

L'ÉTAT QUÉBÉCOIS EN PERSPECTIVE

Le rôle de l'État dans la dispensation des services de santé

L'Observatoire de l'administration publique, automne 2006

Benoît Rigaud (L'Observatoire de l'administration publique-ENAP) en collaboration avec le Groupe d'Étude sur les politiques et la santé (GEPPS) Jean Turgeon (professeur titulaire, ENAP), France Gagnon (professeure, TELUQ/UQAM)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. LE SYSTEME DE SANTE QUEBECOIS	3
1.1 Le rôle du gouvernement provincial et les normes fédérales	4
1.2 La régionalisation de la santé au Québec	5
1.3 Une distinction forte entre le pouvoir décisionnel de l'État et la consultation de la société civile.....	5
1.1.1 Les médecins	6
1.1.2 Les organismes communautaires et associations d'usagers.....	7
2. LES PRINCIPALES PHASES DE L'INTERVENTION DE L'ÉTAT QUEBECOIS EN SANTE	7
2.1 1960-1980 : développer	7
2.2 1980-2000 : améliorer	8
2.3 Depuis la fin des années 1990 : réinvestir	9
3. LES CONDITIONS D'ACCES AU X SERVICES DE SANTE	10
3.1 Les aspects juridiques de l'accessibilité	10
3.1.1 Dans les systèmes beveridgiens, la couverture publique est un droit social universel.....	10
3.1.2 Dans les systèmes bismarckiens, la couverture est collective et souvent conditionnelle à l'emploi.....	11
3.1.3 Dans les systèmes d'assurance privée, la protection maladie est une responsabilité avant tout individuelle	11
3.2 L'organisation des services et l'accès aux prestataires de soins	12
3.2.1 Dans les systèmes beveridgiens, la circulation des patients au sein des systèmes est, généralement, fortement réglementée	12
3.2.2 Dans les systèmes d'assurance sociale et privée, la liberté d'accès aux prestataires est généralement moins contrainte que dans les SNS mais demeure non absolue	13
4. « LE PANIER DE SERVICES » : LES BIENS ET SERVICES DE SANTE COUVERTS DANS LE CADRE DES REGIMES PUBLICS	14
4.1 Les déterminants de la couverture médicale	14
4.1.1 Le rationnement est d'abord scientifique : il est basé sur des faits probants	14
4.1.2 Le rationnement est aussi politique : il est la résultante d'un processus décisionnel plus ou moins pluraliste et transparent.....	15
4.1.3 Dans sa mise en œuvre, le rationnement a enfin une dimension administrative.....	16
4.2 Multiplicité des arrangements assurantiels	16

4.2.1	Au Québec et au Canada, la grande majorité des services dispensés dans un hôpital ou par un médecin est prise en charge par le régime public.....	16
4.2.2	Toutefois, chaque régime public provincial assure une couverture plus large que les « services nécessaires » au sens du fédéral.....	17
4.2.3	Une comparaison internationale difficile à réaliser	18
5.	LES MODALITES DE DISPENSATION DES SERVICES DE SANTE.....	18
5.1	Le mode de financement	18
5.1.1	Au Québec et au Canada, les services publics de santé sont principalement financés a priori par l'impôt	19
5.1.2	Le financement de l'ensemble des services de santé (publics et privés) au Canada en comparaison	20
5.2	Le mode de fourniture ou de production des soins	22
5.3	Le mode de rémunération des médecins.....	22
6.	QUELQUES ELEMENTS DE COMPARAISON QUANTITATIVE	23
6.1	Les dépenses en santé en proportion de la production nationale.....	24
6.2	Les ressources des systèmes de santé	25
6.3	Les difficultés de mesurer l'efficacité du système de santé.....	26
	BIBLIOGRAPHIE.....	27
	ANNEXE I : LE PANIER DE SERVICES PUBLICS DE SANTÉ AU QUÉBEC.....	31
	ANNEXE II : LES CATÉGORIES D'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE.....	34
	ANNEXE III : COMPARAISON DES RÉGIMES PUBLICS PROVINCIAUX D'ASSURANCE MALADIE EN 2003-2004.....	35
	ANNEXE IV : COMPARAISON DES RÉGIMES PUBLICS PROVINCIAUX D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	36
	ANNEXE V : NOMBRE DE MÉDECINS PAR 100 000 HABITANTS PAR CATÉGORIE DE MÉDECINS ET PAR PROVINCE OU TERRITOIRE, CANADA, DE 2000 À 2004	37

INTRODUCTION

►► La santé : un secteur d'intervention majeur des États-providence

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social. [Elle] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹ ». Pour les fins de la présente comparaison, le secteur de la santé est considéré comme l'ensemble des dispositions légales, des structures, des services, des programmes, des équipements et du personnel visant le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population². C'est à travers les politiques de santé que les gouvernements tentent d'atteindre leurs objectifs. Les politiques de santé sont une des composantes des politiques sociales, au même titre que :

- les politiques familiales, qui poursuivent l'objectif d'assurer le renouvellement de la population et incidemment du capital humain;
- les politiques de l'éducation, de la lutte contre l'exclusion et de l'emploi qui visent, à l'issue d'un processus démocratique, à pallier les inégalités sociales par la prestation de différents services publics ou par la mise en place de systèmes redistributifs³.

Le propos de cette analyse se limitera aux services de santé. Ce choix est certes arbitraire, mais est motivé par la volonté de rendre compte en priorité du secteur d'activité traditionnel de l'État au Québec dans le domaine de la santé, de structurer, de financer et de produire des services de santé. Cela ne doit pas toutefois dissimuler l'importance d'autres types d'intervention pour agir positivement sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population (la réglementation, la prévention et la redistribution de la richesse, notamment). Cette analyse des services de santé revêt un caractère prioritaire essentiellement en raison de sa pertinence au regard de l'évolution globale du rôle de l'État : son action serait devenue subsidiaire, sa pertinence et son efficacité questionnées⁴. Comparer les modalités de dispensation des services publics de santé permet de mettre en relief leurs avantages et leurs inconvénients. L'action de l'État dans ce domaine, entre autres, se décline selon les pays en une multitude d'arrangements institutionnels spécifiques dont il est toutefois possible d'observer des tendances communes aux politiques de santé. L'établissement de la dualité entre les dimensions assurantielle et productive est un préalable à leur observation et à la sélection des entités de comparaison.

