sup>	3,8	15,9 %
Transferts de la SAAQ et de la CSST	0,2	0,8 %
<b>TOTAL</b>	<b>23,9</b>	<b>100,0 %</b>

(1) Il est à noter que si le Québec ne percevait pas lui-même, à même l'impôt sur le revenu des particuliers, une portion de la contribution fédérale aux dépenses des provinces en matière de santé (« abattement spécial du Québec »), ces transferts en espèces serait plus élevé de 1 853 M\$ en 2007-2008. Une portion de ces revenus de transferts fédéraux à la santé sont inscrits dans les « Autres programmes » des revenus de transferts fédéraux du Fonds consolidé du revenu du gouvernement du Québec.

Au Québec, les dépenses publiques sont donc en très grande majorité financées à partir des sources de revenus auxquelles on fait également appel pour financer l'ensemble des missions de l'État.

- Comme on l'a déjà souligné, il existe un modèle de financement analogue au Royaume-Uni, en Australie ainsi que dans le reste du Canada<sup>172</sup>.
- En Allemagne, en France, au Japon et aux Pays-Bas, le financement des dépenses publiques de santé est assuré par des caisses d'assurance sociale,

<sup>171</sup> Voir ci-dessus, page 32.

<sup>172</sup> Voir ci-dessus, page 23.

créées à cette fin. Dans ces pays, les ressources consacrées à la santé sont ainsi séparées des revenus affectés aux autres missions de l'État.

On doit à ce stade-ci formuler deux remarques.

### ❑ La norme : la mutualisation des risques

En premier lieu, dans tous les pays développés – à l'exception notable des États-Unis – la mutualisation des risques liés à la santé constitue la norme.

Jusqu'au milieu du siècle dernier, la majorité des pays ont considéré que la maladie était une responsabilité individuelle. Ils ont organisé leurs systèmes autour d'assurances volontaires. Ces systèmes volontaires ont été graduellement étendus à des systèmes d'assurance obligatoire.

On s'est en effet rendu compte que la santé était un facteur de développement non seulement pour l'individu, mais pour la collectivité. Les premiers systèmes d'assurance sociale pour la santé avaient en particulier pour objectif de ramener au travail le plus rapidement possible les travailleurs malades.

Sauf aux États-Unis, les assurances privées volontaires, les régimes privés d'épargne santé et les contributions de l'utilisateur sont des sources complémentaires de revenus partout où ils sont utilisés. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, les contributions obligatoires représentent 72 % des sources de revenus pour la santé.

### ❑ Les deux grands modèles de financement

En deuxième lieu, les deux grands modèles de financement collectif utilisés dans les pays développés – le financement par l'impôt et le financement au moyen d'une caisse d'assurance sociale – comportent chacun des avantages et des inconvénients.

Les modèles de financement par l'impôt, tel que le nôtre, ont plusieurs impacts positifs.

- Ces systèmes ont une capacité plus grande à contrôler la croissance des coûts. La séparation des budgets de santé des autres dépenses du gouvernement, dans les systèmes d'assurance sociale, a la plupart du temps pour résultat d'augmenter les dépenses totales de santé.
- Dans un système financé par l'impôt, le partage du risque est d'emblée universel.
- En général, les systèmes financés par l'impôt sont moins coûteux à administrer.

Les modèles de financement au moyen d'une caisse d'assurance sociale ont certains défauts, liés essentiellement à l'évolution du marché du travail.

- Les contributions aux régimes d'assurance sociale sont généralement calculées en fonction des revenus d'emploi. Or, cette base étroite de calcul est de moins en moins satisfaisante. Le travail autonome représente une part croissante des revenus des particuliers. Au Québec, le tiers des particuliers ont ainsi des emplois atypiques.
- De plus en plus de personnes ont plus d'un emploi ou tirent des revenus de sources autres, comme les gains en capital effectués sur les placements.
- En outre, dans une société vieillissante, un nombre croissant de personnes sont exclues du marché du travail tout en conservant une capacité de payer grâce à des revenus provenant d'autres sources.

En revanche, les modèles de financement utilisant une caisse d'assurance sociale bénéficient d'autres qualités.

- Les contributions effectuées à la caisse d'assurance par chaque individu donnent à ce dernier le statut de client. La relation entre l'assureur et le patient est de nature plus contractuelle. Les bénéfices sont définis plus clairement.
- Les systèmes d'assurance sociale sont moins politisés.
- La satisfaction de la population est généralement plus élevée dans les systèmes d'assurance sociale que dans les régimes financés par l'impôt ou par l'assurance privée volontaire.

## □ Des évolutions

Il est rare qu'un pays change brusquement de modèle.

Plusieurs réformes de la santé ont été mises en œuvre en Grande-Bretagne, au cours des dernières années, mais jamais le principe du financement par l'impôt n'a été remis en cause. On constate le même phénomène, mais en sens inverse, en Allemagne et en France. Toutefois, l'Espagne et l'Islande ont progressivement délaissé l'assurance sociale pour un financement de nature fiscale, au cours des années soixante-dix et quatre-vingt.

Le groupe de travail ne trouve aucun motif suffisant qui justifierait que l'on remplace notre système, financé principalement par l'impôt, par un système financé par une caisse d'assurance sociale. Pour le groupe de travail, l'impôt doit demeurer la principale source de financement du système de santé québécois.

Par contre, au cours des dernières années, plusieurs systèmes de santé financés par l'impôt ont modifié l'organisation des soins et les mécanismes d'allocation et de paiement à l'intérieur du système public, afin de créer des conditions

permettant de tirer les mêmes avantages que les systèmes d'assurance sociale – sans pour autant modifier les sources principales de revenu. Plusieurs des recommandations formulées par le groupe de travail vont dans ce sens.

### **15.1.2 Un important financement de nature privée**

Une partie importante des dépenses de santé est assumée de façon privée par les citoyens. En 2007, cette part atteignait 28,3 %. Après avoir diminué entre 1975 et 1980, cette part a fortement augmenté au cours des vingt années suivantes et semble plafonner depuis 2000<sup>173</sup>.

La part des dépenses privées dans le financement de la santé au Québec est comparable à ce qui est observé dans l'ensemble du Canada. La Banque mondiale vient de produire une étude de 25 pays industrialisés, dans laquelle elle classe le Canada parmi le groupe des neuf pays où la part de financement privé de la santé est le plus élevé.

#### **❑ L'assurance privée**

En 2007, le financement de nature privée représenterait ainsi environ 9,5 milliards de dollars, provenant directement de la poche des patients ou par le biais d'assurances privées<sup>174</sup>. Il s'agit en général d'assurances collectives, dont les primes sont partagées entre les employés et leurs employeurs.

Dans les pays de l'OCDE, l'assurance privée ne représente en moyenne que 6,3 % des dépenses totales de santé. Le Canada fait partie d'un petit groupe de quatre pays où l'assurance privée dépasse les 10 %. En 2004, les assurances privées représentaient 12,8 % de la dépense totale de santé au Canada. Les États-Unis font exception, avec 36,7 %.

---

<sup>173</sup> ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2007. Voir ci-dessus, page 25.

<sup>174</sup> ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2007.



TABLEAU 13

### Répartition du financement de la santé selon la source pour certains pays développés, 2004

(en pourcentage)

	Part de l'assurance publique dans le financement total	Part de l'assurance privée dans le financement total	Part des contributions individuelles dans le financement total
Danemark	84,5	1,6	13,9
Royaume-Uni	82,9	3,3	11,0
Japon	81,5	0,3	17,3
France	78,3	12,4	7,6
Allemagne	76,9	9,0	13,2
Canada	69,8	12,8	14,9
Australie	67,5	6,8	20,0
Pays-Bas	65,4	20,0	8,2
États-Unis	44,7	36,7	13,2

Source : Éco-Santé, OCDE 2006.

### ❑ Les soins couverts par le financement privé

Au Québec, la plus grande partie des contributions privées couvre le coût des services non assurés par le système public, notamment les soins dentaires, l'optométrie pour les adultes, la psychothérapie et la physiothérapie. Une part importante de ces dépenses privées concerne les médicaments.

Une partie de ces contributions privées sert à financer des programmes publics. En 2006-2007, ces contributions ont atteint près de 2,3 milliards de dollars, se répartissant ainsi :

- 1,3 milliard de dollars en contributions des usagers – prime et coassurance – au régime public d'assurance médicaments;
- 700 millions de dollars pour la part des usagers au coût de l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie dans les CHSLD;
- 100 millions de dollars pour défrayer une partie du coût du transport ambulancier et de chambres privées à l'hôpital;
- 170 millions de dollars par des dons à des fondations d'hôpitaux.

Ces contributions privées incluent aussi les frais accessoires perçus par les médecins pour diverses fournitures utilisées lors des visites en cabinet privé – tels

que médicaments et substances anesthésiques – ou la rédaction de certains formulaires.

Le gouvernement du Québec rembourse une partie des dépenses privées par le biais de deux crédits d'impôt pour frais médicaux, d'une valeur de 700 millions de dollars en 2007.

## 15.2 Un fonds de stabilisation dédié à la santé

Les grandes caractéristiques de notre système de santé, du point de vue de ses sources de revenus, viennent donc d'être rappelées.

### □ Un écart à combler

Sur le plan du financement du système, le problème provient en grande partie de l'écart existant entre la croissance des dépenses publiques de santé et l'augmentation de la richesse collective.

- Depuis 1998-1999, l'économie a crû à un rythme annuel moyen de 4,8 %, alors que les dépenses publiques consacrées à la santé augmentaient dans le même temps de 6,4 % par an<sup>175</sup>.
- D'ici 2018, on prévoit que la croissance structurelle des dépenses publiques de santé se maintiendrait à 5,8 %, si rien n'est fait, alors que la croissance de l'économie et des revenus du gouvernement devrait être de l'ordre de 3,9 %<sup>176</sup>

Pour sortir de cette impasse, le groupe de travail vise à ajuster la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, et cela tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services<sup>177</sup>.

Concrètement, cela signifie que par exemple, la croissance des dépenses publiques de santé et de services sociaux devra passer de 6,5 % en 2008-2009<sup>178</sup> à 3,9 % sur un horizon de cinq à sept ans - soit une croissance ramenée au rythme de l'augmentation de la richesse collective telle qu'établie par la prévision économique du ministère des Finances.

Pour y parvenir, le groupe de travail a formulé un ensemble de recommandations, de propositions et de suggestions, présentées dans les chapitres précédents. Le groupe de travail est convaincu que si elles sont mises en œuvre, ces initiatives

---

<sup>175</sup> Voir ci-dessus, page 33.

<sup>176</sup> Voir ci-dessus, page 37.

<sup>177</sup> Voir ci-dessus, page 3.

<sup>178</sup> Le taux de croissance de 6,5 % pour 2008-2009 comprend à la fois l'augmentation structurelle des dépenses et les dépenses de développement. Ce taux correspond à peu près à la moyenne des dix dernières années.

multiples permettront effectivement de ralentir la croissance des dépenses publiques de santé – et cela de façon significative.

### **15.2.1 Un Fonds permanent, pour ajuster et stabiliser**

Il faut cependant être réaliste, et convenir que les différentes initiatives proposées n'auront pas leur plein effet immédiatement. Le groupe de travail estime que si le gouvernement les met en œuvre rapidement, une période de cinq à sept ans sera nécessaire pour que leurs effets se fassent pleinement sentir.

C'est dire que durant cette période, un écart va subsister entre les taux de croissance des dépenses publiques de santé et de la richesse collective. Entretemps, il faudra bien évidemment combler cet écart.

Afin de financer cet écart, le groupe de travail en est arrivé à la conclusion que la meilleure solution consistait à créer un Fonds à compter de 2008-2009, ce Fonds étant alimenté à partir de sources de revenus dédiées. Au cours des premières années, le Fonds servira donc à combler la différence entre l'augmentation des dépenses publiques de santé et la croissance de la richesse collective, tant que les mesures proposées pour accroître la productivité du système n'auront pas donné leur plein effet.

Il faut cependant voir plus loin.

Nous devons absolument nous prémunir contre les fluctuations de l'économie, ainsi que prévoir des adaptations possibles en raison de l'évolution des besoins. Pour cette raison, le groupe de travail recommande que le Fonds créé soit permanent, et qu'une fois atteint l'objectif d'ajustement des dépenses publiques de santé à la croissance de la richesse collective, il serve de mécanisme d'ajustement face aux risques futurs.

Le principe dont le groupe de travail recommande la mise en œuvre est simple :

- L'État assurerait, à même ses revenus généraux, la croissance des dépenses publiques de santé jusqu'à la limite imposée par le rythme de croissance de la richesse collective.
- Au-delà, des sources dédiées à la santé devraient assurer la différence. Le produit de ces sources de revenus serait déposé dans le Fonds de stabilisation dédié à la santé.

## ❑ Un Fonds approvisionné à partir de deux sources

Ce Fonds devrait être alimenté à partir de deux sources, soit une source de nature fiscale et une source liée à l'utilisation des soins.

En faisant appel simultanément à deux sources de revenus, le gouvernement veillerait à établir un équilibre entre la solidarité sociale, qui s'exprime par la fiscalité, et la responsabilité individuelle, qui se traduit par une contribution calculée en fonction de l'utilisation de soins médicaux.

Pour le groupe de travail, il importe que les responsabilités soient ainsi partagées entre le bénéficiaire des soins – il s'agit d'une responsabilité individuelle – et l'ensemble de la société

Comme on va le voir ci-après, le groupe de travail recommande que la source liée à l'utilisation des soins prenne la forme d'une franchise, modulée en fonction des revenus et de l'utilisation de soins médicaux, et que la source de nature fiscale soit une portion du produit de la taxe de vente du Québec (TVQ).

### Recommandation

Le groupe de travail recommande de combler l'écart entre la hausse des dépenses publiques de santé et la croissance de la richesse collective par de nouvelles sources de revenus dédiées à la santé, et cela dès l'exercice 2008-2009.

Le groupe de travail recommande qu'à cette fin, le gouvernement crée, à compter de l'exercice 2008-2009, un Fonds de stabilisation dédié à la santé, alimenté à partir de sources de revenus elles-mêmes dédiées, soit :

- le produit d'une franchise modulée en fonction de l'utilisation des services médicaux et du revenu familial;
- un pourcentage de la taxe de vente du Québec.

## 15.2.2 La mise en place d'une franchise

Le contrat social proposé par le groupe de travail implique que chaque citoyen assume sa part de responsabilité à l'égard de sa propre santé<sup>179</sup>. Il importe de trouver des moyens de rendre les citoyens conscients des coûts du système de santé et des services qu'ils utilisent. La mise en place d'une franchise constituerait l'une des façons concrètes de favoriser la responsabilisation de chacun des bénéficiaires du système de santé.

Le principe d'une telle franchise est simple à décrire : il s'agirait d'une contribution calculée en fonction des services médicaux reçus dans le cadre du système public de santé. Cette contribution serait perçue auprès des citoyens concernés au moment de la déclaration d'impôt – donc l'année suivant le moment où le service aurait été reçu. La contribution serait perçue par Revenu Québec et versée dans le Fonds de stabilisation dédié à la santé.

### □ Une franchise calculée et plafonnée en fonction des revenus

Contrairement à un ticket modérateur, dont l'effet est régressif, la franchise est progressive. En effet, le ticket modérateur s'applique à tous – quel que soit le niveau de revenus – alors que la franchise est calculée et plafonnée en fonction des revenus des personnes et des familles.

La franchise serait donc modulée et plafonnée en fonction du revenu des personnes ou des familles, au-delà d'une exemption de base. Ce plafonnement serait choisi en fonction du rendement financier attendu de la franchise. Comme on le verra plus loin, le groupe de travail propose deux options, selon que la franchise est plafonnée à 1 % ou à 2 % du revenu des personnes ou des familles excédant l'exemption de base.

---

<sup>179</sup> Voir ci-dessus, page 11.

## ❑ Des exemptions pour les familles à faible revenu

Les familles à faible revenu seraient exemptées du paiement de la franchise. Le groupe de travail propose que le gouvernement utilise à cette fin les seuils d'exemption employés pour le calcul de la prime de l'assurance médicaments.

Environ 25 % des familles et des personnes seraient ainsi exemptées du paiement de la franchise.