►► Les deux dimensions de l'intervention publique en matière de services de santé

Le secteur public agit cumulativement ou séparément sur deux dimensions :

La dimension assurantielle. Au cours du XX^e siècle, les États ont progressivement soit couvert directement soit structuré la couverture du risque maladie par des tiers (le marché, les corporations, notamment). Étant donné l'effet néfaste de la maladie sur la force de travail de la collectivité

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

² J. Leca, et M. Grawitz, *Traité de science politique*.

³ J. Leca, et M. Grawitz, *Traité de science politique*.

⁴ L'Observatoire de l'administration publique, « La gestion des organisations publiques entre tradition et renouveau », *Vigie*.

et l'amenuisement des solidarités organiques, celles de la famille et des groupes de proximité, la mise en place d'un système public de mutualisation du risque maladie a été une des priorités de la plupart des pays occidentaux⁵. Au Québec, l'assurance maladie comprend l'assurance hospitalisation, la couverture des services médicaux, l'assurance médicaments et les congés maladie.

La dimension productive. Les autorités publiques encadrent et financent, selon des proportions variables, la prestation des services de soins de santé et la distribution de biens médicaux.

►► Des principes d'action et des arrangements institutionnels multiples dissimulant des tendances communes

La difficulté de la réalisation d'une analyse comparée des politiques publiques tient à l'hétéromorphisme des pratiques administratives issu de parcours historiques propres à chaque système de gouvernance, système qui repose sur des valeurs, des croyances et des façons spécifiques de penser les rapports entre l'État et les citoyens. Cette diversité des univers culturels nationaux s'inscrit dans la réalité par l'exposition de principes d'action tels que la couverture des risques sociaux et la solidarité intergénérationnelle et interprofessionnelle (en France, notamment), la lutte contre les inégalités et la redistribution des richesses (dans les pays scandinaves, entre autres), ou encore la satisfaction de besoins jugés essentiels (conception britannique).

La recherche d'efficacité amène les États à innover et à s'influencer mutuellement, bien que des précautions soient à prendre pour ne pas simplifier l'univers cognitif des systèmes d'intervention publique. Des tendances sont toutefois communes à la plupart des systèmes de santé :

- la recherche d'un système équitable de prise en charge des coûts de la protection sociale entre l'ensemble des citoyens, les contribuables et les personnes ayant un emploi;
- l'interdépendance entre le financement des systèmes de protection sociale dans leur ensemble et la conjoncture du marché de l'emploi;
- la prise en charge collective d'un certain niveau de couverture universelle et (quasi) gratuite.

►► Le choix des entités de comparaison

Trois idéaux types sont couramment utilisés pour analyser les systèmes de santé⁶ :

- 1) le modèle beveridgien ou système national de santé (Royaume-Uni, Canada), qui se caractérise par une protection maladie universelle, un financement issu des recettes fiscales et la nationalisation ou, du moins, la maîtrise par le secteur public des facteurs de production des services de soins de santé;
- 2) le modèle bismarckien ou système des assurances sociales⁷ ou encore « système d'assurance maladie » (Allemagne, Autriche, Pays-Bas, France), caractérisé par une protec-

⁵ La couverture publique des autres risques sociaux inhérents aux événements de vie que sont le veuvage, le chômage, les accidents de travail ou la maternité découle de cette même préoccupation de maintenir la productivité et la prospérité.

⁶ P. Bergeron, et F. Gagnon, « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations », p. 7.

tion maladie universelle obligatoire financée par les cotisations patronales et personnelles par l'intermédiaire de caisses d'assurance sans but lucratif et par des facteurs de production appartenant aux secteurs privé et public;

- 3) le modèle de l'assurance privée ou système libéral de santé (États-Unis), où le risque maladie est couvert grâce à des primes d'assurance versées à des compagnies privées par les employeurs et les particuliers et où les facteurs de production appartiennent au secteur privé.

Afin d'apporter contrastes et éclairage aux modalités différentes de dispensation des services de santé, le mode de fonctionnement du système de santé québécois, qualifié *a priori* de beveridgien, sera comparé avec celui de quatre pays de l'OCDE représentatifs de ces trois idéaux types : le Royaume-Uni, l'Allemagne, la France et les États-Unis.

À la suite de cette présentation de certaines caractéristiques du système de santé au Québec, ainsi que de l'émergence de la prise en charge de la santé par l'État au Québec, voici une grille d'analyse en trois temps⁸ qui a été retenue pour mettre en évidence les divergences ou convergences des ces différents systèmes :

- les conditions d'accès aux services, tant normatives que liées au type d'organisation des soins;
- la nature et le niveau de prestation, nommé « panier de services »;
- les modalités de dispensation, notamment en ce qui a trait aux modes de financement et de production des soins.

La mesure de la performance des systèmes de soins sera abordée dans une dernière section. Imposée par le paradigme dominant de la nouvelle gestion publique, celui de la recherche de l'efficacité et de la satisfaction de la clientèle, cette question sera traitée dans ce document d'analyse de façon partielle, en soulignant essentiellement l'importance des arrangements institutionnels et des choix collectifs sur les résultats exprimés au moyen d'indicateurs quantitatifs.

1. LE SYSTEME DE SANTE QUEBECOIS

[Au Québec, la santé monopolise une part de plus en plus importante des finances publiques](#)⁹. Outre [l'organisation en un seul réseau des services de santé et des services sociaux](#), trois caractéristiques sont à souligner préalablement à l'analyse comparée des services de santé :

- le rôle du fédéral;
- la régionalisation du réseau de la santé et des services sociaux;

⁷ Nommé également « système d'assurance maladie ». Au Québec, l'expression « système d'assurance sociale » est utilisée afin d'éviter une confusion sémantique entre le système d'assurance maladie québécois, de type beveridgien, et la notion de système d'assurance maladie propre au modèle bismarckien.

⁸ Adaptée des écrits de Bruno Palier sur la comparaison des systèmes de santé. B. Palier, *La réforme des systèmes de santé*, p. 32.

⁹ Voir le feuillet 2 du fichier « Dépenses par mission » dans la liste des données du présent site. L'ampleur de la croissance de la part de la santé dans les dépenses de programmes est toutefois sujette à controverses. F. Béland, *Les dépenses de santé au Québec : la bataille des chiffres*, <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/05/903683.pdf>

- la prédominance de l'État sur les acteurs corporatifs et associatifs.

1.1 Le rôle du gouvernement provincial et les normes fédérales

Au Canada, en vertu de l'article 92 (7) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, l'organisation et la gestion des politiques de la santé relèvent, dans les 10 provinces, de l'autorité ministérielle en charge de la santé au gouvernement provincial.

Chaque province met en place les institutions de gestion et de dispensation des soins de santé¹⁰. Par exemple, au Québec, la gestion du régime public d'assurance maladie est confiée à un organisme gouvernemental, soit la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Créée en 1969 avec l'instauration du régime, cet organisme est sous l'autorité hiérarchique du ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce sont également les gouvernements provinciaux qui déterminent l'étendue des services « médicalement nécessaires » au sens de la *Loi canadienne sur la santé* couverts par l'assurance publique.

Toutefois, le gouvernement fédéral occupe *de facto*, dans le domaine des politiques de la santé, « un espace politique important¹¹ ». La libre détermination des caractéristiques des systèmes de santé par les gouvernements provinciaux est en effet à relativiser en raison de l'encadrement, normatif et financier, de l'offre de soins médicaux et hospitaliers par le fédéral¹². Depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984¹³, le gouvernement fédéral conditionne l'intégralité des transferts qu'il octroie aux provinces au respect de cinq critères¹⁴. Cette loi interdit donc la surfacturation et l'introduction de frais modérateurs. Compte tenu de l'importance du financement fédéral, qui varie selon la source d'information consultée, d'un peu moins du quart, selon Finance Québec à près du tiers des dépenses des provinces en soins de santé, selon Finances Canada¹⁵, le gouvernement fédéral contraint, en pratique, les provinces à respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, qui peut alors être perçue comme un dénominateur commun à toutes les provinces en matière de prestation de services de santé.

¹⁰ C. Flood, et T. Archibald, *Hamstrung and Hogtied : Cascading Constraints on Citizen Governors*, 57 p.

¹¹ A. Maioni, *Rôles et responsabilités en matière de politique des soins de santé*, p. 2.

¹² « C'est un système décentralisé mais encadré de façon stricte par le niveau fédéral qui prévaut au Canada. » Anne-Laurence Le Faou, *Les systèmes de santé en questions*, p. 64.

¹³ L'intervention du gouvernement fédéral en santé se fonde juridiquement sur son pouvoir de dépenser (article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* et particulièrement son alinéa 3) et sur des responsabilités spécifiques du fédéral en matière de santé publique - quarantaine et maintien des hôpitaux de marine (article 91, alinéa 11 de la *Loi constitutionnelle de 1867*), bien-être des Indiens, des étrangers, des détenus des pénitenciers fédéraux et des membres des forces armées.

¹⁴ La nature publique et l'absence de but lucratif des organismes assurant la gestion du système; l'intégralité des services médicalement nécessaires (principalement les soins médicaux et hospitaliers); l'universalité (couvrir l'ensemble des résidents et offrir les services assurés selon des modalités uniformes); la transférabilité (permettre au résident d'une province vivant temporairement dans une autre province ou en dehors du Canada de bénéficier d'une couverture comparable à celle dont il bénéficie dans son lieu de résidence principal); l'accessibilité (l'accès aux services assurés doit être raisonnable et non contraint par des obstacles financiers, notamment). O. Madore, *La Loi canadienne sur la santé : aperçu et options*, p. 7-8.

¹⁵ Ministère des Finances Canada, Participation fédérale au financement des soins de santé : les faits, http://www.fin.gc.ca/facts/fshc6_f.html

1.2 La régionalisation de la santé au Québec

Le système de santé québécois, qui s'apparente à bien des égards à un système national de santé, notamment en raison de son universalité et de son financement par l'impôt, est marqué par un mode de gestion déconcentré territorialement.

Plusieurs étapes marquent l'histoire de la régionalisation de la santé au Québec. Initié au début des années 1970 par la création de régions sociosanitaires et de conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS)¹⁶, ce processus a été reconfiguré une première fois en 1992 par un redécoupage du territoire, l'abolition des CRSSS et la création des régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), puis une seconde fois en 2003-2004 par le remplacement des RRSSS par des agences de la santé et des services sociaux. Les agences exercent en lieu et place des régies les pouvoirs, fonctions et devoirs que la loi confiait à ces dernières, notamment en ce qui concerne la gestion des ressources budgétaires et humaines. La principale innovation de cette réorganisation de la déconcentration des services du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec est la création des agences de réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLS)¹⁷.

1.3 Une distinction forte entre le pouvoir décisionnel de l'État et la consultation de la société civile

Au Québec et au Canada, la gestion du système de protection maladie est fortement étatisée et centralisée au sein des différents ministères provinciaux en charge de la santé, qui disposent d'importants moyens d'action normatifs¹⁸ et financiers pour imposer leurs orientations. Il n'y a pas, au Québec, de gestion paritaire du système de protection maladie comparable aux systèmes providentiels continentaux européens (France et Allemagne) dans lesquels « les partenaires sociaux » (représentants des travailleurs, des retraités, des employeurs) gèrent avec les représentants de l'État les fonds alloués aux prestations sociales.

L'État québécois a toutefois eu recours, à de nombreuses occasions, à des procédures de consultation des citoyens, des responsables d'établissement et du personnel, notamment. Différents efforts visant à favoriser la participation de la population ont été faits¹⁹. De plus, empruntées à la tradition britannique, les commissions d'enquête ont été mises à profit à différentes occasions - Commission Castonguay-Nepveu (1966-1972), Commission Rochon (1985-1988), Commission Clair (2000) - pour « évaluer », voire proposer des voies de modernisation et de réformes du système de santé. Parmi l'ensemble des groupes d'intérêt consultés, deux types d'acteurs sont à distinguer

¹⁶ L'Observatoire de l'administration publique, « La régionalisation du secteur sanitaire au Québec et en France », *Télescope*.

¹⁷ Loi sur la santé et les services sociaux (articles 339 et suivants). Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'intégration des services de santé et des services sociaux – Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/772cc6913233e38e85256f4d0069c040?OpenDocument>

Pour plus de détails, consulter l'annexe du document d'analyse «Le réseau de la santé et des services sociaux».

¹⁸ Pouvant aller jusqu'à l'édiction d'une loi spéciale (*Loi concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes* adoptée sous le bâillon le 13 juin 2006) pour clore les négociations relatives aux conditions de travail des médecins participant au régime public.

¹⁹ P-G Forest, et autres, « Participation et publics dans le système de santé du Québec », p.175-200.

en raison du caractère stratégique que leur coopération revêt pour le ministère de la Santé et des Services sociaux : les médecins et les organismes communautaires et associations d'usagers.