TABLEAU 14

### Régime d'assurance médicaments du Québec, 2007 Déductions variant selon la composition du ménage (en dollars)

	Montant de la déduction
1 adulte, aucun enfant	13 470
1 adulte, 1 enfant	21 830
1 adulte, 2 enfants ou plus	24 765
2 adultes, aucun enfant	21 830
2 adultes, 1 enfant	24 765
2 adultes, 2 enfants ou plus	27 470

Source : Ministère des Finances du Québec, Bulletin d'information 2007-8, 9 novembre 2007, page 11.

## ❑ Un effet orienteur

La franchise devrait être utilisée pour orienter dans le sens souhaité l'utilisation des services médicaux par les citoyens.

- Chaque contribuable recevrait un « T4 Santé », émis par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ce document présenterait les coûts des services médicaux utilisés dans l'année par le contribuable. Il indiquerait le montant à inscrire dans la déclaration de revenu.
- Tous les services reçus seraient donc inscrits sur ce formulaire. Seuls ceux visés par la franchise entreraient dans le calcul de la franchise, mais le citoyen verrait concrètement le coût total des soins de santé dont il a bénéficié.
- La franchise ne s'appliquerait pas sur tous les soins de santé reçus durant l'année, mais seulement sur les coûts des visites médicales, que celles-ci aient lieu en clinique ou en établissement.
- Les actes médicaux retenus aux fins de la franchise seraient déterminés par le gouvernement à partir des avis émis par l'organisme dont le groupe de travail recommande la mise en place, l'Institut national d'excellence en santé.

- Ainsi, les visites médicales concernant les enfants de moins de 18 ans devraient être exclues du calcul de la franchise.
  - Il devrait également aller de soi que le bilan de santé annuel effectué en clinique de santé n'entre pas en ligne de compte pour le calcul de la franchise.
  - Le coût de chaque visite médicale retenu aux fins du calcul de la franchise devrait varier selon la nature du service ou le lieu de la desserte, ce qui permettrait effectivement d'utiliser l'effet orienteur de la franchise.
- Le coût moyen d'une visite médicale au Québec s'élève à environ 60 \$. Pour le calcul de la franchise, le gouvernement pourrait décider d'imputer un coût moindre pour les visites effectuées dans des cliniques de première ligne, et à l'inverse de retenir un coût plus élevé lorsque la visite médicale a lieu à l'urgence. Le but recherché serait évidemment d'inciter les citoyens à utiliser les cliniques de première ligne plutôt que l'urgence.
- D'autres modalités de cette nature pourraient être envisagées, avec toujours comme logique d'utiliser la franchise pour orienter les visites médicales dans la direction souhaitée.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande la mise en place d'une franchise à compter de l'exercice 2009-2010, dont le montant dépendrait du nombre de visites médicales effectuées durant l'année précédente. La franchise serait calculée et plafonnée en fonction du revenu des ménages. Les familles à faible revenu en seraient exemptées.

La franchise serait utilisée pour orienter l'utilisation des services médicaux dans la direction considérée comme la plus appropriée. À cette fin, le gouvernement définirait les critères retenus concernant la nature des visites médicales prises en compte dans la franchise ainsi que le coût de chaque visite médicale imputé dans le calcul de la franchise.

## ❑ Des impacts positifs

La franchise recommandée par le groupe de travail aurait de nombreux avantages.

- Sur le plan financier, elle permettrait de diriger vers le système public les sommes que les citoyens sont capables de payer.
- Elle sensibiliserait les citoyens aux coûts du système de santé. Elle les inciterait à demeurer en santé.
- La mécanique proposée prendrait en compte les besoins particuliers des malades chroniques, qui doivent visiter un médecin plus souvent que les autres personnes, puisqu'elle comprendrait un plafond correspondant à un pourcentage du revenu annuel de la personne concernée.

## ❑ La franchise ne serait pas un obstacle à l'obtention des soins

Selon le groupe de travail, la mise en place d'une franchise respecterait les principes d'universalité et d'intégralité qui gouvernent notre système de santé.

- La franchise ne constituerait pas un obstacle à l'obtention d'un service lorsque s'en exprime le besoin. En effet, elle serait perçue l'année suivant ce service.
- La franchise constituerait un mécanisme équitable :
  - À revenus égaux, une personne utilisant davantage le système de santé contribuerait davantage à son financement qu'une personne l'utilisant moins.
  - À revenus différents, une personne bénéficiant d'un revenu plus élevé contribuerait davantage au financement du système de santé qu'une personne ayant un revenu plus faible, dans la mesure où cette dernière verrait sa contribution atteindre la franchise maximale plus rapidement.
- La franchise ne serait pas versée au producteur de soins mais transiterait par Revenu Québec.

## ❑ Le rejet du ticket modérateur

Pour le groupe de travail, une franchise est de loin préférable à un ticket modérateur.

On peut définir en quelques mots ce que l'on entend par ticket modérateur.

- Le ticket modérateur est une autre façon de lier le financement des soins de santé à la consommation. Il s'agit d'une contribution versée par le patient au point de service. Il constitue donc une entorse à la gratuité des soins offerts à un point donné.



- Comme la franchise, le ticket modérateur vise à responsabiliser les usagers des soins médicaux. Il a pour double objectif de réduire les abus dans la consommation des soins et de dégager de nouvelles sources de financement.

L'imposition d'un ticket modérateur soulève plusieurs difficultés.

- Le ticket constitue une charge financière régressive, même s'il est réduit ou éliminé pour les faibles revenus.
- Le ticket modérateur est aveugle. Il modère la consommation de services utiles autant que de services inutiles. Lorsque des personnes renoncent à consulter un médecin à cause du ticket modérateur, ce report peut se traduire par une aggravation de leur état de santé et, de ce fait, les amener à utiliser des services plus coûteux.
- Le ticket modérateur ne contribuerait pas à l'amélioration de la performance de notre système de santé.
- Sa perception soulèverait des problèmes pratiques dans les cabinets de médecins.
- Le rendement financier d'un ticket modérateur ne semble pas très convaincant.
- Surtout, le ticket modérateur constitue un obstacle direct à l'accès aux soins, puisqu'il est perçu au moment même où les soins sont réclamés.

### **15.2.3 Une taxe à la consommation dédiée**

Pour le groupe de travail, la franchise ne peut constituer la seule source de financement du Fonds de stabilisation dédié à la santé. Pour des raisons d'équilibre et d'équité, une partie du financement de ce Fonds doit être assurée par l'ensemble de la société, via la fiscalité.

#### **□ Le recours à la taxe à la consommation**

Pour financer les services publics, la plupart des experts recommandent d'opter pour les taxes à la consommation plutôt que d'utiliser l'impôt sur le revenu. Les pays européens choisissent d'ailleurs de plus en plus cette option.

- La taxe à la consommation touche un plus grand nombre de contribuables que l'impôt sur le revenu. L'ensemble de la société contribuerait effectivement au financement de la santé, ce qui n'est pas le cas lorsque l'on utilise la fiscalité directe.
- Le caractère régressif de la taxe à la consommation est considérablement limité – sinon éliminé – grâce aux règles actuellement appliquées. On fait

référence à l'exemption de la taxe pour les produits de première nécessité ou à l'existence d'un crédit remboursable.

- Les taxes sur la consommation sont acquittées par les étrangers qui achètent des produits ou des services sur notre territoire.
- Les taxes à la consommation ne sont pas appliquées sur les produits vendus à l'étranger. À l'inverse, l'impôt sur le revenu et l'impôt sur les profits des entreprises se répercute sur le prix des produits exportés.

Pour ces différentes raisons, le groupe de travail privilégie le recours à une taxe à la consommation comme source de revenus pour alimenter le Fonds de stabilisation dédié à la santé. Le groupe de travail rejoint ainsi l'une des recommandations du Comité Ménard<sup>180</sup>.

Le groupe de travail constate que s'il donne suite à cette recommandation, le gouvernement devrait utiliser à cette fin la taxe de vente. En effet, seule la taxe de vente du Québec est susceptible d'assurer un rendement financier suffisant pour les fins du Fonds de stabilisation dédié à la santé.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement d'augmenter la taxe de vente du Québec d'un demi-point ou d'un point de pourcentage, et de verser le montant ainsi obtenu au Fonds de stabilisation dédié à la santé.

### **❑ Pas de prime santé**

Tout en maintenant un financement reposant principalement sur les impôts généraux, l'Alberta, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont introduit des primes santé calculées sur les revenus des contribuables.

- L'Alberta et la Colombie-Britannique ont opté pour des formules de prime qui tiennent peu compte de la capacité de payer, au-delà d'un seuil de revenu minimum.
- L'Ontario a opté pour une prime plus progressive.

Le Comité Ménard avait émis de sérieuses réserves quant à l'idée d'imposer une prime santé. Instituer une telle prime équivaldrait, en effet, à augmenter l'impôt sur le revenu, et cette possibilité avait été immédiatement écartée.

Le groupe de travail émet les mêmes critiques.

---

<sup>180</sup> Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations – Rapport et recommandations*, juillet 2005, Recommandation 24, page 105.

- On a souligné précédemment les avantages d'une taxe à la consommation, par rapport à l'impôt direct.
- Il faut ajouter que le Québec reste l'une des juridictions d'Amérique du Nord où l'impôt sur le revenu est le plus élevé. L'impôt sur le revenu pénalise le travail, et des taux d'imposition trop élevés incitent les résidents et les entreprises à s'expatrier – en particulier les jeunes diplômés et les entreprises exerçant leurs activités dans des secteurs de pointe.
- De plus, les primes santé sont régressives et elles font porter aux ménages de la classe moyenne un fardeau inutilement élevé.

Pour toutes ces raisons, le groupe de travail ne retient pas l'idée d'imposer une prime santé.

#### **15.2.4 Le financement du Fonds de stabilisation dédié à la santé : une simulation de ce qui pourrait se produire**

À partir des recommandations présentées précédemment, le groupe de travail a procédé à une simulation du mode de financement du Fonds de stabilisation dédié à la santé.

Deux options ont été retenues à cette fin.

- L'option 1 a été construite à partir des hypothèses suivantes :
  - Comme indiqué précédemment, la franchise est calculée en imputant 25 \$ par visite médicale, avec un plafond de 1 % du revenu familial après exemption.
  - Le Fonds est alimenté également à partir du versement d'un point de pourcentage de la TVQ.
- L'option 2 découle des hypothèses suivantes :
  - Comme on l'a déjà précisé, la franchise est calculée en imputant 65 \$ par visite médicale aux fins du calcul de la franchise, avec un plafond de 2 % du revenu familial après exemption.
  - Le Fonds est également alimenté à partir du versement d'un demi-point de pourcentage de la TVQ.

## □ Les deux possibilités

Les options présentées illustrent ainsi deux possibilités :

- L'option 1 signifie que pour alimenter le Fonds de stabilisation dédié à la santé, le gouvernement choisit d'avoir recours principalement à la TVQ, et de façon plus limitée à la franchise.
- Dans l'option 2, le choix est inverse : le Fonds est principalement alimenté par la franchise, et de façon plus réduite par la TVQ.

Dans les deux cas, le Fonds permet de combler l'écart entre les dépenses publiques de santé prévues après la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail et la contribution du Fonds consolidé augmentant en fonction de la richesse collective. Les deux options diffèrent pour ce qui est du solde du Fonds. Ce solde serait plus élevé dans l'option 1 que dans l'option 2.

Les pages suivantes présentent pour ces deux options :

- une illustration du coût de la franchise pour sept visites médicales;
- la franchise annuelle maximale en fonction de la composition du ménage et du revenu familial;
- une simulation du Fonds de stabilisation dédié à la santé.

■ **Option 1 : Franchise de 25 \$ par visite médicale avec plafond de 1 % du revenu familial après exemption**

**Exemple 1**

Une personne seule a gagné un revenu de 35 000 \$ dans la dernière année. En vertu des exemptions prévues, elle a droit à une déduction sur le revenu de 13 470 \$.

Cette personne a effectué sept visites médicales dans l'année d'imposition. Au coût moyen de 25 \$ par visite médicale, la franchise à payer serait de 175 \$ (7 visites × 25 \$ par visite), soit un montant inférieur au plafond de 1 % applicable.

**Exemple 2**

Un couple ayant deux enfants a gagné un revenu familial de 65 000 \$ dans la dernière année. Cette famille a droit à une déduction sur le revenu de 27 470 \$.

Les deux conjoints ont effectué au total sept visites médicales dans l'année d'imposition. Au coût moyen de 25 \$ par visite médicale, la franchise à payer serait de 175 \$ (7 visites × 25 \$ par visite), soit un montant inférieur au plafond de 1 % applicable.

TABLEAU 15

**Grille de calcul pour la franchise à payer pour un célibataire et un couple avec deux enfants ayant effectué sept visites médicales au cours d'une année – Option 1**

(en dollars)

		<b>Célibataire</b>	<b>Couple avec 2 enfants</b>
Revenu familial	1	35 000	65 000
Déduction	2	- 13 470	- 27 470
Revenu après déduction	3	21 530	37 530
	4	× 1 %	× 1 %
Franchise annuelle maximale en vertu du plafond de 1 % <sup>(1)</sup>	5	215,30	375,30
Montant des « T4 Santé »	6	175,00	175,00
<b>FRANCHISE À PAYER</b>	<b>7</b>	<b>175,00</b>	<b>175,00</b>
Le moindre des lignes 5 et 6, à reporter dans la déclaration de revenus			

(1) Il est important de préciser ici que le montant maximal de la franchise n'est atteint que dans le cas où le nombre de visites médicales multiplié par le coût de la franchise s'élève ou dépasse 1 % du revenu familial après exemption.

■ **Option 2 : Franchise de 65 \$ par visite médicale avec plafond de 2 % du revenu familial après exemption**

**Exemple 1**

Une personne seule a gagné un revenu de 35 000 \$ dans la dernière année. En vertu des exemptions prévues, elle a droit à une déduction sur le revenu de 13 470 \$.

Cette personne a effectué sept visites médicales dans l'année d'imposition. Au coût moyen de 65 \$ par visite médicale, la franchise à payer serait de 455 \$ (7 visites × 65 \$ par visite). En tenant compte du plafond de 2 % du revenu familial, cette personne devra payer une franchise de 430,60 \$.

**Exemple 2**

Un couple ayant deux enfants a gagné un revenu familial de 65 000 \$ dans la dernière année. Cette famille a droit à une déduction sur le revenu de 27 470 \$.

Les deux conjoints ont effectué au total sept visites médicales dans l'année d'imposition. Au coût moyen de 65 \$ par visite médicale, la franchise à payer serait de 455 \$ (7 visites × 65 \$ par visite), soit un montant inférieur au plafond de 2 % applicable.

**TABEAU 16**

**Grille de calcul pour la franchise à payer pour un célibataire et un couple avec deux enfants ayant effectué sept visites médicales au cours d'une année – Option 2**

(en dollars)

		<b>Célibataire</b>	<b>Couple avec 2 enfants</b>
Revenu familial	1	35 000	65 000
Déduction	2	- 13 470	- 27 470
Revenu après déduction	3	21 530	37 530
	4	× 2 %	× 2 %
Franchise annuelle maximale en vertu du plafond de 2 % <sup>(1)</sup>	5	430,60	750,60
Montant des « T4 Santé »	6	455,00	455,00
<b>FRANCHISE À PAYER</b>	<b>7</b>	<b>430,60</b>	<b>455,00</b>

Le moindre des lignes 5 et 6, à reporter dans la déclaration de revenus

(1) Il est important de préciser ici que le montant maximal de la franchise n'est atteint que dans le cas où le nombre de visites médicales multiplié par le coût de la franchise s'élève ou dépasse 2 % du revenu familial après exemption.

■ **Le plafond annuel de la franchise, quel que soit le nombre de visites médicales**

Pour chacune des deux options retenues, le groupe de travail a calculé le plafond qu'atteindrait la franchise – c'est-à-dire le montant maximal qui serait payé par les contribuables en fonction de leur revenu familial, et cela quelque soit le nombre de visites médicales.

■ **Option 1 : Plafond de 1 % du revenu familial après exemption**

TABLEAU 17

**Franchise annuelle maximale – Plafond de la franchise annuelle à 1 % du revenu familial après exemption**  
(en dollars)

<b>Revenu familial</b>	<b>1 adulte, aucun enfant</b>	<b>1 adulte, 1 enfant</b>	<b>1 adulte, 2 enfants ou plus</b>	<b>2 adultes, aucun enfant</b>	<b>2 adultes, 1 enfant</b>	<b>2 adultes, 2 enfants ou plus</b>
15 000	15	0	0	0	0	0
25 000	115	32	2	32	2	0
30 000	165	82	52	82	52	25
35 000	215	132	102	132	102	75
40 000	265	182	152	182	152	125
50 000	365	282	252	282	252	225
60 000	465	382	352	382	352	325
65 000	515	432	402	432	402	375
70 000	565	482	452	482	452	425
75 000	615	532	502	532	502	475
100 000	865	782	752	782	752	725
125 000	1 115	1 032	1 002	1 032	1 002	975
150 000	1 365	1 282	1 252	1 282	1 252	1 225
175 000	1 615	1 532	1 502	1 532	1 502	1 475

Note : Selon les déductions accordées en 2007.

- Option 2 : Plafond de 2 % du revenu familial après exemption

TABLEAU 18

**Franchise annuelle maximale – Plafond de la franchise annuelle à 2 % du revenu familial après exemption**  
(en dollars)

<b>Revenu familial</b>	<b>1 adulte, aucun enfant</b>	<b>1 adulte, 1 enfant</b>	<b>1 adulte, 2 enfants ou plus</b>	<b>2 adultes, aucun enfant</b>	<b>2 adultes, 1 enfant</b>	<b>2 adultes, 2 enfants ou plus</b>
15 000	31	0	0	0	0	0
25 000	231	63	5	63	5	0
30 000	331	163	105	163	105	51
35 000	431	263	205	263	205	151
40 000	531	363	305	363	305	251
50 000	731	563	505	563	505	451
60 000	931	763	705	763	705	651
65 000	1 031	863	805	863	805	751
70 000	1 131	963	905	963	905	851
75 000	1 231	1 063	1 005	1 063	1 005	951
100 000	1 731	1 563	1 505	1 563	1 505	1 451
125 000	2 231	2 063	2 005	2 063	2 005	1 951
150 000	2 731	2 563	2 505	2 563	2 505	2 451
175 000	3 231	3 063	3 005	3 063	3 005	2 951

Note : Selon les déductions accordées en 2007.



## ❑ Simulation du Fonds de stabilisation dédié à la santé : option 1

TABLEAU 19

### Simulation d'un fonds de stabilisation dédié à la santé – Option 1

Option 1 : 1 % de TVQ et une franchise de 25 \$ par visite médicale avec un plafond de 1 % du revenu familial après exemption

(en millions de dollars)

	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
<b>Besoins additionnels de financement</b>											
Dépenses en santé et services sociaux <sup>(1)</sup>	23 903	25 457	26 984	28 468	29 892	31 237	32 549	33 818	35 137	36 507	37 931
Croissance en %		6,5	6,0	5,5	5,0	4,5	4,2	3,9	3,9	3,9	3,9
Contribution du Fonds consolidé du revenu <sup>(2)</sup>	23 903	24 835	25 804	26 810	27 856	28 942	30 071	31 244	32 462	33 728	35 044
Croissance en %		3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
<b>Écart à combler</b>	<b>0</b>	<b>-621</b>	<b>-1 180</b>	<b>-1 658</b>	<b>-2 036</b>	<b>-2 295</b>	<b>-2 478</b>	<b>-2 574</b>	<b>-2 675</b>	<b>-2 779</b>	<b>-2 888</b>
<b>Fonds de stabilisation dédié à la santé</b>											
Contribution additionnelle											
Taxe à la consommation <sup>(3)</sup>	0	1 300	1 351	1 403	1 458	1 515	1 574	1 635	1 699	1 766	1 834
Franchise <sup>(4)</sup>	0	0	532	553	574	597	620	644	669	695	722
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>1 300</b>	<b>1 883</b>	<b>1 956</b>	<b>2 032</b>	<b>2 112</b>	<b>2 194</b>	<b>2 280</b>	<b>2 369</b>	<b>2 461</b>	<b>2 557</b>
Sortie de fonds pour combler l'écart	0	-621	-1 180	-1 658	-2 036	-2 295	-2 478	-2 574	-2 675	-2 779	-2 888
Contribution nette au Fonds Santé	0	679	702	298	-3	-183	-284	-295	-306	-318	-331
Revenus de placement <sup>(5)</sup>	0	0	41	85	108	115	110	100	88	75	61
<b>SOLDE DU FONDS SANTÉ AU 31 MARS</b>	<b>0</b>	<b>679</b>	<b>1 422</b>	<b>1 805</b>	<b>1 910</b>	<b>1 841</b>	<b>1 668</b>	<b>1 473</b>	<b>1 255</b>	<b>1 012</b>	<b>742</b>

(1) On suppose que la croissance des dépenses du MSSS diminue de 0,5 % / an, passant de 6,5 % en 2008-09 à 4,5 % en 2012-13 et de 0,3 % / an pour les deux années suivantes, passant de 4,5 % en 2012-13 à 3,9 % en 2014-15 et les années suivantes.

(2) Cet élément représente le financement gouvernemental pour la santé qui augmente au rythme de la richesse collective (PIB).

(3) La taxe à la consommation correspond à un point de TVQ.

(4) On estime à environ 41 millions le nombre de visites médicales effectuées par les personnes de 18 ans et plus. On suppose que cette source de revenus augmente au rythme de la richesse collective.

(5) On suppose un rendement de 6,0 % / an de surplus courant.

## ❑ Simulation du Fonds de stabilisation dédié à la santé : option 2

TABLEAU 20

### Simulation d'un fonds de stabilisation dédié à la santé – Option 2

Option 2 : ½ % de TVQ et une franchise de 65 \$ par visite médicale avec un plafond de 2 % du revenu familial après exemption

(en millions de dollars)

	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
<b>Besoins additionnels de financement</b>											
Dépenses en santé et services sociaux <sup>(1)</sup>	23 903	25 457	26 984	28 468	29 892	31 237	32 549	33 818	35 137	36 507	37 931
Croissance en %		6,5	6,0	5,5	5,0	4,5	4,2	3,9	3,9	3,9	3,9
Contribution du Fonds consolidé du revenu <sup>(2)</sup>	23 903	24 835	25 804	26 810	27 856	28 942	30 071	31 244	32 462	33 728	35 044
Croissance en %		3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
<b>Écart à combler</b>	<b>0</b>	<b>-621</b>	<b>-1 180</b>	<b>-1 658</b>	<b>-2 036</b>	<b>-2 295</b>	<b>-2 478</b>	<b>-2 574</b>	<b>-2 675</b>	<b>-2 779</b>	<b>-2 888</b>
<b>Fonds de stabilisation dédié à la santé</b>											
Contribution additionnelle											
Taxe à la consommation <sup>(3)</sup>	0	650	675	702	729	757	787	818	850	883	917
Franchise <sup>(4)</sup>	0	0	1 248	1 297	1 347	1 400	1 454	1 511	1 570	1 631	1 695
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>650</b>	<b>1 923</b>	<b>1 998</b>	<b>2 076</b>	<b>2 157</b>	<b>2 241</b>	<b>2 329</b>	<b>2 420</b>	<b>2 514</b>	<b>2 612</b>
Sortie de fonds pour combler l'écart	0	-621	-1 180	-1 658	-2 036	-2 295	-2 478	-2 574	-2 675	-2 779	-2 888
Contribution nette au Fonds Santé	0	29	743	340	40	-137	-236	-246	-255	-265	-276
Revenus de placement <sup>(5)</sup>	0	0	2	46	70	76	73	63	52	40	26
<b>SOLDE DU FONDS SANTÉ AU 31 MARS</b>	<b>0</b>	<b>29</b>	<b>773</b>	<b>1 160</b>	<b>1 270</b>	<b>1 209</b>	<b>1 045</b>	<b>862</b>	<b>658</b>	<b>433</b>	<b>183</b>

(1) On suppose que la croissance des dépenses du MSSS diminue de 0,5 % / an, passant de 6,5 % en 2008-09 à 4,5 % en 2012-13 et de 0,3 % / an pour les deux années suivantes, passant de 4,5 % en 2012-13 à 3,9 % en 2014-15 et les années suivantes.

(2) Cet élément représente le financement gouvernemental pour la santé qui augmente au rythme de la richesse collective (PIB).

(3) La taxe à la consommation correspond à un demi point de TVQ.

(4) On estime à environ 41 millions le nombre de visites médicales effectuées par les personnes de 18 ans et plus. On suppose que cette source de revenus augmente au rythme de la richesse collective.

(5) On suppose un rendement de 6,0 % / an de surplus courant.

## 15.3 Les autres sources de financement

Il reste à aborder d'autres sources de financement du secteur de la santé.

Le groupe de travail a voulu ici présenter un avis concernant la question des frais accessoires, prélevés par certains cabinets médicaux. Le groupe de travail formule également une recommandation concernant la rationalisation et la tarification des services.

### 15.3.1 Les orientations en matière de frais accessoires

La *Loi sur l'assurance maladie* permet aux médecins de facturer certains services qui ne sont pas considérés comme assurés, ainsi que certains frais qualifiés d'accessoires pour les médicaments donnés en cabinet, les agents anesthésiques, pour des examens ou des interventions mineurs et des formulaires à remplir.

#### □ Des plaintes et des abus

La Régie de l'assurance maladie du Québec a constaté une augmentation du recours aux frais accessoires en cabinet privé. La création de cliniques médicales associées et de centres médicaux spécialisés pour effectuer des chirurgies électives a relancé le débat à ce sujet.

- Depuis quelques années, la Direction des affaires professionnelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec doit répondre à un nombre croissant de demandes d'information et de remboursement de la part d'assurés qui contestent la facturation de certains services. Le nombre de dossiers à traiter a plus que doublé en trois ans, passant de 250 en 2003-2004 à 550 en 2006-2007<sup>181</sup>.
- On a aussi constaté une augmentation des demandes d'information en provenance des assureurs privés, qui désirent obtenir des définitions plus précises quant aux services assurés, aux services non assurés et aux frais accessoires.
- Les personnes assurées ont, pour leur part, de plus en plus de difficulté à déterminer la légalité des frais qui leur sont facturés en cabinet privé.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que les cas de facturation qui sont soumis à la Régie pour remboursement ne représentent que la pointe de l'iceberg<sup>182</sup>. Pour une pratique de facturation donnée, bien peu de personnes vont aller jusqu'à faire une demande de remboursement à la Régie, soit par méconnaissance de la loi, soit par crainte de représailles de la part du médecin

<sup>181</sup> *État de situation sommaire sur les frais accessoires*. Régie de l'assurance maladie du Québec, Québec, juillet 2007.

<sup>182</sup> *État de situation sommaire sur les frais accessoires...*, op. cit.

contre qui une plainte serait formulée, soit tout simplement parce que certaines personnes acceptent de payer.

- Dans certaines cliniques de chirurgie, on passe sous l'étiquette de frais accessoires des frais parfois prohibitifs pour le matériel, les pansements, le plateau technique et le personnel.
- La Direction des affaires professionnelles de la Régie de l'assurance maladie se demande aussi que faire dans le cas de coopératives de santé qui demandent une part sociale et parfois une cotisation annuelle pour financer les frais de fonctionnement de la clinique, alors que, historiquement, ces coûts ont été assumés par les médecins dont une partie de la rémunération à l'acte est prévue pour couvrir de tels frais.

## **❑ Des propositions de solution**

Le groupe de travail constate que le recours de certains cabinets privés aux frais accessoires soulève en fait tout le problème de leur sous-financement. En 2008, devant la controverse croissante, le ministre de la Santé et des Services sociaux a mis en place un comité d'experts cliniques, le Comité Chicoine, pour examiner cette question.

Le groupe de travail a pu s'entretenir avec le président de ce comité, et après analyse, il en est arrivé aux conclusions suivantes – des conclusions qu'il faut distinguer selon que l'on fait référence aux cliniques de santé de première ligne, aux cliniques médicales associées ou aux cliniques médicales spécialisées.

### **■ Les cliniques de santé de première ligne**

Selon l'une des recommandations formulées par le groupe de travail, les cliniques de santé ayant conclu une entente auraient le droit de percevoir une cotisation annuelle auprès des patients inscrits<sup>183</sup>.

On a déjà souligné les avantages d'une telle cotisation :

- Une cotisation annuelle permettrait d'instaurer concrètement une relation contractuelle du patient avec son médecin de famille.
- Elle faciliterait l'implantation des cliniques de santé.
- La cotisation annuelle concrétiserait le principe de la liberté de choix du patient, puisque celui-ci pourrait décider à quelle clinique de santé il s'inscrit et y verse sa cotisation.
- Globalement, elle constituerait une incitation à la productivité et à la qualité des soins de première ligne.

---

<sup>183</sup> Voir ci-dessus, page 91.

Pour le groupe de travail, la possibilité d'ajouter une contribution directe du patient inscrit au financement des cliniques de première ligne rendra caduc et injustifié le recours aux frais accessoires – et cela d'autant plus que les frais accessoires constituent une modalité de perception des revenus non structurante, sans effet sur la performance du système.

### ■ Les cliniques médicales associées

Comme on l'a vu précédemment<sup>184</sup>, la loi 33 permet à un établissement qui exploite un centre hospitalier de s'associer à une clinique médicale, afin d'y faire dispenser des services médicaux spécialisés à ses patients.

Étant donné que ces services sont entièrement financés par les fonds publics, sans aucun frais pour le patient, le groupe de travail recommande que tous les frais encourus pour dispenser les services requis soient inclus dans les ententes conclues entre l'établissement et la clinique médicale associée. En conséquence, la notion de frais accessoires ne s'applique pas dans cette situation.

### ■ Les cliniques médicales spécialisées

Une part non négligeable de certains soins spécialisés est offerte dans des cabinets privés. Devant la hausse du coût du matériel médical et des nouvelles technologies requises pour rendre ces services, les cliniques médicales spécialisées recourent, à leur tour, aux frais accessoires.

Le groupe de travail a analysé la situation qui nous interpelle ici, soit celle des cliniques médicales spécialisées au sein desquelles les médecins qui travaillent participent au régime public.

Le groupe de travail reconnaît que pour ces cliniques, l'abolition pure et simple des frais accessoires en fragiliserait le financement. Le groupe de travail propose qu'en remplacement de ces frais accessoires, le gouvernement instaure un régime de tarification pour des services bien identifiés. Ces tarifs devraient être établis conjointement entre le gouvernement et les fédérations médicales. Il faudrait qu'ils soient affichés et connus des patients, en toute transparence.

Un tel mécanisme réduirait les risques que naisse au Québec une pratique de paiements informels, minant la confiance du public envers le système.

---

<sup>184</sup> Voir ci-dessus, page 100.

## ■ La recommandation du groupe de travail

Pour l'ensemble de la question des frais accessoires, le groupe de travail formule donc la recommandation suivante.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande de résoudre la question des frais accessoires de la façon suivante :

- Les frais accessoires pour les cliniques de santé de première ligne devraient être supprimés, dans le cadre d'une entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens et le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Dans les cliniques médicales associées, les frais entourant la dispensation des services devraient être inclus dans les ententes négociées entre l'établissement et la clinique médicale.
- Dans les cliniques médicales spécialisées, les frais accessoires actuels devraient être remplacés par un régime de tarification établi conjointement par le gouvernement et par les fédérations médicales.

### **15.3.2 Réévaluer les frais administratifs et réviser la tarification actuelle des services**

Tout au long de son rapport, le groupe de travail a identifié des changements précis qui devraient toucher les frais administratifs ou la tarification de certains services. Des recommandations, propositions ou suggestions ont ainsi été présentées concernant les frais d'administration générale du système aux niveaux central et régional, certaines mesures fiscales, plusieurs dispositions du régime d'assurance médicaments ou la tarification de certains services de maintien à domicile.

Le groupe de travail a également signalé certaines situations préoccupantes, sans toutefois se prononcer sur l'action à prendre. C'est le cas notamment de la tarification des services ambulanciers.

On trouvera en annexe 2 un sommaire de plusieurs propositions de rationalisation<sup>185</sup>. Le potentiel de revenus additionnels pourrait s'élever, selon les hypothèses retenues, à plus de 500 millions de dollars par année. Ce potentiel est énorme, puisqu'il est récurrent.