1.1.1 Les médecins

Les médecins sont des professionnels libéraux qui peuvent se constituer en société depuis 2004, et exercer en cabinet privé et dans des établissements publics (hôpitaux, centres de santé et de services sociaux [CSSS]).

Les médecins peuvent être omnipraticiens (appelés également « médecins de famille » ou « généralistes ») ou spécialistes. Ils se distinguent de par leur formation, les omnipraticiens obtenant leur permis d'exercice après deux années de résidence en médecine familiale et les spécialistes, après au moins quatre années de résidence dans leur discipline de spécialité²⁰. En date du 31 décembre 2005, il y avait 9 504 omnipraticiens et 9 242 spécialistes inscrits au [Collège des médecins du Québec](#).

Au chapitre de la rémunération, [les médecins peuvent avoir trois statuts au Québec](#) :

- 1) Le statut de participant, soumis à l'application d'une entente : Les médecins participants exercent leur profession dans le cadre du régime d'assurance maladie et ils sont rémunérés par la RAMQ aux tarifs fixés par leur entente respective. L'immense majorité des médecins pratiquant au Québec exerce sous ce statut;
- 2) Le statut de désengagé : Les médecins désengagés exercent leur profession en dehors du cadre du régime d'assurance maladie et acceptent les tarifs fixés par leur entente respective. Les personnes assurées paient elles-mêmes chaque professionnel, puis elles réclament un remboursement à la Régie. La loi oblige les professionnels de la santé désengagés à aviser, par écrit, toute personne assurée qui a recours à leurs services de leur statut et de la démarche de remboursement à suivre. Il n'y avait, en date du 27 janvier 2006, que six médecins désengagés;
- 3) Le statut de non participant : Les médecins non participants exercent leur profession en dehors du régime d'assurance maladie et fixent eux-mêmes leurs honoraires, qui sont alors entièrement à la charge des personnes assurées. Toutefois, les services qu'ils rendent en situation d'urgence sont payés par la RAMQ selon les tarifs fixés par entente avec les associations médicales. Le 27 janvier 2006, les médecins sous ce statut étaient au nombre de 103.

Parmi ces deux dernières catégories, on retrouve essentiellement des médecins qui offrent un service de santé qui n'est pas couvert par l'assurance publique, tel que la chirurgie plastique ou la chirurgie ophtalmologique laser. Les trois quarts des médecins spécialistes non participants exercent sur l'île de Montréal.

²⁰ Les définitions propres au mode de dispensation des services de santé sont pour la plupart issues de : Régie de l'assurance maladie du Québec, *Statistiques annuelles*.

1.1.2 Les organismes communautaires et associations d'usagers

Le nombre de groupes communautaires dont l'activité principale est liée à la santé et aux services sociaux est évalué à environ 2000 au Québec²¹. Ils sont plus ou moins structurés et fonctionnent en grande partie grâce au bénévolat.

Leurs rapports avec l'État et le réseau public de soins ont beaucoup évolué depuis les années 1970, passant de la marginalité au partenariat. Dans une certaine mesure, ces groupes ont accompagné la croissance de l'intervention de l'État québécois en santé. À l'origine, ils se sont substitués à une intervention publique défaillante, notamment par la création de cliniques populaires. Progressivement, au cours des années 1980, ils ont opté pour des relations partenariales avec le réseau de la santé et des services sociaux. Si ces associations ont toujours pour vocation de combler les manques de l'intervention publique (particulièrement auprès des plus démunis et dans des actions de réinsertion sociale), elles participent depuis 1991 à la mise en œuvre *nationale* (c'est-à-dire sur le territoire québécois) et locale des services publics de soins. Elles sont notamment consultées lors de l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services et soutiennent les usagers dans le cadre des centres d'assistance et d'accompagnement des plaintes²².

Si, par le passé, l'action du milieu communautaire a aiguillonné l'action gouvernementale, notamment par l'exemple que constituent les cliniques populaires pour les centres locaux de services communautaires (CLSC), dans le contexte actuel de relatif démantèlement ou de remise en question du rôle de l'État providence, ces organismes et groupes sont voués à se voir attribuer *de facto* un rôle de plus en plus important. C'est du moins ce que laisse préfigurer la croissance rapide des budgets alloués au Programme de soutien aux organismes communautaires du MSSS. En effet, ces budgets sont passés d'un M\$ à la création du programme en 1972 à cinq M\$ en 1980, puis à 50M\$ en 1990, pour atteindre 300 M\$ en 2005²³. Cette responsabilité croissante du secteur communautaire en matière de santé et de services sociaux plaide en faveur du maintien de règles strictes conditionnant l'octroi du financement et l'évaluation des actions réalisées, ce à quoi les organismes communautaires sont souvent réfractaires, considérant que l'État n'utilise pas, pour la mesure de leurs actions, l'ensemble des indicateurs pertinents au travail accompli.

2. LES PRINCIPALES PHASES DE L'INTERVENTION DE L'ÉTAT QUÉBÉCOIS EN SANTÉ

2.1 1960-1980 : développer

Avant la Révolution tranquille des années 1960, la santé était considérée comme un domaine d'action publique subsidiaire. Bien que la Loi établissant le service d'assistance publique de 1921 constitue « la première rupture dans la logique de charité jusqu'alors prédominante dans

²¹ A. Fortin, « Les organismes et groupes communautaires », p. 203.

²² Les 16 centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes sont gérés par des organismes communautaires régionaux autonomes et mandatés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ils ont pour mandat d'assister et d'accompagner, sur demande, les usagers qui désirent porter plainte contre les services qu'ils ont reçus ou auraient dû recevoir d'un établissement du réseau de la santé. La plainte peut s'effectuer auprès d'un établissement de la région, de l'Agence de santé et de services sociaux ou du Protecteur des usagers, selon le cas.

²³ A. Fortin, « Les organismes et groupes communautaires », p. 203.

l'organisation du sanitaire²⁴ », c'est le gouvernement Lesage, élu en 1960, qui pose les fondements de l'intervention contemporaine de l'État en santé, en adoptant une législation sur l'assurance hospitalisation en écho à la loi 165 de 1957 du gouvernement fédéral. Le Québec était la dernière province à se doter d'un tel programme.

Dans la continuité des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu (1966-1972), le Québec a mis en place en 1970 un régime public d'assurance maladie, soit 23 ans après la première province qui établit un tel régime, la Saskatchewan. Le régime saskatchewanais, par ses principes sociodémocrates (universalité et gratuité, principalement) fait figure d'exemple dans le processus de construction des systèmes publics de santé au Canada et même dans le monde.