---

<sup>185</sup> Voir ci-après, page 293.

D'autres situations, qui n'ont pas été examinées par le groupe de travail, mériteraient d'être réévaluées.

Un examen détaillé de tous les éléments pertinents s'impose, si l'on désire restreindre les dépenses excessives, rendre la tarification plus réaliste et plus équitable et adapter les programmes aux orientations générales proposées. On ne peut perdre de vue que tout argent mal dépensé a pour effet de priver des patients de soins ou d'imposer aux contribuables des impôts trop élevés.

En conséquence, le groupe de travail formule la recommandation suivante.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande la mise en œuvre d'un programme permanent de réévaluation des frais administratifs et de révision de la tarification des services.

### **15.4 L'impact des mesures proposées sur l'évolution des dépenses et des revenus**

Le groupe de travail a voulu illustrer l'impact que pourraient avoir les différentes mesures proposées sur l'évolution des dépenses publiques de santé et des revenus consacrés à leur financement.

- Selon les projections présentées au début du rapport, les dépenses de santé atteindraient 42,0 milliards de dollars en 2017-2018 – ce chiffre correspondant à la croissance structurelle des dépenses de santé selon la tendance actuelle<sup>186</sup>. Il y aurait alors un écart de 7,0 milliards de dollars entre ces dépenses et les revenus provenant du fonds consolidé, plafonnés au rythme de croissance de la richesse collective.
- Les différentes recommandations, propositions et suggestions présentées dans le rapport permettraient de réduire la croissance des dépenses publiques de santé, de telle sorte qu'en 2017-2018, le niveau prévu de ces dépenses passe de 42,0 milliards de dollars à 37,9 milliards de dollars.
- Les recommandations, propositions et suggestions concernant les revenus auraient pour effet de porter les revenus affectés à la santé de 35,0 milliards de dollars à 37,7 milliards de dollars en 2017-2018 – les revenus provenant du fonds consolidé étant augmentés des revenus provenant du Fonds de stabilisation dédié à la santé.

Selon cette illustration, les recommandations présentées par le groupe de travail auraient ainsi pour résultat de limiter la croissance des revenus consacrés à la santé et provenant du fonds consolidé au taux de croissance de la richesse

---

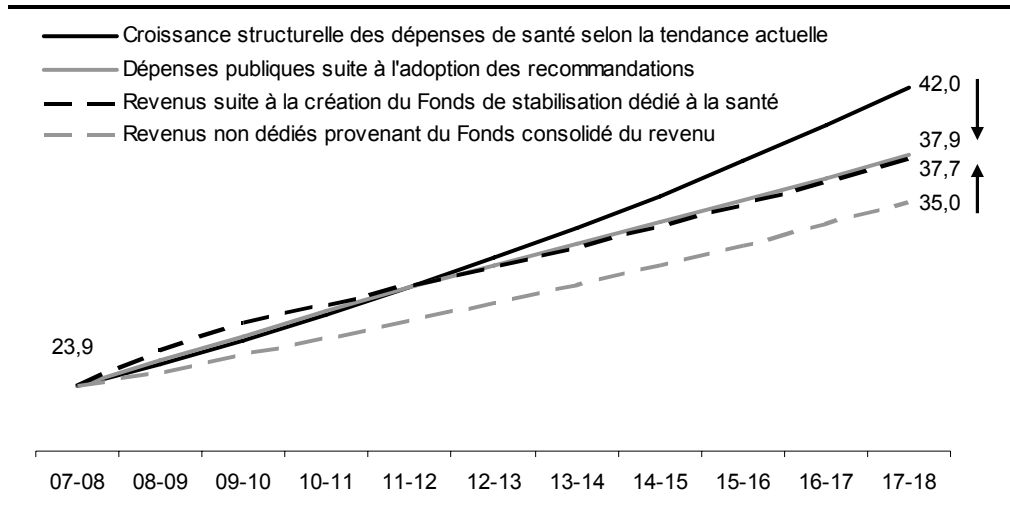
<sup>186</sup> Voir ci-dessus, page 37.

collective, tout en tenant compte du délai nécessaire à la mise en œuvre des différentes orientations présentées.

## GRAPHIQUE 11

### Projection des dépenses publiques de santé et des revenus consacrés au financement de la santé, 2007-2008 à 2017-2018

(en milliards de dollars)



Source : Ministère des Finances du Québec.

### □ L'évolution de la part des dépenses publiques de santé dans le budget de l'État, durant la période de stabilisation

Les projections présentées ici reposent sur l'hypothèse qu'en six ans, soit durant la période de stabilisation, nous sommes en mesure de réduire de 6,5 % à 3,9 % le taux de croissance des dépenses publiques de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux – et de le maintenir ensuite à ce niveau jusqu'en 2017-2018.

- Malgré ce ralentissement significatif, ces projections signifient que les dépenses de santé inscrites dans le budget de l'État augmenteraient quand même en moyenne de 5,1 % par an de 2008-2009 à 2014-2015. Les dépenses publiques de santé continueraient donc de croître durant cette période à un taux excédant l'augmentation de la richesse collective.
- Par ailleurs, la part des dépenses de santé dans les dépenses de programmes du gouvernement continuerait de croître : elle passerait de 44,3 % à 48,0 % entre 2008-2009 et 2014-2015. Si rien n'est fait, cette part augmenterait au cours de la même période à 50,3 %.



Durant la période de stabilisation, les dépenses publiques consacrées à la santé augmenteraient de 10,3 milliards de dollars, au-delà du rythme de croissance de la richesse collective.

TABLEAU 21

**Évolution des dépenses de santé durant la période de stabilisation,  
2007-2008 à 2014-2015**

	<b>Selon la tendance actuelle</b>		<b>Suite à l'adoption des recommandations</b>	
	<b>2007-2008</b>	<b>2014-2015</b>	<b>2007-2008</b>	<b>2014-2015</b>
Évolution du poids des dépenses publiques de santé dans les dépenses de programmes	44,3 %	50,3 %(1)	44,3 %	48,0 %(2)
Budget du MSSS en 2014-2015 (en milliards de dollars)	35,5		33,8	

(1) Basé sur une croissance structurelle des dépenses de santé de 5,8 % par année de 2008-2009 à 2014-2015.

(2) Basé sur l'évolution des dépenses de santé telle que présentée aux tableaux 19 et 20 du présent rapport.

Les projections présentées ici illustrent la possibilité qui s'offre à nous d'ajuster la croissance des dépenses publiques de santé à notre capacité collective de payer.

Bien évidemment, ces projections ont été établies à partir d'un certain nombre d'hypothèses, quant à l'impact des initiatives proposées. Le groupe de travail considère ces hypothèses comme tout à fait réalistes, et il veut souligner ainsi qu'une voie existe permettant d'assurer la pérennité de notre système de santé – tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services.

## CHAPITRE 16 – UNE MEILLEURE INFORMATION, GRÂCE AU COMPTE SANTÉ

Dans le mandat qu'il a confié au groupe de travail, le gouvernement demande explicitement que lui soit proposée « une structure pour un nouveau « compte santé » afin d'améliorer la transparence du financement de la santé, de mieux informer la population et d'illustrer la problématique du financement à moyen terme, en particulier quant au niveau des transferts fédéraux pour la santé »<sup>187</sup>.

Le groupe de travail a donc réfléchi à ce que pourrait être le compte santé auquel le gouvernement fait référence, en s'interrogeant successivement :

- sur les objectifs ainsi poursuivis,
- sur les informations qui y seraient présentées,
- sur la façon dont le compte santé pourrait être utilisé en tant qu'outil de reddition de comptes.

De façon très concrète, le groupe de travail a ensuite élaboré un exemple des différents tableaux qui constitueraient le compte santé rendu public par le gouvernement.

Afin d'accompagner sa réflexion, le groupe de travail a commandé une étude spécifique sur cette question<sup>188</sup>.

### 16.1 Les objectifs

Un compte santé n'est pas une caisse santé, ou un nouveau mécanisme budgétaire. Il s'agit simplement d'un document consignait un certain nombre d'informations chiffrées sur le financement de la santé durant un exercice budgétaire défini, que le gouvernement rendrait public à une date donnée.

Ce document représenterait en quelque sorte une photographie, pour cet exercice, des différentes dépenses effectuées et les revenus ayant permis de financer ces dépenses.

Les objectifs du compte santé sont mentionnés pour l'essentiel dans le mandat du groupe de travail : le compte santé est un outil d'information, permettant de rendre plus transparents les différents mouvements budgétaires et financiers permettant de faire fonctionner le système public de santé.

---

<sup>187</sup> Voir ci-dessus, page 1.

<sup>188</sup> François Vaillancourt et Louis Morand Perrault. *Le financement des services de santé au Québec : le compte santé et son financement*, 2007.

L'idée d'un compte santé faisait partie des recommandations de la Commission Ménard<sup>189</sup>. Elle a été proposée de nouveau dans le document de consultation *Garantir l'accès*<sup>190</sup>.

Dans son rapport, la Commission Ménard identifie trois objectifs au compte santé<sup>191</sup>. La mise en place d'un compte santé vise à :

- améliorer la transparence concernant à la fois l'allocation des sommes consacrées au secteur de la santé et des services sociaux et les revenus servant à les financer,
- sensibiliser la population sur l'évolution des coûts réels de la santé et sur la pression qu'ils exercent sur le financement des autres missions de l'État,
- constituer une base de discussion pour les débats publics des enjeux et des choix à faire afin d'assurer la pérennité du financement de la santé.

## 16.2 Les informations présentées dans le compte santé

Concrètement, le compte santé comporterait deux colonnes, consacrées l'une aux dépenses de santé du gouvernement et l'autre aux revenus ayant permis de financer ces dépenses.

### □ Les dépenses et les revenus

Du côté des dépenses, le compte santé comprendrait ainsi, notamment :

- les transferts aux établissements de santé et de services sociaux,
- la rémunération des médecins,
- les dépenses du régime public d'assurance médicaments,
- le service de la dette du réseau de la santé,
- l'administration et d'autres activités, dont les subventions aux organismes communautaires.

---

<sup>189</sup> Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations – Rapport et recommandations*, juillet 2005, Recommandation 22, page 105.

<sup>190</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité – Document de consultation*, février 2006, page 60.

<sup>191</sup> Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations – Rapport et recommandations*, juillet 2005, page 90.

Pour ce qui est des revenus, le compte santé contiendrait les informations concernant :

- les contributions des employeurs au Fonds des services de santé,
- les transferts fédéraux en espèces au titre de la santé,
- la part des revenus généraux du gouvernement consacrée au financement de la santé,
- les revenus provenant des fonds dédiés à la santé,
- les contributions des usagers, telles les contributions au régime d'assurance médicaments, à l'hébergement et au transport ambulancier.

### **❑ Aller un peu plus loin**

Pour le groupe de travail, les informations présentées dans le compte devraient permettre d'aller un peu plus loin, afin de mieux saisir les évolutions en cours et d'identifier d'éventuels domaines où l'attention devrait porter.

Il faudrait ainsi que le compte santé comprenne les données permettant :

- de déceler les secteurs connaissant une croissance rapide des dépenses,
- de mettre en relief pour certains secteurs l'écart entre les revenus et les dépenses,
- de dégager les revenus et les dépenses des différents régimes publics d'assurance – assurance maladie bien sûr, mais également assurance médicaments, CSST, SAAQ – afin de faire bien ressortir dans quelle mesure le fonds consolidé est sollicité pour combler les écarts,
- de dresser un portrait des immobilisations dans les équipements médicaux,
- d'évaluer l'état de situation du Fonds de stabilisation dédié à la santé, dont le groupe de travail recommande la mise en place,
- d'identifier les dépenses imputées directement à la dette, ainsi que les intérêts de la dette propres au secteur de la santé,
- d'analyser l'évolution des transferts fédéraux.

## 16.3 Le compte santé, outil de reddition de comptes

Le compte santé devrait être rendu public chaque année, et présenter des informations aussi récentes que possible. La collecte des données incluses dans le compte santé dépend en bonne partie de la disponibilité des comptes publics. Le groupe de travail propose donc que comme les comptes publics, le compte santé soit publié dans le courant de l'automne suivant une année financière : le compte santé de 2007-2008 serait ainsi rendu public au cours de l'automne 2008.

De l'avis du groupe de travail, le compte santé devrait donner lieu à un débat public au sein de l'Assemblée nationale.

- Le compte santé serait déposé à l'automne de chaque année à l'Assemblée nationale par le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui ferait rapport des conditions de financement de la santé.
- Une commission parlementaire tiendrait une séance spéciale portant exclusivement sur le financement de la santé.
- Cette séance constituerait le forum public où s'effectue la reddition de comptes concernant les revenus perçus pour la santé et l'usage qui en a été fait.
- À partir des informations rendues publiques dans le compte santé, les parlementaires pourraient débattre des enjeux et des solutions visant à assurer à la fois la pérennité du système de santé et le financement des autres missions de l'État.

### Proposition

*Le groupe de travail propose donc :*

- *que le ministère de la Santé et des Services sociaux produise chaque année un compte santé,*
- *que ce compte santé soit déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux à l'Assemblée nationale,*
- *qu'une séance spéciale d'une commission parlementaire de l'Assemblée nationale porte exclusivement sur le compte santé.*

## 16.4 Un exemple de ce que pourrait être le compte santé

À titre d'exemple, le groupe de travail a élaboré les différents tableaux qui constitueraient le compte santé. Ces tableaux sont reproduits aux pages suivantes.

Selon le modèle imaginé par le groupe de travail, le compte santé comprendrait ainsi :

- un tableau présentant le compte lui-même, pour la dernière année financière examinée (tableau 22),
- des informations supplémentaires concernant
  - les dépenses du réseau (tableau 23),
  - les services avec contributions des usagers (tableau 24),
  - les immobilisations (tableau 25),
  - les mesures fiscales spécifiques à la santé, aux aînés et aux aidants naturels (tableau 26).

Un autre tableau devrait être ajouté pour illustrer l'état de situation de Fonds de stabilisation dédié à la santé.

Bien évidemment, les tableaux présentés ici ne constituent qu'un modèle de ce que devrait contenir le compte santé. Il importe avant tout que grâce à cette publication, on dispose d'un bon portrait du financement de la santé ainsi que d'un outil d'analyse rigoureux et opérationnel.