Toutefois, depuis les années 1970 et le début des années 1980, l'organisation des services de santé est marquée par un renforcement continu de ses capacités d'intervention, du point de vue des ressources tant humaines (croissance du nombre de médecins et d'infirmières notamment), matérielles (multiplication du nombre d'établissements et diversification de ceux-ci) que financières (augmentation soutenue du budget de la santé).

2.2 1980-2000 : améliorer

Cette dynamique d'expansion du système de santé québécois, à l'instar de celle de l'ensemble des systèmes providentiels occidentaux, a été profondément remise en cause au début des années 1980. Depuis le milieu des années 1980, plusieurs décisions ont été prises afin de réduire structurellement la taille et les coûts du système de santé québécois tout en ayant pour objectif d'accroître sa performance en termes de santé de la population.

Bien que la Commission Castonguay-Nepveu ait introduit, dès le début des années 1970, le concept de « médecine globale », depuis les études menées par la Commission Rochon, la politique publique de la santé au Québec a connu une transformation de son référentiel. La santé, longtemps marquée par une approche curative et centrée sur l'hôpital, est perçue, dans le cadre du virage ambulatoire, comme un domaine d'action devant miser davantage sur des pratiques souples en termes de mobilisation de ressources.

La fusion d'établissements a été un des instruments privilégiés de la restructuration du réseau. Cette vague de fusions a d'abord, à partir du milieu des années 1980, concerné les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres locaux de services communautaires installés sur le territoire d'une même municipalité régionale de comté. Ainsi, de 1990 à 2001, le nombre d'établissements a chuté de 48 %, passant de 917 à 478. En 2004, la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) a entraîné de nouvelles fusions et, incidemment, une nouvelle diminution du nombre d'établissements (302 en octobre 2006)²⁵.

En ce qui concerne les ressources humaines, des programmes de départ volontaire à la retraite ont été mis en place comme moyen de diminuer les dépenses de fonctionnement de l'État. C'est ainsi, par exemple, que, entre 1997 et 2000, près de 4 200 infirmières ont quitté précocement le

²⁴ P. Bergeron, et F. Gagnon, « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations », p. 13.

²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Établissements : Entités légales*, <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02ListeEtab.asp>

réseau. La lutte contre les déficits des établissements sanitaires a, par ailleurs, été encadrée en 2000 par la loi sur l'équilibre budgétaire dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces difficultés budgétaires ont été concomitantes d'un ensemble d'initiatives ayant pour objectif de les résorber mais aussi et surtout d'améliorer le fonctionnement du système.

La diminution du quart des journées d'hospitalisation pour des soins de courte durée entre 1994 et 2000²⁶ est, quant à elle, une conséquence de la mise en œuvre systématique de pratiques plus souples que, telles que la chirurgie d'un jour (sans hospitalisation) et l'usage plus extensif du médicament.

Par ailleurs, bien que sa mise en œuvre ait été contrecarrée par plusieurs facteurs²⁷, *La politique de santé et du bien-être* de 1992 représente, pour plusieurs, un emblème de ce changement voulu qui met en exergue l'importance d'influer sur les déterminants non-médicaux de la santé, qu'ils soient comportementaux (habitudes alimentaires, activité physique, tabagisme, etc.) ou environnementaux. L'intégration de la préoccupation sanitaire dans l'ensemble des activités de tous les ministères québécois, tel que le stipule l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* de décembre 2001, est une autre illustration, plus récente, de ce changement souhaité de référentiel²⁸.

Ainsi, si l'affichage politique d'un changement de référentiel est explicite, dans les faits l'adoption d'une approche mettant l'accent sur la prévention et non sur la thérapie a buté sur les carences de capacité financière de la première ligne de soins. La mise en œuvre de ce nouveau référentiel, en période de compressions budgétaires, a été confrontée, notamment, au manque endémique de médecins de famille, dans les grandes agglomérations comme dans les régions éloignées, et aux difficultés des centres locaux de services communautaires à se positionner dans l'offre tant globale que locale de soins de santé.

2.3 Depuis la fin des années 1990 : réinvestir

En 1996-1997, la contribution fédérale aux dépenses de santé, d'éducation post-secondaire et de sécurité du revenu a été fusionnée en un seul transfert, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. La consolidation de la contribution fédérale en un unique instrument a octroyé une plus grande marge de manœuvre aux gouvernements provinciaux quant à l'allocation de ces trois domaines de politiques sociales. Toutefois, cette réforme a été accompagnée d'une diminution importante des transferts fédéraux²⁹. Les gouvernements provinciaux ont donc bénéficié de plus de marge de manœuvre pour juguler l'effet du désinvestissement du fédéral.

²⁶ G. Dussault, et C.-A. Dubois, « Les personnels de la santé », p. 236.

²⁷ Notamment, les compressions budgétaires, les fusions d'établissements, la superposition d'autres cadres de référence tels que les Priorités nationales de santé publique, le manque de leadership exercé par le ministère. Lise Dunnigan, et autres, *La Politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002*, p. 8.

²⁸ « Élaborer une politique publique revient à construire une représentation, une image de la réalité sur laquelle on veut intervenir. C'est en référence à cette image cognitive que les acteurs vont organiser leur perception du système, confronter leurs solutions et définir leurs propositions d'action : on appellera cet ensemble d'images le référentiel d'une politique. » Pierre Muller, *Les politiques publiques*, p. 42.

²⁹ La contribution fédérale est passée de 22,7 % des dépenses des provinces en santé, en éducation et en services sociaux en 1985-1986 à 11,2 % en 1998-1999.

Depuis 1998-1999, avec l'amélioration de la conjoncture économique, on assiste à une volonté nouvelle du fédéral de réinvestir en santé. Elle a abouti en 2004 à la présentation d'un plan décennal pour consolider les soins de santé. Selon ce plan, le gouvernement fédéral, fort de ses surplus budgétaires, s'engage à investir 18 G\$ supplémentaires sur six ans, dont 4,2 G\$ pour le Québec. Également, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, créé en 1996, est à nouveau scindé en deux entités distinctes à partir de l'exercice 2004-2005 : le Transfert canadien en matière de santé et celui en matière de programmes sociaux.

Mis à part ce volet budgétaire, l'évolution récente des politiques publiques dans le domaine de la santé au Québec a été marquée par une innovation d'importance : l'instauration, en 1997, d'un régime public d'assurance médicaments obligatoire. Avec ce régime garantissant l'accès pour tous aux produits pharmaceutiques, le gouvernement du Québec, fidèle à un modèle de développement centralisé et technocratique, se distingue des autres gouvernements provinciaux dans une période où ces derniers cessent d'accroître leur offre de biens et de services publics de santé.