TABLEAU 22

## Compte santé et services sociaux – Exemple basé sur les prévisions de l'exercice 2007-2008

Dépenses totales (brutes) <sup>(4)</sup>				M\$	M\$	Revenus totaux	M\$	M\$
<b>Ministère et fonctions nationales</b>						<b>FSS</b>		
Direction et gestion ministérielle				92,7		Contribution au Fonds des services de santé	307,3	
Organismes-conseils				9,4				
Activités nationales				205,2		<b>Transferts fédéraux</b>		
Ex. : Programme d'intervention – hépatite C, services hospitaliers hors-Québec, autres						Transferts canadiens en matière de santé (TCS) <sup>(2)</sup>		3 425,0
						Entente relative à la <i>Loi fédérale sur le système de justice pénale pour les adolescents</i> <sup>(3)</sup>		37,0
						Entente relative à la participation des personnes handicapées au marché du travail <sup>(3)</sup>	18 700,6	46,0
<b>Fonctions régionales</b>								
Agences de santé et de services sociaux				92,9				
Établissements								
Établissements privés				487,0		<b>Fonds spécifiques du gouvernement fédéral</b>		
Établissements publics				14 709,3		Fiducie pour le vaccin contre le VPH		0,0
Loyers CHQ – établissements du réseau				151,3		Fiducie pour la réduction du temps d'attente		281,0
Aide financière et organismes						Fiducie pour les garanties sur les délais d'attente		42,0
Aide financière aux personnes handicapées				84,4				
Organismes communautaires				364,3		<b>Contributions des usagers</b>		1 403,2
Programme d'exonération – aide domestique				59,4		Assurance médicaments		
Ressources de type familial				362,8		Primes		
Santé publique				70,0		Contribution des personnes assurées	750,9	
Achat de vaccins et de produits biologiques				69,8		Contribution des adultes hébergés	652,3	
Système de sang				298,3		Services ambulanciers		550,0
Transporteurs ambulanciers				305,7		Supplément de chambres		90,1
Rémunération des internes et résidents				145,4		Ressources intermédiaires		88,1
Contribution du gouvernement aux régimes de retraite				656,6		Familles d'accueil et ressources de type familial		150,8
Service de la dette				613,5		Autres revenus perçus par le MSSS		349,8
Autres				229,9				
<b>Office des personnes handicapées du Québec</b>						<b>Contributions provenant d'autres organismes</b>		
					12,3	CSST		86,9
						SAAQ		88,7
<b>Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)</b>						Loto-Québec (joueurs pathologiques)		22,0
Services médicaux				3 794,8		Loto-Québec (personnes âgées en perte d'autonomie)		30,0
Omnipraticiens								
Spécialistes								
Services optométriques				36,3				
Services dentaires				110,9				
Services pharmaceutiques et assurance médicaments				3 537,9		<b>Contribution du Fonds consolidé (solde à pourvoir)</b>		
Autres services				138,5		Contribution du Fonds consolidé		14 546,5
Administration				78,1				
<b>Comptes à fins déterminées</b>						<b>Contribution du Fonds de stabilisation dédié à la santé</b>		
Joueurs pathologiques					22,0	Contribution du Fonds de stabilisation dédié à la santé		0,0
Personnes âgées en perte d'autonomie					30,0			
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>					<b>26 768,7</b>	<b>TOTAL DES REVENUS</b>		<b>26 768,7</b>

- (1) Les dépenses totales brutes de santé correspondent aux dépenses publiques, telles que votées à l'Assemblée nationale lors du dépôt annuel du budget de dépenses, auxquelles sont ajoutées les contributions des usagers et d'autres organismes au financement du système de santé et de services sociaux.
- (2) Il s'agit de la portion du transfert effectivement reçue par le Québec (i.e. la portion en espèces). Il est à noter que si le Québec ne percevait pas lui-même, à même l'impôt sur le revenu des particuliers, une portion de la contribution fédérale aux dépenses des provinces en matière de santé (r. abattement spécial du Québec<sup>1</sup>), ce transfert en espèces serait plus élevé de 1 553 M\$ en 2007-2008.
- (3) Ces revenus de transferts fédéraux sont inscrits dans les « Autres programmes » des revenus de transferts fédéraux du Fonds consolidé du revenu du gouvernement du Québec.

TABLEAU 23

Information complémentaire – Dépenses du réseau – Découpage selon les programmes-services – Vue spécifique sur les secteurs à croissance rapide – Exemple basé sur les dernières données disponibles, 2005-2006

			Croissance annuelle moyenne (en %)			
		(en M\$)	(en %)	1 an	3 ans	5 ans
<b>PROGRAMMES-SERVICES</b>		<b>10 574,2</b>	<b>74,3</b>	<b>6,6</b>	<b>5,7</b>	<b>n.d.</b>
<b>Santé physique</b>		4 972,1	35,0	10,0	6,9	n.d.
– Soins infirmiers	1 950,4			n.d.	3,3	n.d.
– Services thérapeutiques	1 778,5			n.d.	12,6	n.d.
– Services diagnostiques	970,0			n.d.	5,7	n.d.
– Autres services	180,9			n.d.	11,6	n.d.
– Services à domicile	88,8			n.d.	– 2,1	n.d.
– Ressources intermédiaires	3,5			n.d.	– 14,8	n.d.
<b>Santé mentale</b>		836,6	5,9	2,1	3,4	n.d.
<b>Santé publique</b>		237,1	1,7	7,2	13,2	n.d.
<b>Perte d'autonomie liée au vieillissement</b>		2 089,4	14,7	2,7	3,6	n.d.
– Hébergement	1 474,2			n.d.	2,4	n.d.
– Services à domicile	298,9			n.d.	7,9	n.d.
– Autres	316,3			n.d.	5,5	n.d.
<b>Déficiência intellectuelle</b>		642,6	4,5	8,9	6,3	n.d.
<b>Déficiência physique</b>		393,0	2,8	6,7	7,3	n.d.
<b>Dépendances</b>		73,7	0,5	3,1	6,7	n.d.
<b>Jeunes en difficulté</b>		850,6	6,0	3,7	3,8	n.d.
<b>Services généraux – Activités cliniques et d'aide</b>		479,2	3,4	1,2	6,2	n.d.
<b>PROGRAMMES-SOUTIEN</b>		<b>3 648,7</b>	<b>25,7</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	<b>n.d.</b>
Administration (incl. établissements)	1 077,4		7,6	n.d.	4,7	n.d.
Soutien aux services	1 239,9		8,7	n.d.	2,6	n.d.
Gestion des bâtiments	1 331,4		9,4	n.d.	4,4	n.d.
<b>DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX</b>		<b>14 222,9</b>	<b>100,0</b>	<b>5,9</b>	<b>5,2</b>	<b>n.d.</b>

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 4 juin 2007.



TABLEAU 24

Information complémentaire – Services avec contributions des usagers – Exemple basé sur les dernières données disponibles, 2005-2006

Dépenses totales (brutes)		M\$	M\$	Revenus	M\$	M\$
<b>Assurance-médicaments</b>				<b>Assurance-médicaments</b>		
Prestataires de l'aide financière de dernier recours				Prestataires d'assurance-emploi		
Avec contraintes sévères à l'emploi			404,9	Avec contraintes sévères à l'emploi		0,0
Avec contraintes temporaires <sup>(1)</sup>				Sans contraintes		15,7
Sans contraintes			139,7	Enfants		0,0
Enfants			15,5	Adhérents		
Adhérents				Moins de 18 ans		0,0
Moins de 18 ans			39,4	Plus de 18 ans aux études		0,0
Plus de 18 ans aux études			10,6	18-64 ans		545,8
18-64 ans			639,6	Personnes âgées		
Personnes âgées				Recevant SRG max <sup>(2)</sup>		1,7
Recevant SRG max			97,3	Recevant 94 % à 99 % SRG		6,7
Recevant 94 % à 99 % SRG			61,4	Recevant SRG partiel		228,6
Recevant SRG partiel			762,7	Sans SRG		428,2
Sans SRG			821,7			
<b>Dépendance, perte d'autonomie (2005-2006)</b>				<b>Contribution des usagers</b>		<b>556,4</b>
Hébergement			2 662,6	(Hébergement en CHSLD)		
Maintien à domicile			383,0	Contribution des adultes hébergés (programmation budgétaire)		510,4
Autres services			26,8	Ressources intermédiaires <sup>(3)</sup>		33,2
				Ressources de type familial <sup>(3)</sup>		7,5
				Suppléments de chambre <sup>(3)</sup>		5,3
<b>Services ambulanciers</b>			340,4	<b>Services ambulanciers</b>		<b>340,4</b>
Services pré-hospitaliers d'urgence				Contribution du MSSS		257,7
				Établissements du réseau – transport interétablissements et des personnes âgées (revenus provenant d'apparentés)		50,1
				Autres ministères principalement le MESSF pour le transport des bénéficiaires de la sécurité du revenu		10,1
				Employeurs		0,9
				Gouvernement fédéral – ministère des anciens combattants		0,7
				Particuliers et assureurs		20,9
				<b>CSST</b>		<b>139,5</b>
				Contributions au réseau public pour services rendus		
				Réseau		61,5
				RAMQ		77,9
				Transport ambulancier		0,1
				<b>SAAQ</b>		<b>55,9</b>
				Contributions au réseau public pour services rendus		
				Réseau		51,0
				Transport ambulancier		4,9
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>			<b>6 601,1</b>	<b>TOTAL DES REVENUS</b>		<b>2 318,9</b>

(1) Les PAE avec contraintes temporaires sont regroupés avec les PAE sans contraintes sévères à l'emploi.

(2) Les 65 ans et plus recevant le SRG maximal ont été exonérées de contribution en juillet 2005. Les 65 ans et plus recevant 94 à 99 % du SRG et les PAE sans contraintes sévères ont été exonérées en juillet 2007.

(3) Estimation des revenus attribuables au programme personnes âgées en perte d'autonomie.

TABLEAU 25

**Information complémentaire – Immobilisations – Santé et service sociaux – Exemple  
basé sur les dernières prévisions, 2007-2008 à 2011-2012**

(en millions de dollars)

	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	Total
<b>Maintien d'actifs</b>						
– Immobilier, mobilier et équipements	630,5	715,3	805,8	838,7	853,8	
– Résorption du déficit d'entretien		202,1	202,1	202,1	202,1	
	630,5	917,4	1 007,9	1 040,8	1 055,9	4 652,5
<b>Nouvelles initiatives</b>						
– CHUM		95,4	238,4	477,0	143,1	
– CUSM		95,5	238,6	477,4	143,2	
– CHU Sainte-Justine	25,8	64,6	129,3	28,2		
– CHU Sherbrooke	23,3	23,3	41,5			
– Inforoute Santé	45,0	30,0	33,5			
– Projets en RI – Inforoute volet établissements	50,0	50,0	50,0			
– CHSLD – 1 000 lits en PPP	17,5	37,5	51,5	32,5	7,5	
– Autres projets	630,8	621,6	1 028,2	1 097,6	286,3	
	792,4	739,1	1 163,2	1 130,1	293,8	4 118,6
<b>TOTAL</b>	<b>1 422,9</b>	<b>1 656,5</b>	<b>2 171,1</b>	<b>2 170,9</b>	<b>1 349,7</b>	<b>8 771,1</b>

TABLEAU 26

**Information complémentaire – Mesures fiscales spécifiques à la santé,  
aux aînés et aux aidants naturels – Exemple basé sur les dernières  
données disponibles, 2005 à 2008**

(en millions de dollars)

	2005	2006 <sup>P</sup>	2007 <sup>P</sup>	2008 <sup>P</sup>
<b>Dépenses fiscales spécifiques à la santé</b>				
Crédit d'impôt non remboursable pour frais médicaux	298	334	351	368
– Moins de 65 ans	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
– 65 ans ou plus	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Crédit d'impôt remboursable pour frais médicaux	23	30	31	33
Crédit d'impôt pour personne ayant une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques	24	18	19	19
<b>Dépenses fiscales en faveur des aînés et des aidants naturels</b>				
Crédit d'impôt remboursable pour maintien à domicile d'une personne âgée	91	104	191	204
Crédit d'impôt remboursable pour aidants naturels <sup>(1)</sup>	17	37	38	38
Crédit d'impôt remboursable pour les personnes qui accordent un répit aux aidants naturels	—	—	5	10

P : Projection.

(1) Incluant le crédit d'impôt remboursable pour l'hébergement d'un parent, lequel a été remplacé en 2006.

Source : Ministère des Finances du Québec, *Dépenses fiscales*, édition 2007.

## CHAPITRE 17 – UNE LOI INADAPTÉE : LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

Dans le mandat qu'il a confié au groupe de travail, le gouvernement demande un examen des « modifications qui pourraient être suggérées [...] à la *Loi canadienne sur la santé* (L.R.C. 1985, ch. C-6) »<sup>192</sup> <sup>193</sup>

Le groupe de travail a donc procédé à une réflexion concernant cette loi, en s'appuyant à cette fin sur un avis produit à sa demande<sup>194</sup>.

- La *Loi canadienne sur la santé* est avant tout une loi financière, énonçant certains principes à respecter – à défaut de quoi les provinces sont sanctionnées quant aux transferts fédéraux qu'elles reçoivent au titre de la santé.
- Contestée par le gouvernement du Québec, la *Loi canadienne sur la santé* gêne en fait l'évolution dans la définition des systèmes publics de santé des provinces canadiennes.
- Cette loi devra, tôt ou tard, être adaptée aux réalités d'aujourd'hui.

### 17.1 Le contenu de la *Loi canadienne sur la santé*

En 1984, le parlement canadien adoptait la *Loi canadienne sur la santé*. Les principes fondateurs de cette loi reprenaient ceux énoncés dans les deux lois fédérales de 1957 sur l'assurance hospitalisation et de 1966 sur les soins médicaux.

La *Loi canadienne sur la santé* énonce cinq critères auxquels les régimes des provinces doivent se conformer pour recevoir la participation financière du gouvernement fédéral – soit la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.

Lors de son adoption, la *Loi canadienne sur la santé* avait pour objectif explicite d'interdire le paiement de contributions par les usagers et la facturation par les médecins d'honoraires, en plus de ceux couverts par les régimes provinciaux. Depuis son adoption, cette loi n'a jamais fait l'objet de modifications significatives.

---

<sup>192</sup> Voir ci-dessus, page 2.

<sup>193</sup> La *Loi canadienne sur la santé* repose, sur le plan du droit constitutionnel, sur le pouvoir général de dépenser que prétend posséder le parlement canadien. Dès le départ, le Québec s'est opposé à son adoption. Le gouvernement du Québec considère que le système de santé et le régime d'assurance maladie du Québec relèvent de sa compétence exclusive, et qu'il lui revient d'exercer lui-même la maîtrise d'œuvre à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur son territoire, et ce, en fonction du cadre législatif et réglementaire du Québec.

<sup>194</sup> Patrick MOLINARI, *L'interprétation de la Loi canadienne sur la santé : repères et balises*, novembre 2007.

Le gouvernement fédéral a toutefois saisi cette occasion pour introduire, par le truchement des cinq critères, un contrôle serré sur les régimes provinciaux d'assurance hospitalisation et de soins médicaux et sur leur fonctionnement.

### **La Loi canadienne sur la santé**

La *Loi canadienne sur la santé* est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1984. Elle vise à établir les critères et conditions en vertu desquels le gouvernement fédéral est autorisé à octroyer et à verser « *une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés [...] en vertu de la Loi d'une province* ».

Les services de santé assurés, tels que définis par la *Loi canadienne sur la santé*, comprennent tous les services hospitaliers nécessaires et tous les services médicaux nécessaires fournis par un médecin ainsi que les services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui ne peuvent être fournis convenablement que dans un hôpital.

Le gouvernement fédéral verse le plein montant de sa contribution monétaire lorsque le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire se conforme aux cinq critères définis dans la *Loi canadienne sur la santé* :

- gestion publique : le régime doit être géré sans but lucratif par une autorité publique qui relève du gouvernement provincial et est assujettie à la vérification de ses comptes et de ses obligations financières;
- intégralité : le régime doit assurer tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes et, sur autorisation, les services de santé fournis par les autres professionnels de la santé;
- universalité : toutes les personnes assurées d'une province ont droit aux services de santé dispensés dans le cadre du régime selon des modalités uniformes;
- transférabilité : lorsqu'une personne s'établit dans une autre province, la province d'origine doit assumer les coûts des services de santé assurés pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence, délai qui ne doit pas excéder trois mois;
- accessibilité : le régime doit prévoir des services assurés selon des modalités uniformes et l'accès des assurés aux services de santé assurés doit être satisfaisant, sans y faire obstacle, directement ou indirectement, par un mécanisme de facturation ou autrement; le régime doit également prévoir une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour les services assurés qu'ils fournissent ainsi que le versement de montants aux hôpitaux, relativement au coût des services de santé assurés.

La *Loi canadienne sur la santé* s'inspire en fait d'une conception centralisatrice du fédéralisme qui n'a plus sa place aujourd'hui. Selon cette conception, les gouvernements des provinces seraient susceptibles, en l'absence d'un cadre fédéral, d'adopter des mesures contraires aux intérêts de leurs citoyens – ce qui lui donne son caractère excessif.

— Le ministre fédéral de la santé et le gouvernement canadien, qui n'ont pas à composer avec les problèmes difficiles et complexes inhérents aux systèmes de santé, ont la mission de garder les gouvernements des provinces dans l'orthodoxie et dans le droit chemin tracé il y a quelque cinquante ans.

- En s'appuyant sur la loi, le gouvernement fédéral peut réduire et même annuler la contribution fédérale à une province, s'il juge qu'il y a eu manquement à l'un des critères de la loi.
- Sur le plan juridique<sup>195</sup>, la *Loi canadienne sur la santé* ne confère aux personnes aucun droit dont elles pourraient se prévaloir pour obtenir que leur province de résidence adopte les mesures destinées à leur donner accès aux services de santé qui seraient conformes à la loi canadienne.
- De leur côté, les provinces demeurent entièrement libres, sous réserve des droits constitutionnels de leurs citoyens, de légiférer comme elles l'entendent pour tout ce qui est exclu du champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

## 17.2 Une loi qui gêne l'évolution des systèmes de santé

Cette loi contestée par le gouvernement du Québec a eu pour effet de gêner toute évolution des systèmes de santé, dans les provinces canadiennes.