Enfin, en 2003, sous l'impulsion du ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, le système de santé au Québec a été de nouveau restructuré afin de mieux hiérarchiser les services et d'accroître l'accessibilité des soins pour l'ensemble de la population. La création des réseaux locaux de services (RLS), celle des centres de santé et de services sociaux et l'adoption d'une approche dite populationnelle sont trois initiatives marquantes de cette réforme³⁰.

3. LES CONDITIONS D'ACCES AUX SERVICES DE SANTE

La question de l'accessibilité est fondamentale dans les systèmes publics de santé. Elle est duale : juridique et organisationnelle. Considérer l'accessibilité des soins de santé sous ces deux aspects, c'est aller à l'encontre de la croyance d'une relative « naturalité » du droit à la santé tel qu'il existe au Québec et au Canada, en mettant en évidence le fait que celui-ci est avant tout un construit social et politique. Ainsi, prendre en compte la seule dimension juridique ne permet pas de saisir la complexité de la mise en œuvre d'une prise en charge publique, universelle et théoriquement égale pour tous. Les arrangements organisationnels ont également leur importance en ce qui concerne les conditions concrètes d'accès.

3.1 Les aspects juridiques de l'accessibilité

3.1.1 Dans les systèmes beveridgiens, la couverture publique est un droit social universel

Dans ces systèmes, tels que ceux du Royaume-Uni et du Canada, les services médicaux sont dispensés sans tarification directe à l'ensemble des résidents légaux. Il n'y a pas de lien dans ces systèmes entre le droit à la protection maladie et la contribution à son financement.

Au Québec, pour bénéficier de la couverture publique, il est exigé d'être détenteur d'une carte d'assurance maladie émise par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Pour cela, il faut être citoyen ou résident permanent canadien demeurant plus de six mois par année sur le territoire québécois. Les services non assurés par la couverture publique peuvent être pris en charge par des assurances privées contractées par l'intermédiaire de l'employeur ou des associations ou di-

³⁰ Voir la note de bas de page 13.

rectement par le particulier. Il n'y a pas d'obligation de contracter de telles assurances privées supplémentaires.

3.1.2 Dans les systèmes bismarckiens, la couverture est collective et souvent conditionnelle à l'emploi

À l'origine du système d'assurance maladie allemand, l'accès aux soins était lié à l'emploi et à l'appartenance de classe³¹, l'appartenance aux corporations, mais aussi au lieu d'habitation. Organisme sans but lucratif, la caisse était gérée de façon paritaire par des représentants des employés (les syndicats) et du patronat. L'adhésion à la caisse d'assurance maladie couvrant le secteur d'activité était obligatoire. Cette obligation a été levée pour les personnes à haut revenu (soit environ 10 % de la population) qui sont alors couvertes par une assurance primaire substitutive³².

Le lien entre couverture et emploi tend toutefois à ne plus être systématique dans les pays d'Europe continentale. La plupart des pays ont mis en place une couverture universelle gratuite pour les plus démunis, financée par l'impôt, telle la Couverture maladie universelle en France.

3.1.3 Dans les systèmes d'assurance privée, la protection maladie est une responsabilité avant tout individuelle

Aux États-Unis, la couverture maladie est dispensée principalement par l'intermédiaire d'assurances primaires privées principales³³. La majorité des Américains dispose d'une assurance maladie privée par l'intermédiaire de leur employeur, bien qu'aucune obligation légale ne contraigne ce dernier à offrir une assurance maladie à ses employés. Les assurances maladie collectives sont financées par les employés et leur employeur et sont gérées principalement par des *Health maintenance organizations*, HMO (42 % des employés), et par la *Blue Cross Blue Shield*, BCBS (39 %)³⁴.

Par ailleurs, les Américains peuvent également contracter une police d'assurance maladie à titre individuel. Les salariés âgés privilégient cette option qui est moins onéreuse que les contrats collectifs des HMO et de la BCBS en raison de la surprime liée à l'âge que ces entreprises imposent.

³¹ La mise en place de l'assurance maladie obligatoire par Bismarck en 1883 avait pour objectif politique d'assurer la loyauté de la classe ouvrière au régime conservateur dans un contexte de montée en puissance de l'idéologie socialiste au sein des syndicats ouvriers. Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*.

³² Selon [MISSOC](#), en Allemagne, prévaut depuis la réforme de 1992 un système d'assurance sociale obligatoire pour salariés et assimilés, jusqu'à un certain plafond de revenu (46 350 € en 2004), avec des cotisations basées sur les revenus. De plus, les fonctionnaires, les magistrats et les soldats de carrière ne paient pas de cotisations. Depuis cette réforme, qui visait la mise en concurrence des caisses entre elles, les assurés sont libres de choisir leur caisse d'assurance maladie. La mise en concurrence des caisses a été accompagnée par un processus de concentration de celles-ci dont le nombre est passé de 1150 en 1994 à 290 en 2004. Patrick Hassenteufel, et B. Palier, « Les trompe-l'œil de la "gouvernance" de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, p. 19.

³³ Consulter les définitions des catégories d'assurance maladie privée à l'annexe II.

³⁴ Organisation de coopération et de développement économiques, *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*.

La couverture des soins médicaux n'est toutefois pas intégralement dispensée par des programmes d'assurances privés aux États-Unis. Deux programmes publics, *Medicare* et *Medicaid*, l'un ciblant les personnes âgées et l'autre les plus démunis, ont été mis en place.

Medicare : Le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire du *Department of Health and Human Services*, administre ce programme qui couvre la quasi-totalité de la population ayant plus de 65 ans et environ cinq millions de personnes ayant une incapacité permanente, soit un total de près de 43 millions de prestataires.

Medicaid : Il s'agit d'un programme délivré par les États fédérés selon les critères établis par le fédéral. Le fédéral finance la majeure partie des dépenses de ce programme. Son niveau de financement varie néanmoins selon les États en raison de la possibilité pour les États de mettre en place des critères d'admissibilité et de couverture moins contraignants que ceux de base édictés par le fédéral. *Medicaid* est un programme sélectif : il cible particulièrement les enfants dont le revenu familial n'excède pas 185 % du seuil de pauvreté.