Depuis 1984, les systèmes de santé des provinces ont été étroitement encadrés par l'interprétation aléatoire des cinq critères de la loi fédérale. Au Québec, comme dans le reste du Canada, notre système de santé n'a que peu évolué, surtout lorsqu'on le compare aux systèmes de santé de la grande majorité des pays occidentaux.

- L'assurance hospitalisation a été introduite en 1960 et a été suivie en 1970 par la couverture des soins médicaux. Dans les deux cas, il s'est agi pour les citoyens d'une couverture complète à 100 % des soins hospitaliers et médicaux. L'objectif était de couvrir par bloc et de façon intégrale, étape par étape, les autres soins et services – tels les soins dentaires, les médicaments, les soins à domicile et la physiothérapie.
- Or, devant la hausse plus rapide qu'anticipée des coûts des soins hospitaliers et médicaux, ce scénario ne s'est jamais matérialisé. De fait, seuls les frais des soins hospitaliers et médicaux sont demeurés protégés par la loi fédérale. Certains services de radiologie en clinique médicale ont même été désassurés.

À bien des points de vue, les fondements des systèmes de santé des provinces sont demeurés les mêmes qu'à l'origine, malgré les changements profonds dans les connaissances, les technologies, les modes de dispensations des soins et les attentes des personnes.

La *Loi canadienne sur la santé* constitue aujourd'hui une négation de l'évolution des soins de santé à une époque où les médicaments, les soins de première ligne

<sup>195</sup> Selon l'étude juridique effectuée à la demande du groupe de travail, Patrick MOLINARI, *L'interprétation de la Loi canadienne sur la santé : repères et balises*, op. cit.

et les soins ambulatoires sont partout reconnus comme des solutions plus efficaces et efficientes que l'hospitalisation.

À titre d'exemple, tous les frais inhérents à une intervention en milieu hospitalier sont couverts alors qu'ils ne le sont pas si l'intervention a lieu hors de l'hôpital. La *Loi canadienne sur la santé* privilégie ainsi indûment les soins hospitaliers par rapport aux soins ambulatoires.

## ❑ De nombreux effets pervers

Les effets pervers découlant de la *Loi canadienne sur la santé* sont nombreux.

- La loi exige que l'accès aux soins hospitaliers et médicaux ne soit pas obstrué par des obstacles financiers. Elle privilégie ainsi les seuls soins hospitaliers et médicaux par rapport aux autres formes de soins. À l'ère des soins ambulatoires, des soins primaires et du maintien à domicile, la couverture exclusive de l'hospitalisation continue de placer la priorité là où elle ne doit pas être.
- L'expérience d'un grand nombre de pays est à l'effet qu'il est possible de corriger certains profils indésirables de consommation de soins par l'imposition de contributions ciblées, ou tickets orienteurs, payables par les usagers. La *Loi canadienne sur la santé* interdit catégoriquement une telle voie. Pourtant, l'Organisation mondiale de la santé recommande que soient définies les obligations des individus de participer aux frais en contrepartie de leurs droits aux prestations.
- Le principe de l'intégralité, un des cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*, produit également des effets indésirables. Selon ce principe, un régime provincial doit couvrir tous les services de santé médicalement requis fournis par les hôpitaux et les médecins. Ce principe, tel que défini, ne semble pas permettre la remise en question de l'efficacité et de l'efficience de certains de ces soins.

Ainsi en est-il de la désassurance ou de l'exclusion de la couverture de certains soins courants pour des affections mineures qui pourraient constituer un moyen tout à fait justifié de réduire les coûts du système et de redéployer les fonds vers des besoins essentiels.

## ❑ Le caractère imprécis de la *Loi canadienne sur la santé*

Plusieurs analystes ont signalé au cours des années le caractère imprécis de la *Loi canadienne sur la santé*, qui a pour effet d'ouvrir la porte à des interprétations arbitraires.

Selon la *Loi canadienne sur la santé*, l'administration du régime doit être gérée par une autorité sans but lucratif. Comme la *Loi canadienne sur la santé* ne dit rien au sujet des différentes autres composantes du système, toutes les interprétations à leur sujet sont possibles.

Ainsi, il y a quelques années, le gouvernement de l'Alberta a voulu favoriser le développement d'une plus large gamme de services dans des cliniques médicales privées, conformément au concept largement reconnu des soins ambulatoires. Pour bloquer ce développement, les adversaires de cette initiative ont invoqué avec succès le fait que les cliniques n'étaient pas sans but lucratif. Pourtant, la loi est silencieuse sur une telle question.

Ce n'est pas la première fois que l'imprécision de la *Loi canadienne sur la santé* est dénoncée. Ainsi, le rapport de la Commission Clair déplorait l'imprécision de la *Loi canadienne sur la santé* dans les termes suivants : « Il n'est pas surprenant qu'au Québec, comme ailleurs au Canada, il n'y ait plus personne qui sache au juste quels sont réellement les services assurés, dans quel délai, par qui et dans quelles circonstances ils doivent être produits, sans recourir à un juriste »<sup>196</sup>.

## 17.3 La nécessaire adaptation de la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* sanctionne des orientations à la fois légitimes et souhaitables, alors que l'accent devrait être clairement placé sur l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins, la productivité du système, l'utilisation efficiente des énormes ressources consacrées à la santé, la motivation des personnels à tous les niveaux et l'innovation.

En voulant protéger l'intégrité des systèmes de santé des provinces conçus il y a plus de quarante ans, la *Loi canadienne sur la santé* en a freiné l'évolution à tel point que le Canada, dans son ensemble, est à bien des égards en retard en matière de soins de santé sur la plupart des pays.

Le groupe de travail est convaincu que les orientations proposées dans son rapport respectent non seulement l'esprit des cinq critères de la *Loi canadienne sur la santé*, mais qu'elles auraient pour effet d'améliorer l'accès et la qualité des soins.

---

<sup>196</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations*, 2000, page 134.



Les dispositions inadaptées et indûment contraignantes de la *Loi canadienne sur la santé* devraient faire place à un cadre souple favorisant l'adaptation des systèmes de santé des provinces, fondé sur le respect de leur compétence en la matière. Le fait que cette loi ait acquis un statut spécial auprès de la population canadienne ne constitue pas un motif valable pour éviter sa modernisation.

## CONCLUSION

Au terme de son rapport, le groupe de travail souhaite revenir sur la nature des orientations qu'il propose et sur l'esprit avec lequel ont été formulées les différentes recommandations et propositions transmises au gouvernement.

### Des principes respectés

Le groupe de travail ne remet en cause aucun des principes fondamentaux du régime.

Dans le mandat qu'il lui a confié, le gouvernement spécifiait que les recommandations présentées devaient être compatibles avec le maintien d'un régime public de santé fort, la protection des plus démunis – notamment l'accès aux soins, peu importe leur statut social et leur niveau de revenus –, et le maintien de critères de qualité élevés, autant pour le secteur public que pour la prestation privée.

Le groupe de travail est persuadé que c'est le cas. En fait, les différentes recommandations ont été formulées avec l'idée d'assurer la pérennité d'un système de santé construit sur de tels principes.

Dans le cadre du contrat social qu'il propose, le groupe de travail identifie ainsi des changements qui s'inscrivent, sur le plan des principes, dans la continuité d'efforts déjà entrepris et de virages déjà engagés.

### Des changements profonds et ordonnés

Ces changements sont cependant majeurs. Le groupe de travail trace la voie à des transformations profondes, par rapport à nos façons de faire actuelles et aux obligations de chacun des citoyens vis-à-vis le système de santé. Elles s'inspirent des meilleures pratiques observées à travers le monde.

Le groupe de travail recommande qu'elles soient mises en œuvre de façon ordonnée et progressive, en retenant à cette fin un horizon de cinq à sept ans.

### S'adapter aux réalités du XXI<sup>e</sup> siècle

Pour le groupe de travail, le principal défi que nous avons à relever collectivement est d'adapter notre système de santé aux réalités et au contexte du XXI<sup>e</sup> siècle, en tenant compte des évolutions démographiques en cours, des changements technologiques présents et à venir, ainsi que des réalités politiques et sociales caractérisant notre collectivité et notre environnement.

La mondialisation est l'une de ces réalités nouvelles que nous devons intégrer dans notre vision du système de santé, comme dans la plupart des secteurs de l'activité humaine.

### **L'équilibre entre les droits et les obligations**

La vision que le groupe de travail propose est stimulante et motivante, mais elle suppose des engagements nouveaux pour chacun des acteurs de la société.

Le groupe de travail est persuadé que dans le secteur de la santé comme dans bien d'autres domaines, nous avons des droits et des obligations.

Un équilibre doit être atteint entre ce que nous demandons à la collectivité et ce que nous souhaitons en recevoir, entre ce que nous sommes prêts à lui offrir et ce que nous attendons d'elle. Le groupe de travail souhaite que la vision qu'il dessine et les orientations qu'il propose respectent cet équilibre.

### **L'urgence d'agir**

Le groupe de travail est enfin persuadé que dans le secteur de la santé, il y a urgence d'agir.

Le Québec est confronté à un défi qui interpelle également les autres pays développés. Nous avons cependant tardé à introduire certaines innovations, à engager certains changements, en courant le risque d'être acculés bientôt à des remises en causes beaucoup plus radicales, que nous serions contraints d'opérer contre notre volonté.

Nous pouvons maintenir un système de santé qui traduit notre vision de la vie en société et les principes auxquels nous sommes attachés, à condition d'agir vite et avec détermination.

Cet effort collectif ne pourra cependant être entrepris que dans la mesure où les citoyens y adhèrent et partagent cette même vision des choses. Le groupe de travail espère que ce rapport et les réflexions dont il est l'aboutissement y contribueront directement.

## **ANNEXE 1**

### **LES RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL**



## **❑ Définir un objectif central**

Le groupe de travail considère que le Québec doit assurer la pérennité du système public de santé en augmentant sa productivité et en ajustant la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, et cela, tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services.

## **❑ La cible proposée**

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que le gouvernement se fixe comme objectif, sur un horizon de cinq à sept ans, de réduire la croissance des dépenses publiques de santé de manière à ce que celle-ci n'excède pas le taux de croissance de la richesse collective.

## **❑ La révision de la couverture actuelle du système public**

### Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement de procéder à une révision systématique et structurée de la couverture publique sur une base continue, en se dotant à cette fin d'un mécanisme permanent, crédible et légitime.

## **❑ Vivre en santé et réduire les coûts grâce à la prévention**

### Proposition

*Le groupe de travail encourage le gouvernement à poursuivre les efforts engagés dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé.*

## **❑ Une clinique de santé de première ligne pour tous au Québec**

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que le gouvernement accélère le déploiement de cliniques de santé, de façon à assurer à chaque Québécois l'accès à un médecin de famille.

Ce déploiement devrait être réalisé sur un horizon de cinq ans.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement de donner aux cliniques de santé ayant conclu une entente avec l'agence régionale le droit de percevoir annuellement une cotisation auprès des patients inscrits.

## ❑ Des innovations pour l'accès aux soins

### Recommandation

Le groupe de travail recommande qu'un médecin puisse être autorisé à exercer selon une pratique mixte, à l'intérieur des limites prescrites et sous condition d'une entente avec son établissement<sup>197</sup>.

### Proposition

*Le groupe de travail propose que la loi autorise le recours à l'assurance privée pour des services déjà couverts par le régime public<sup>198</sup>.*

### Proposition

*Le groupe de travail propose que les initiatives relativement au rôle du secteur privé et celles découlant des gestes déjà posés par le gouvernement soient évaluées sur un horizon de cinq ans.*

## ❑ Le vieillissement de la population

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que soit engagée une réflexion collective sur les répercussions du vieillissement de la population, sur le moyen et le long terme.

## ❑ La perte d'autonomie et le maintien à domicile

### Recommandation

Le groupe de travail recommande :

- que, à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie, le gouvernement accorde la priorité au maintien à domicile et qu'à cette fin, il soutienne dans ce secteur un niveau élevé d'investissement;
- que les soins médicaux, infirmiers et spécialisés couverts à domicile le soient de manière universelle par le régime public et que les autres services de maintien à domicile, pour l'assistance à la vie quotidienne et l'aide domestique, soient l'objet d'une couverture graduée en fonction du degré de dépendance, de la nature du service et de la capacité de payer (dans tous les cas, les plus démunis devraient être protégés).
- que l'admissibilité à un crédit d'impôt fasse l'objet d'un test de revenus.

---

<sup>197</sup> Cette recommandation fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne, voir annexe 3, page 297.

<sup>198</sup> Cette proposition fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne, voir annexe 3, page 297.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux confie en concession, aux ressources appropriées, l'opération des CHSLD à l'intérieur d'un horizon de cinq ans.

## **❑ Des médicaments mieux utilisés dont le coût est contrôlé**

### Proposition

*Le groupe de travail propose au gouvernement de resserrer les règles relatives à l'application des mesures d'exception prévues au Régime général d'assurance médicaments en tenant compte impérativement des avis du Conseil du médicament.*

*Le groupe de travail propose également que soit confiée à un seul organisme l'autorité sur l'ensemble des avis émis au sein du système de santé sur la valeur thérapeutique et le rapport coût-efficacité des médicaments.*

### Recommandation

Le groupe de travail recommande de modifier les paramètres du Régime public d'assurance médicaments de manière à ce que les adhérents assument l'intégralité du coût du régime pour leur groupe d'assurés.

## **❑ La gouvernance : des changements à poursuivre, une nouvelle culture à implanter**

### Recommandations

Le groupe de travail recommande que la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux soit recentrée sur l'établissement de la politique et des objectifs de santé, la définition des services assurés, l'établissement de standards nationaux, l'allocation des ressources aux fins d'immobilisation et de fonctionnement entre les agences régionales, l'établissement des indicateurs de performance, et l'évaluation et l'agrément par l'intermédiaire des organismes désignés.

Le groupe de travail recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux se désengage de la production des soins proprement dite.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement que les agences régionales aient pour mission de traduire la politique et les priorités nationales en stratégies d'implantation sur leurs territoires, en tant qu'acheteurs de services auprès des fournisseurs de soins et de services, et qu'elles bénéficient à cette fin d'une large autonomie.



### Recommandation

Le groupe de travail recommande que les CSSS et les autres établissements bénéficient d'un large degré d'autonomie et des moyens d'assumer leurs responsabilités, et qu'en contrepartie, ils soient pleinement responsables de leur gestion.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que les cliniques de santé soient pleinement responsables de leurs ressources financières et de leur personnel professionnel et technique et qu'en contrepartie, elles soient entièrement imputables de leur gestion.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que le système de santé soit fondé sur les droits et obligations de tous les intervenants, y compris les médecins, au moyen d'ententes contractuelles.

### Recommandations

Le groupe de travail recommande que chaque agence régionale et chaque établissement soit chapeauté par un conseil d'administration, dont la responsabilité est d'assurer une gestion efficace des ressources qui leur sont confiées.

À cette fin, le groupe de travail recommande que les conseils d'administration soient composés d'un nombre limité de membres indépendants, choisis en raison de leur compétence, et qu'ils soient rémunérés.

### Recommandations

Le groupe de travail recommande qu'un programme bien structuré, complet et systématique soit mis en place afin d'évaluer la performance des établissements par rapport aux objectifs de santé ainsi qu'aux points de vue clinique et économique – ce programme évaluant également la satisfaction des patients.

Le groupe de travail recommande de plus que les résultats des évaluations soient publicisés périodiquement.

### Proposition

*Le groupe de travail considère que la mise en œuvre de projets de démonstration visant à tester d'autres modes de gestion d'hôpitaux permettrait d'identifier de nouvelles voies fructueuses et d'effectuer d'intéressantes comparaisons au niveau de l'efficacité et de la performance à différents niveaux<sup>199</sup>.*

---

<sup>199</sup> Cette proposition fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne, voir annexe 3, page 297.