Enfin, soulignons que près d'un Américain de moins de 65 ans sur cinq (45,5 millions d'individus) n'est couvert ni par une assurance collective privée ni par un des deux programmes publics susmentionnés³⁵. Les services de soins de santé obtenus par ces individus leur sont directement et entièrement facturés.

3.2 L'organisation des services et l'accès aux prestataires de soins

3.2.1 Dans les systèmes beveridgiens, la circulation des patients au sein des systèmes est, généralement, fortement réglementée

En contrepartie de l'universalité d'accès et de la prise en charge directe résiduelle incombant aux patients, les systèmes beveridgiens, tels que ceux du Royaume-Uni et de la Suède, limitent fortement la circulation des patients. Au Royaume-Uni, les patients sont notamment contraints de consulter un omnipraticien, auprès duquel ils doivent s'abonner au préalable, dans la limite de la circonscription sanitaire où ils résident. De plus, l'omnipraticien (médecine ambulatoire) joue un rôle de *gate keeper* dans l'accès aux services médicaux spécialisés (médecine spécialisée) dans la mesure où les patients ne peuvent consulter de spécialiste qu'en étant référés par leur médecin de famille. Mis à part ces aspects réglementaires, l'accès aux services médicaux est régulé dans ces systèmes par la liste d'attente, résultante du processus d'allocation *a priori* des ressources qui les caractérisent.

Au Québec, bien que l'organisation du système de santé soit d'inspiration beveridgienne, la liberté de circulation du patient prévaut en principe. Il est possible de consulter directement un médecin spécialiste, bien qu'il soit conseillé pour cela d'être référé par un médecin de famille.

Depuis la fin de 2002, les groupes de médecine familiale (GMF) sont un élément venant encadrer l'offre de services de première ligne. Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement favorisant la pratique de la mé-

³⁵ Pour en savoir plus, consulter : Kaiser Family Foundation, [The insured and their access to health care](#)

decine de famille auprès de personnes inscrites³⁶. Ces dernières s'engagent à s'inscrire auprès d'un seul médecin de famille, à le consulter en priorité ou, en son absence, à consulter un autre médecin du GMF et à aviser le GMF de tout changement d'adresse. La raison d'être des GMF est d'améliorer le suivi médical des patients et la continuité des services en renforçant le lien avec les autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, notamment les CSSS, mais aussi de rendre plus disponibles les services médicaux de première ligne grâce au travail en équipe. En août 2006, 113 GMF avaient été mis en place. L'objectif gouvernemental est d'arriver à couvrir l'ensemble de la population québécoise³⁷.

Par ailleurs, un médecin omnipraticien ou spécialiste peut exercer aussi bien en établissement public (hôpital, CLSC) ou en cabinet privé. Toutefois, plusieurs procédés ont été mis en place pour limiter les dépenses générées par l'exercice libéral de la médecine et viennent contrebalancer cette apparente absence de contraintes réglementaires relatives à l'installation des médecins :

- le respect du plan d'affectation des ressources médicales qui privilégie l'installation des médecins dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé, soit dans 11 des 18 régions sociosanitaires que compte le Québec;
- le respect des plans régionaux des effectifs médicaux qui déterminent le nombre de postes de médecins pour chaque établissement ;
- le contingentement des admissions aux quatre facultés de médecine du Québec³⁸;
- l'imposition d'activités médicales prioritaires (AMP) dans les établissements de santé (hôpitaux) pour les omnipraticiens de moins de vingt ans d'exercice³⁹.

Ainsi, la sécurité financière que constitue l'adhésion des médecins au régime public a en contrepartie, certaines restrictions à l'exercice libéral de la médecine qui peuvent être plus ou moins négociées ou imposées de façon unilatérale par le gouvernement.

3.2.2 Dans les systèmes d'assurance sociale et privée, la liberté d'accès aux prestataires est généralement moins contrainte que dans les SNS mais demeure non absolue

Dans ces systèmes, les organismes gestionnaires de l'assurance maladie se limitent à couvrir les services médicaux des médecins qui ont été agréés par ces structures. En Allemagne, les patients sont libres de consulter les médecins sous contrat regroupés en unions des médecins de caisses (*Kassenärztliche Vereinigungen*) sur les plans régional et national.

En France, le système se basant également sur des caisses d'assurance maladie, la liberté de circulation des patients est beaucoup plus étendue qu'en Allemagne. Malgré des tentatives pour obliger

³⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Groupes de médecine de famille*, http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=7402&table=0

³⁷ En octobre 2005, 543 000 personnes étaient inscrites à un GMF.

³⁸ L. Demers, « La profession médicale et l'État », p. 270.

³⁹ Si le minimum requis d'AMP est de 12 heures par semaine, les jeunes omnipraticiens consacrent 80 % de leur temps de travail à la pratique en établissement et, incidemment, seulement 20 % en cabinet. Association des jeunes médecins du Québec, *L'offre du MSSS aux omnipraticiens : toujours pas plus d'accès à un médecin de famille au Québec*, http://www.ajmq.qc.ca/New_default.asp

une certaine hiérarchisation des services, l'accès aux médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, est conditionné à leur disponibilité.

Aux États-Unis, l'accès aux prestataires est conditionné aux modalités de prise en charge des coûts des services obtenus. Ainsi, un membre d'une HMO est couvert, selon des conditions variables, par cet organisme pour une gamme de biens et services circonscrite à l'ensemble des établissements et des professionnels ayant signé une entente contractuelle avec cette HMO. Toutefois, cette même personne peut obtenir des soins de santé en dehors de l'offre prédéterminée par sa HMO. Elle doit alors prendre en charge l'intégralité des coûts générés.

4. « LE PANIER DE SERVICES » : LES BIENS ET SERVICES DE SANTÉ COUVERTS DANS LE CADRE DES RÉGIMES PUBLICS

Après avoir traité des conditions et des fondements de la couverture publique du risque maladie, il s'agit, dans cette section, de spécifier quels sont les services que l'État, directement ou indirectement, offre à sa population. Mais avant de comparer les différents paniers de services offerts au Québec, au Canada et dans quelques pays de l'OCDE, il faut préalablement s'interroger sur les facteurs, communs à tout système de santé développé, qui déterminent le degré de couverture du risque maladie.