## ❑ Une allocation des ressources incitative et stratégique

### Recommandation

Le groupe de travail recommande que pour le financement des établissements, la méthode des budgets historiques soit remplacée par la méthode de l'achat de services.

### Proposition

*Le groupe de travail propose que l'implantation de la méthode de l'achat de services soit effectuée de manière progressive, en commençant par une région pilote, afin de laisser un temps suffisant à la formation et à l'acquisition des outils d'information nécessaires.*

## ❑ Une organisation du travail dynamique et efficace

### Recommandations

Le groupe de travail recommande que le gouvernement incite et encourage les établissements du secteur de la santé à remplacer la culture bureaucratique et centralisée actuelle par une organisation du travail dynamique.

Le groupe de travail recommande que le gouvernement octroie un budget dédié à tout établissement qui présente un programme de renouveau de l'organisation du travail.

L'implantation de cette nouvelle organisation du travail pourrait être soutenue par les fondations et fonds d'investissement intervenant dans le domaine de la santé.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande qu'en dépit de l'appel récemment porté contre le jugement de la Cour supérieure sur la loi 30, le gouvernement et les syndicats engagent un dialogue dans le but de créer à tous les niveaux une dynamique positive des relations de travail, fondée sur le respect mutuel des parties en cause.

## ❑ Un organisme crédible et indépendant pour assumer un rôle stratégique : l'Institut national d'excellence en santé

### Recommandation

Le groupe de travail recommande le regroupement, au sein d'un Institut national d'excellence en santé, du Conseil du médicament du Québec, de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et du Commissaire à la santé et au bien-être, afin de confier à un organisme indépendant et crédible un rôle stratégique à l'égard de la pertinence et de la qualité des services de santé.

L'Institut devrait notamment :

- Formuler périodiquement des recommandations sur la composition du panier des services assurés par le régime public.
- Évaluer les nouvelles technologies de la santé, incluant les médicaments, pour en recommander l'inclusion sur la Liste des médicaments ou dans le panier des services assurés.
- Réviser la pertinence de conserver dans la Liste et dans le panier des services assurés les technologies et les médicaments actuellement couverts.
- Assurer une vigie des nouvelles technologies et des nouveaux modes d'intervention apparaissant sur le marché afin d'identifier les plus pertinents.
- Produire des protocoles cliniques et des guides de pratique.

#### Proposition

*Le groupe de travail propose au gouvernement de prendre des mesures appropriées afin de favoriser l'émergence de la discipline de l'économie de la santé, par le soutien à des centres ou des chaires de recherche spécialisés dans ce domaine.*

### **❑ Les nouvelles technologies de l'information, au service du patient et du gestionnaire**

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande que le Dossier de santé du Québec ne soit déployé qu'une fois que l'expérience pilote aura été effectuée dans une région du Québec et ses résultats analysés. Il importe qu'une attention particulière ait été portée à la gestion du changement.

#### Recommandation

Le groupe de travail appuie la démarche engagée par le gouvernement afin de ne plus réclamer le consentement explicite du patient (l'« opting in ») et de le remplacer par un mécanisme explicite d'exclusion (l'« opting out »). Il recommande que cette démarche soit menée à terme.

#### Recommandation

Le groupe de travail recommande que la priorité soit placée sur le déploiement du dossier patient électronique dans chacun des établissements et dans les cliniques de santé.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande la création, au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la fonction de responsable de la planification, de l'établissement des normes et des standards et du déploiement des technologies de l'information dans l'ensemble du système de santé, y compris la Régie de l'assurance maladie du Québec et les établissements.

## **❑ Des sources de revenus durables et diversifiées**

### Recommandation

Le groupe de travail recommande de combler l'écart entre la hausse des dépenses publiques de santé et la croissance de la richesse collective par de nouvelles sources de revenus dédiées à la santé, et cela dès l'exercice 2008-2009.

Le groupe de travail recommande qu'à cette fin, le gouvernement crée, à compter de l'exercice 2008-2009, un Fonds de stabilisation dédié à la santé, alimenté à partir de sources de revenus elles-mêmes dédiées, soit :

- le produit d'une franchise modulée en fonction de l'utilisation des services médicaux et du revenu familial;
- un pourcentage de la taxe de vente du Québec.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande la mise en place d'une franchise à compter de l'exercice 2009-2010, dont le montant dépendrait du nombre de visites médicales effectuées durant l'année précédente. La franchise serait calculée et plafonnée en fonction du revenu des ménages. Les familles à faible revenu en seraient exemptées.

La franchise serait utilisée pour orienter l'utilisation des services médicaux dans la direction considérée comme la plus appropriée. À cette fin, le gouvernement définirait les critères retenus concernant la nature des visites médicales prises en compte dans la franchise ainsi que le coût de chaque visite médicale imputé dans le calcul de la franchise.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement d'augmenter la taxe de vente du Québec d'un demi-point ou d'un point de pourcentage, et de verser le montant ainsi obtenu au Fonds de stabilisation dédié à la santé.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande de résoudre la question des frais accessoires de la façon suivante :

- Les frais accessoires pour les cliniques de santé de première ligne devraient être supprimés, dans le cadre d'une entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens et le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Dans les cliniques médicales associées, les frais entourant la dispensation des services devraient être inclus dans les ententes négociées entre l'établissement et la clinique médicale.
- Dans les cliniques médicales spécialisées, les frais accessoires actuels devraient être remplacés par un régime de tarification établi conjointement par le gouvernement et par les fédérations médicales.

### Recommandation

Le groupe de travail recommande la mise en œuvre d'un programme permanent de réévaluation des frais administratifs et de révision de la tarification des services.

## ☐ **Le compte santé**

### Proposition

Le groupe de travail propose donc :

- que le ministère de la Santé et des Services sociaux produise chaque année un compte santé,
- que ce compte santé soit déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux à l'Assemblée nationale,
- qu'une séance spéciale d'une commission parlementaire de l'Assemblée nationale porte exclusivement sur le compte santé.

## **ANNEXE 2**

### **SOMMAIRE DE PLUSIEURS PROPOSITIONS DE RATIONALISATION**

## **□ Un sommaire de plusieurs propositions de rationalisation**

Le groupe de travail a identifié certains programmes et situations qui devraient faire l'objet de changements, d'une rationalisation ou d'une réduction des coûts administratifs. Des recommandations ou des propositions ont été formulées à cette fin.

Le potentiel est élevé. Selon les décisions qui pourraient être prises, il pourrait s'élever à plus de 500 millions de dollars par année.

TABLEAU 27

**Évaluation sommaire de scénarios de révision des frais administratifs et de tarification examinés par le groupe de travail**  
(présentée à titre illustratif)

Description	Réduction des dépenses M\$	Augmentation des revenus M\$
<b>A. Administration du système de santé</b>		
➤ Revoir la gouvernance du système de santé (MSSS et agences régionales).	50	
<b>B. Services préhospitaliers d'urgence</b>		
➤ Augmenter les tarifs dans le transport ambulancier. Actuellement, le coût d'utilisation d'un service ambulancier s'élève à 125 \$ (en vigueur depuis 1997) plus 1,75 \$ par kilomètre parcouru (en vigueur depuis 1989), sauf pour les personnes âgées de 65 ans et plus pour qui le service est gratuit. Actuellement, ces tarifs permettent d'assumer environ 25 % du coût réel du transport ambulancier. À titre d'exemple, la révision du tarif pourrait prendre l'une ou l'autre des formes suivantes :	Entre 15 et 100*	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexer les tarifs en fonction de l'indice des prix à la consommation pour les années passées, soit à partir de 1997 pour le tarif de base et de 1989 pour le tarif par kilomètre parcouru, et maintenir la gratuité pour les personnes âgées;</li> <li>• Augmenter le tarif de façon à couvrir le coût réel du régime et fixer une contribution minimum par transport pour les prestataires de l'aide sociale et les personnes âgées;</li> <li>• Appliquer le coût réel pour les usagers corporatifs et fixer une contribution minimum par transport pour les prestataires de l'aide sociale et les personnes âgées.</li> </ul>		
<b>C. Mesures fiscales</b>		
➤ Introduire un test de revenus pour les crédits d'impôt pour le maintien à domicile et les aidants naturels. Cette proposition consisterait à rendre réductibles les crédits d'impôt remboursables pour maintien à domicile d'une personne âgée et pour aidants naturels. Le crédit serait réduit à raison d'un taux de 3 % pour chaque dollar de revenu familial qui excède 29 645 \$.		45
▪ <b>Médicaments</b>		
➤ Faire en sorte que les adhérents au régime public assument la totalité du coût de leur participation au régime d'assurance médicaments (voir chapitre 9).	211*	
<b>E. Services de maintien à domicile</b>		
➤ Introduire une contribution des usagers en fonction de leurs revenus pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD). Une contribution des usagers en fonction de leur capacité de payer pourrait être exigée pour les AVQ (se laver, se nourrir, s'habiller, entretenir sa personne, etc.) et les AVD (entretenir la maison, préparer les repas, faire la lessive, etc.).	Entre 25 et 75*	
<b>TOTAL</b>	Entre 301 et 436	45

\* Ces propositions entraîneraient une augmentation des revenus dans le réseau de la santé et des services sociaux (établissements, transporteurs ambulanciers, GMF, etc.), mais elles se traduiraient par une diminution équivalente des dépenses du gouvernement.





## **ANNEXE 3**

### **LA POSITION DISSIDENTE**



*Le Groupe de travail sur le financement du système de santé n'a pu faire l'unanimité sur l'ensemble des recommandations et propositions présentées dans le rapport. Une position dissidente a été enregistrée par M. Michel Venne sur trois points précisément identifiés dans le rapport. Cette position est expliquée dans la présente annexe.*

## **Concentrer nos efforts sur le système public**

Au terme du mandat du Groupe de travail sur le financement du système de santé, je me sens l'obligation d'exprimer mon désaccord avec trois points précis du rapport, tous reliés au rôle du secteur privé.

Après plusieurs mois de recherche, de débats et de réflexions au sein du groupe de travail, j'en suis arrivé en effet à la conclusion qu'il est inopportun de permettre, en ce moment, de plus larges ouvertures au secteur privé que celles déjà prévues dans les services de santé au Québec.

J'exprime ainsi ma dissidence à l'endroit d'une recommandation et de deux propositions.

- Je m'oppose à la levée de l'interdiction qui est faite aux médecins de pratiquer à la fois dans le système public et dans le système privé, ce que l'on appelle le décroisement de la pratique médicale<sup>200</sup>.
- Je suis également en désaccord avec une ouverture plus grande sur l'assurance privée<sup>201</sup>.
- Enfin, je me prononce contre l'idée de confier à des sociétés privées spécialisées en gestion l'administration d'hôpitaux<sup>202</sup>.

Les raisons qui motivent cette opinion sont sérieuses et bien réfléchies.

- Les trois points sur lesquels j'exprime ma dissidence constituent, à mes yeux, des accrocs à la logique d'ensemble du rapport. Ils créent une diversion et suscitent des interprétations contradictoires.
- L'interdiction faite aux médecins de pratiquer à la fois dans le système public et dans le système privé ainsi que la prohibition de l'assurance duplicative sont deux moyens importants mis à la disposition du ministre de la Santé et des Services sociaux pour contrôler le rapport entre le système public et les fournisseurs privés. Ce serait une erreur de lui enlever l'usage.
- Enfin, la résolution des problèmes de notre système de santé passe par la mobilisation des acteurs du système. Pour que cette mobilisation soit réussie,

---

<sup>200</sup> Ma dissidence porte sur toute la section 7.2.2 qui commence à la page 101 du rapport.

<sup>201</sup> Ma dissidence porte sur toute la section 7.2.3 qui commence à la page 103 du rapport.

<sup>202</sup> Ma dissidence porte sur toute la section 10.4.2 qui commence à la page 187 du rapport.

le gouvernement doit établir sans équivoque et sans arrière-pensée qu'il donne la priorité au système public. Ces trois mesures risquent d'être perçues comme un désaveu par un grand nombre d'intervenants du système public et de nuire à la mise en œuvre des solutions identifiées par le groupe de travail pour améliorer et assurer sa pérennité.

### **Un rapport pro-public**

Avant d'expliquer les motifs de ma dissidence, il m'apparaît important de cerner le message essentiel du groupe de travail.

Le rapport qui découle de nos travaux mise clairement sur la capacité du système public de poursuivre ses réformes et de satisfaire les besoins de la population. Il s'agit d'un rapport pro-public.

Le rapport du groupe de travail contient les éléments qui permettraient au système public d'avoir les moyens de ses ambitions, tout en lui imposant une discipline essentielle pour éviter une escalade des coûts.

Les recommandations du groupe de travail misent sur la mobilisation et sur le sens des responsabilités de tous les acteurs du système de santé, du patient jusqu'au ministre. Le groupe de travail propose un nouveau contrat social.

Dans le cadre de ce nouveau contrat social, le groupe de travail croit toutefois nécessaire de reconnaître et d'inclure les acteurs actuels du secteur privé dans l'offre de soins. Près de 80 % des services de médecine familiale sont dispensés par des cabinets privés. De nombreuses organisations privées, coopératives ou à but non lucratif rendent, chaque jour, des services d'une valeur inestimable pour nos concitoyens. Il est temps de favoriser une meilleure collaboration avec elles.

Pour que les objectifs établis dans le rapport du groupe de travail à l'égard du système public soient atteints et pour que la collaboration avec les fournisseurs privés soit plus harmonieuse, deux conditions doivent être réunies.

- La première condition est d'établir sans équivoque la priorité du système public.
- La deuxième condition est de mettre en place un encadrement clair de l'offre privée.

### **L'encadrement de l'offre privée**

Abordons d'abord la deuxième condition. Celle-ci est en voie d'être réalisée. Avec le déploiement des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau, le gouvernement a fixé un cadre aux services médicaux de première ligne. La loi 33 permet, de son côté, de réglementer les cliniques spécialisées et d'établir les modalités de collaboration entre elles et les hôpitaux.

Le rapport du groupe de travail contient plusieurs mesures complémentaires à cet encadrement, notamment :

- L'obligation pour les médecins pratiquant en milieu hospitalier de conclure une entente contractuelle avec leur hôpital. Ces ententes devraient fixer entre autres les conditions par lesquelles un médecin serait autorisé à compléter sa pratique hospitalière par une pratique en clinique privée.
- L'abolition des frais accessoires exigés dans les cliniques privées, qui sont sources d'abus et d'échappatoires, et leur remplacement par des sources de revenus bien contrôlées.
- L'obligation de procéder par appel d'offres pour l'octroi par un hôpital d'un contrat à une clinique médicale associée, afin que le processus soit plus transparent.
- L'évaluation systématique sur un horizon de cinq ans des initiatives relatives au secteur privé. Cette évaluation doit porter sur les coûts de ces procédures, sur leur impact pour ce qui est des ressources humaines au sein du système public et sur la qualité et la sécurité des soins prodigués.

Ma conviction est que les mesures mises en place, à quelques règles administratives près, favoriseront la collaboration souhaitée. Les règles en vigueur et celles que nous recommandons d'ajouter permettront par ailleurs, à mes yeux, un contrôle bien suffisant pour que la pratique privée ne mette d'aucune façon en péril notre système public.

### **Conserver deux instruments de contrôle**

En plus des règles que je viens d'évoquer, le ministre de la Santé et des Services sociaux dispose de deux moyens importants qui lui permettent d'exercer un contrôle sur l'équilibre entre le système public et la pratique privée. Ces deux moyens sont l'interdiction faite à un médecin de pratiquer en même temps dans les deux systèmes et la prohibition de l'assurance privée pour des soins déjà assurés par le régime public.

Le décroisement de la pratique médicale et le recours à une assurance privée duplicative sont des pratiques permises ailleurs dans le monde. En théorie, rien ne justifie qu'elles demeurent interdites au Québec. Mais nous ne vivons pas dans la théorie. Dans la pratique, ce serait une erreur de lever ces interdictions aujourd'hui.

- Les réformes engagées récemment ne sont pas arrivées à maturité. Dans certains milieux, elles suscitent encore des appréhensions.

— Par ailleurs, les ouvertures faites récemment au privé suscitent un certain appétit chez une minorité de médecins tentés de se retirer du régime public.

Or, plusieurs intervenants ont rappelé au groupe de travail les problèmes provoqués par des pénuries de médecins dans plusieurs régions du Québec, y compris, pour certaines spécialités, dans la grande région de Montréal.

Le décloisonnement de la pratique médicale couplé à l'extension de l'assurance privée inciterait d'autres médecins à se désengager au moins partiellement du système public. Cette situation aurait pour effet d'accroître les difficultés liées à la pénurie actuelle.

D'une part, la situation créée par la loi 33 est trop instable pour ajouter des motifs d'incertitude. D'autre part, ce serait une erreur d'enlever au ministre de la Santé et des Services sociaux ces deux moyens importants qui lui permettent d'exercer un contrôle sur la situation.

### **Mobiliser les acteurs du système public**

Il existe une autre raison pour laquelle j'exprime mon désaccord avec ces deux mesures. Ce motif de dissidence s'applique également à la proposition faite dans le rapport du groupe de travail et visant à confier l'administration d'hôpitaux à des sociétés privées spécialisées en gestion.

Comme je l'ai déjà mentionné, la première condition pour atteindre nos objectifs, c'est que soit reconnue sans équivoque la priorité du système public afin de mobiliser ses principaux acteurs.

Or, ces trois propositions risquent d'être perçues comme un désaveu par un grand nombre d'intervenants du système de santé.

Le rapport du groupe de travail est un appel à la mobilisation de tous les acteurs du système. Le groupe de travail leur demande de faire des efforts importants, au cours des cinq à sept prochaines années, pour rendre ce système plus productif et plus efficace. Le groupe de travail leur demande de mettre de côté les conflits qui les ont opposés et de travailler ensemble afin d'instaurer un meilleur climat de travail. Le groupe de travail les invite à un changement de culture.

Pour donner toutes les chances de succès à cette entreprise de rénovation et de mobilisation, les acteurs du système doivent sentir qu'ils ont l'appui et la confiance de leurs dirigeants.

Pour créer ce climat favorable, il faut éviter de lancer des messages contradictoires. On ne peut pas en même temps mobiliser les acteurs du système public dans une opération de grande envergure et susciter leur adhésion à un nouveau contrat social si, en même temps, on leur donne l'impression de préparer le terrain pour le secteur privé.

En particulier, la proposition qui consiste à confier à une compagnie privée l'administration d'un hôpital serait perçue comme une motion de non confiance à l'endroit des gestionnaires du système public qui sont confrontés quotidiennement à de grands défis.

### **Un appel au gouvernement**

Je crois en ce rapport.

Je souhaite que le gouvernement et les différents acteurs du secteur de la santé y adhèrent et le mettent en œuvre. Il faut d'urgence améliorer notre système public, le rendre plus efficace, y faire les choix les plus appropriés pour assurer l'accès de la population aux services auxquels elle est en droit de s'attendre, notamment que chaque Québécois puisse avoir un médecin de famille.

Dans cette opération, le secteur privé peut jouer un rôle à certaines conditions. Mais il serait improductif d'aller au-delà de ce qui a déjà été entamé à cet égard.

J'invite donc le gouvernement à prendre en considération les éléments évoqués dans cette position dissidente. Mon souhait est que, très rapidement et sans équivoque, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonce le rejet des trois propositions qui auraient pour effet d'élargir, au-delà de ce qui est déjà prévu, le rôle du secteur privé dans les services de santé.

Il affirmerait ainsi clairement la priorité à donner aux solutions identifiées par le groupe de travail pour améliorer et assurer la pérennité du système public. Il inviterait du même coup la population et les acteurs du système à concentrer leur attention sur ces propositions.

Le rôle du secteur privé n'est pas le principal problème du système de santé au Québec. Son accroissement ne serait pas non plus la solution aux difficultés auxquelles nous sommes confrontés.

Les solutions aux problèmes du système public se trouvent essentiellement dans le système public. C'est à lui qu'il faut s'intéresser. C'est à son sujet que les débats devraient être consacrés.

### **Un souci de cohérence**

Ce rapport est un rapport pro-public. Les trois points sur lesquels j'exprime une dissidence créent de la diversion en regard de notre message principal. C'est l'incertitude créée par la présence de ces trois propositions qui m'oblige aujourd'hui à exprimer ma dissidence à leur sujet.

J'espère que cette opinion dissidente permettra d'éclairer mes concitoyens sur le sens profond du rapport.

Michel Venne

Vice-président du Groupe de travail sur le financement du système de santé

Montréal, le 8 février 2008





## **ANNEXE 4**

### **LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL ET L'ÉQUIPE DE SOUTIEN**



## **❑ Les membres du Groupe de travail sur le financement du système de santé**

Claude Castonguay, président

Joanne Marcotte, vice-présidente

Michel Venne, vice-président

## **❑ Ministère des Finances**

*Brian Girard*, secrétaire et sous-ministre adjoint aux Politiques économiques et fiscales

*Pierre Côté*, secrétaire adjoint et directeur à la Direction de l'analyse des politiques et de l'information budgétaire

*Alain Boisvert*, conseiller à la Direction de l'analyse des politiques et de l'information budgétaire

*Gisèle Gauthier*, secrétaire principale, bureau du sous-ministre adjoint aux Politiques économiques et fiscales

## **❑ Ministère de la Santé et des Services sociaux**

*Jacques Cotton*, sous-ministre adjoint, Direction générale de la coordination, du financement, de l'équipement et des ressources informationnelles

*Hung Do*, directeur à la Direction des politiques et du système financier

## **❑ Ministère du Conseil exécutif**

*Jean-Pierre Pellegrin*, secrétaire adjoint, responsable de la Direction des politiques publiques et des prospectives, Secrétariat aux priorités et aux projets stratégiques

*Claire Fecteau*, technicienne en administration à la Direction des politiques publiques et des prospectives, Secrétariat aux priorités et aux projets stratégiques

*Julie Morissette*, secrétaire principale à la Direction des politiques publiques et des prospectives, Secrétariat aux priorités et aux projets stratégiques

## **❑ Secrétariat du Conseil du trésor**

*Michèle Bourget*, secrétaire associée, Sous-secrétariat aux politiques budgétaires et aux programmes

*Jean-François Lachaine*, directeur à la Direction des programmes sociaux et de santé

*Yves Labbé*, analyste à la Direction des programmes sociaux et de santé

*Yves Sigmen*, analyste à la Direction des programmes sociaux et de santé



## **ANNEXE 5**

### **LES PERSONNES ET ORGANISMES RENCONTRÉS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL**



TABLEAU 28

## Liste des consultations effectuées par le groupe de travail

Groupe ou personne	Nom	Date de la rencontre
Ministère des Finances	M <sup>me</sup> Monique Jérôme-Forget, ministre des Finances, ministre des Services gouvernementaux, ministre responsable de l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor	21 juin 2007
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux	12 juillet 2007
	M. Roger Paquet, sous-ministre	12 juillet 2007
	Drs Bureau, Galarneau et Laliberté	15 août 2007
	M. Claude Ouellet M. Yves Marchand	3 octobre 2007
	M <sup>me</sup> Lise Verrault, sous-ministre adjointe	20 novembre 2007
CIRANO	M. Claude Montmarquette, professeur à l'Université de Montréal et vice-président des politiques publiques au CIRANO M <sup>me</sup> Joanne Castonguay, directrice de projets M. Iain Scott, professionnel de recherche	12 juillet 2007
Participants au programme de maîtrise « International Masters for Health Leadership » de l'université McGill	Pr Henry Mintzberg, Dr Michel Boivin, Dr Yv Bonnier Viger, Dr André Dontigny, M. Sholom Glouberman, professeur, Dr Eric Litvak, M <sup>me</sup> Antonia Maioni, Dr Marie Rochette, M <sup>me</sup> Diane Marie Plante, Dr Terry–Nan Tannenbaum	15 août 2007 26 septembre 2007 22 octobre 2007
Fédération des médecins spécialistes du Québec	Dr Gaétan Barrette, président	5 septembre 2007
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	Dr Reynald Dutil, président accompagné des Drs Langlois, Godin, Saucier et Asselin	5 septembre 2007
Expert du réseau de la santé	M. Yvan Gendron, DG, Centre de santé et de services sociaux – Montérégie	6 septembre 2007
Expert du réseau de la santé	M. Michel Larivière, DG M <sup>me</sup> Johanne Roy, directrice générale adjointe Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	11 septembre 2007
Expert du réseau de la santé	M <sup>me</sup> Josée Noreau, PDG, SOGIQUE inc.	11 septembre 2007
Expert du réseau de la santé	M. René Rouleau, DG, CHUQ	11 septembre 2007
Expert du réseau de la santé	M. Luc Boileau, DG, Agence de santé et de services sociaux – Montérégie	12 septembre 2007
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	M <sup>me</sup> Gyslaine Desrosiers, présidente	12 septembre 2007
Fédération des médecins résidents du Québec	Dr Martin Bernier, médecin résident M. Jean Gouin, DG	19 septembre 2007
	M <sup>me</sup> Johanne Carrier, conseillère en communication	
Conseil pour la protection des malades	M. Paul Brunet, président	19 septembre 2007
Regroupement provincial des comités d'usagers	M Jean-Marie Dumesnil (CHUM) M. Gérald Germain (CHUQ) M. André Poirier (CSSS-Arthabaska)	19 septembre 2007



## Liste des consultations effectuées par le groupe de travail (suite)

Groupe ou personne	Nom	Date de la rencontre
Chambres de commerce du Québec	M <sup>me</sup> Françoise Bertrand, PDG Mme Caroline St-Jacques, VP aux affaires publiques et communication M. Jean Laneville, économiste M. Alain Robitaille, consultant de la firme Mercer	19 septembre 2007
Expert du réseau de la santé	Dr Michel Charest, président et chef de la direction, Médicub1/	26 septembre 2007
Expert du réseau de la santé	D <sup>re</sup> Josée Provencher, directrice médicale, Opmedic	26 septembre 2007
Experts du réseau de la santé	M. David Levine, PDG M. Louis Côté, directeur de la planification et des ressources humaines de M <sup>me</sup> Louise Massicotte, DGA, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	26 septembre 2007
Conseil québécois de la coopération et de la mutualité	M <sup>me</sup> Hélène Simard, PDG M <sup>me</sup> Marie-Joëlle Brassard, directrice recherche et développement M. Gaston Michaud, fondateur de la Coopérative d'habitation pour aîné-e-s « La Brunante » de Racine, M. Bernard Gélinas, médecin, Clinique coopération d'Aylmer, M. Benoît Caron, DG, Fédération des coopératives de services à domicile	27 septembre 2007
Experts du réseau de la santé	Dr André Munger GMF des Grandes-Fourches	27 septembre 2007
Expert du réseau de la santé	Dr Fernand Taras, Clinique Rockland Md.	28 septembre 2007
Fondation Lucie et André Chagnon	M. André Chagnon, président M. Pierre Fortin, professeur à l'UQAM M. Jean-Marc Chouinard Dr Michel Boivin	28 septembre 2007
Expert du réseau de la santé	Dr Juan Roberto Iglesias, PDG, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé	2 octobre 2007
Experts du réseau de la santé	M. Marc Giroux, PDG p.i. M. Pierre Roy, ex-PDG M. Guy Simard, actuaire, Régie de l'assurance maladie du Québec	3 octobre 2007
Expert du réseau de la santé	M. Alex Potter, président M <sup>me</sup> Lise Denis, DG M. Michel Delamarre, DG Hôpital Laval, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux	9 octobre 2007
Association des centres jeunesse	M. Jean-Pierre Hotte, DG	9 octobre 2007
Fédération de la santé et des services sociaux – CSN	M <sup>me</sup> Francine Lévesque, présidente M. Claude Saint-Georges	9 octobre 2007
Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec	M <sup>me</sup> Lina Bonamie, présidente M <sup>me</sup> Michèle Boisclair, vice-présidente M <sup>me</sup> Lucie Mercier, conseillère M. Marc Thibault-Belle-Rose, conseiller	9 octobre 2007

## Liste des consultations effectuées par le groupe de travail (suite)

Groupe ou personne	Nom	Date de la rencontre
Expert du réseau de la santé	M. Louis Côté, directeur de la planification et des ressources humaines, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	10 octobre 2007
Expert du réseau de la santé	Dr Jean Mireault, directeur des services cliniques, MediaMed Technologies inc.	12 octobre 2007
CSN	M <sup>me</sup> Claudette Carbonneau, présidente M <sup>me</sup> Denise Boucher, 3 <sup>e</sup> vice-présidente M <sup>me</sup> Josée Roy, adjointe au Comité exécutif	16 octobre 2007
Fédération des professionnelles – CSN	M. Tremblay, président M <sup>me</sup> Ginette Langlois	16 octobre 2007
Chantier de l'économie sociale	M <sup>me</sup> Nancy Neamtan, PDG M. Charles Guindon	16 octobre 2007
Fédération des travailleurs et travailleuses du	M. Henri Massé, président M. René Roy, Secrétaire général FTQ M. Michel Arsenault, Directeur québécois, Syndicat des métallos M. Daniel Boyer, président, Syndicat québécois des employées et employés de service M. Michel Poirier, directeur québécois, Syndicat ca. de la fonction publique M <sup>me</sup> Louise Valiquette, directrice adjointe, Syndicat ca. de la fonction publique M <sup>me</sup> Monique Audet, économiste, service de recherche de la FTQ	17 octobre 2007
Association médicale du Québec	Dr Jean-Bernard Trudeau, président M <sup>me</sup> Claudette Duclos, DG Dr Alain Larouche, conseiller aux affaires médicales	17 octobre 2007
Expert du réseau de la santé	M. Jean-Pierre Chicoine, président M. Pierre Laliberté Comité de travail sur les frais accessoires	17 octobre 2007
Experts du réseau de la santé	Dr Robert Maguire, Bas Saint-Laurent D <sup>re</sup> Jocelyne Sauvé, Montérégie Dr Richard Lessard, Montréal Directeurs de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent	30 octobre 2007
Association des fondations des établissements de santé du Québec	M. Roland Granger, PDG M. Jean-Denis Côté, 1 <sup>er</sup> VP M. Donat Tadeo, PDG de la Fondation du centre universitaire de la santé de McGill (CUSM)	20 novembre 2007
Collège des médecins	Dr Yves Lamontagne, PDG Dr Yves Robert, secrétaire	4 décembre 2007
Association des jeunes médecins du Québec	Dr François-Pierre Gladu, président	18 décembre 2007
Experts du réseau de la santé	M. Michel Grant, Université du Québec à Montréal M. Alain Rondeau, Université de Montréal, professeurs	21 décembre 2007



## **ANNEXE 6**

### **LES ÉTUDES COMMANDÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL**



TABLEAU 29

### Liste des études commandées par le Groupe de travail sur le financement du système de santé

Étude	Réalisée par	Dépôt de l'étude
Le financement des services de santé au Québec: le compte santé et son financement	<i>M. François Vaillancourt</i> , professeur titulaire, Université de Montréal <i>M. Louis Morand Perrault</i> , étudiant MSc Sciences économiques, Université de Montréal	Août 2007
Personnes âgées en perte d'autonomie : les soins de longue durée à domicile et en milieu de vie substitut	<i>M. Michel Clair</i> , président Groupe Santé SEDNA	Août 2007
Le choix des priorités du « panier de services », la pertinence/efficacité/efficience des soins : des enjeux de financement	<i>M. Léonard Aucoin</i> , M.Ps., M.P.H. InfoVeille Santé Ltée	Septembre 2007
Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec	<i>M. Paul A. Lamarche</i> , professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal <i>M. Raynald Pineault</i> , Institut national de santé publique <i>M. Yvon Brunelle</i>	Octobre 2007
Efficience et budgétisation des hôpitaux et autres institutions de santé au Québec	<i>M. Pierre Ouellette</i> , professeur titulaire Département des sciences économiques, Université du Québec à Montréal	Novembre 2007
Intensité du déploiement des technologies de l'information dans les établissements de santé au Québec	<i>M. Guy Paré</i> , professeur titulaire de la Chaire de recherche du Canada en TI dans le secteur de la santé, HEC Montréal <i>M. Claude Sicotte</i> , professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal	Novembre 2007
L'interprétation de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> : repères et balises	<i>M<sup>e</sup> Patrick Molinari</i> , professeur titulaire Faculté de droit, Université de Montréal	Novembre 2007









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