4.1 Les déterminants de la couverture médicale

Si dans le système de l'assurance privée, la détermination de la couverture médicale répond à une logique économique explicite basée sur des calculs actuariels, en dehors de ce système, l'étendue et la qualité de la couverture médicale offerte par des institutions publiques sont bien souvent la résultante de processus complexes, voire opaques. Cette opacité s'explique par la difficulté pour les décideurs politiques d'assumer explicitement des choix éthiques dans l'allocation des services de soins de santé⁴⁰. La croissance de la demande de soins, générée par le progrès technologique et les difficultés financières des systèmes providentiels, qu'ils soient financés par l'impôt ou par des cotisations, force les autorités gestionnaires des régimes publics d'assurance maladie à se poser la question du rationnement ou, plus précisément, celle de la conciliation des impératifs d'une utilisation optimale des ressources et de l'équité d'accès et de traitement. Malgré des arrangements propres aux trajectoires nationales de la couverture du risque maladie, la question du rationnement a trois dimensions.

4.1.1 Le rationnement est d'abord scientifique : il est basé sur des faits probants

Le médecin agit d'abord pour offrir la solution thérapeutique la plus efficace selon les moyens dont il dispose. Dans tous les systèmes de santé, les médecins doivent prendre en considération la

⁴⁰ François Blais, et Dalie Giroux, *Les expériences de rationnement dans l'offre des services de santé : difficultés pratiques et théoriques*, p. 6, <http://www.capp.ulaval.ca/publication/cahier/BlaisGirouxf.pdf>
Lire également : T. S. Jost, *Health care coverage determinations : an international comparative study*.

capacité du système de répondre aux besoins de leurs patients et sont affectés dans les conditions mêmes de leur pratique par des impératifs économiques évalués de façon plus ou moins précise⁴¹.

Dans la plupart des pays observés, des procédures de contrôle réalisées au sein de la profession médicale ont été mises en place pour repérer et sanctionner les actes non justifiés ou inutilement coûteux. Au Québec, le contrôle de la facturation des médecins par la RAMQ est ainsi réalisé par des médecins qui agissent à titre auxiliaire en tant qu'inspecteurs de l'organisme public. En Allemagne, la pratique des médecins fait l'objet d'un contrôle opéré par les unions de médecins de caisse. La gestion des dépenses de santé, en France, selon la pratique de la maîtrise médicalisée⁴², dont le succès est d'ailleurs mitigé, renvoie également à la volonté de concilier confinement des coûts des prescriptions médicales et efficacité thérapeutique.

4.1.2 Le rationnement est aussi politique : il est la résultante d'un processus décisionnel plus ou moins pluraliste et transparent

Depuis les années 1990, l'ouverture au public du processus décisionnel relatif à la détermination de la couverture du risque maladie revêt une complexité scientifique, éthique et budgétaire croissante. Cette participation citoyenne a fait l'objet de plusieurs expériences, notamment en Oregon, aux Pays-Bas et en Nouvelle-Zélande⁴³. Le traitement institutionnel de la question des limites de l'assurance maladie publique a pris des formes tributaires des caractéristiques culturelles et historiques propres à ces différentes entités étatiques.

En Oregon, cette ouverture a pris la forme d'une commission (*Health Services Commission*) où siègent cinq professionnels de la santé, quatre représentants des patients, une infirmière et un travailleur social. Cette commission propose une liste des priorités au gouvernement, qui est libre d'y porter des modifications. Après avis de l'agencement de financement des soins de santé, cette liste devient effective, c'est-à-dire qu'elle détermine précisément la frontière de la couverture publique.

Au Québec et au Canada, les responsables politiques et administratifs, lors des études menées au début de 2000 sur l'avenir du système de santé (Commission Romanow⁴⁴ et Commission Clair), ont refusé de procéder à une telle ouverture citoyenne du traitement de cette question. Le rationnement reste implicite et est mis en œuvre à partir du terrain. Au Royaume-Uni, « le rationnement est avant tout l'affaire des fonctionnaires⁴⁵ », bien que des groupes de médecins et de chercheurs en éthique publique aient mis en place des expériences de consultation et de délibération et alimenté le débat public par une série d'analyses relatives aux priorités que devrait se fixer le système public de soins. Ces cas divergent de la consultation ouverte menée par le ministère de la Santé suédois, par l'intermédiaire de la Commission suédoise pour la priorisation, en 1995⁴⁶.

⁴¹ Patrick Hassenteufel, « Les réformes des systèmes de protection maladie entre libéralisation et étatisation », *Revue internationale de politique comparée*, p. 336.

⁴² Voir le paragraphe 5.1.2.

⁴³ François Blais, et Dalie Giroux, *Les expériences de rationnement dans l'offre des services de santé : difficultés pratiques et théoriques*, <http://www.capp.ulaval.ca/publication/cahier/BlaisGirouxf.pdf>

⁴⁴ Lire sur la dimension cognitive du rapport Romanow : Thomas J. Courchene, *Medicare as a moral enterprise : the Romanow and Kirby perspectives*, 20 p.

⁴⁵ M. McKee, et J. Figueras, « Setting priorities : can Britain learn from Sweden? », *British medical journal*, p. 691-694.

⁴⁶ M. McKee, et J. Figueras, « Setting priorities : can Britain learn from Sweden? », *British medical journal*, p. 691-694.

4.1.3 Dans sa mise en œuvre, le rationnement a enfin une dimension administrative

Hormis les expériences radicales de rationnement des soins de santé, dont la plus célèbre est celle de l'Oregon⁴⁷, le rationnement est le plus souvent mis en œuvre au niveau local, voire au niveau des établissements de santé eux-mêmes. Le personnel soignant, dans un contexte de pénurie en ressources humaines et matérielles, fixe au cas par cas les priorités d'utilisation des ressources.

Au Québec, cette stratégie de micro rationnement⁴⁸ est manifeste. Elle constitue une voie d'évitement de la gestion du rationnement par le politique qui se départit ainsi de la responsabilité de limiter la couverture médicale publique aux dépens des gestionnaires locaux et des professionnels de la santé. Contraints par la détermination d'enveloppes budgétaires territorialisées par région sociosanitaire réalisée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, ces derniers sont alors ultimement ceux qui exercent le contrôle économique de la prestation publique de soins.

4.2 Multiplicité des arrangements assurantiels

4.2.1 Au Québec et au Canada, la grande majorité des services dispensés dans un hôpital ou par un médecin est prise en charge par le régime public

Il n'y a pas, au Québec, un éventail de taux de remboursement des actes médicaux à l'instar de la pratique du ticket-modérateur, telle que mise en place en France notamment. Deux situations s'appliquent : soit le service médical est couvert par le régime public géré par la RAMQ (le patient n'a pas à contribuer directement en contrepartie de ce service), soit le service n'est pas pris en charge par ce régime (le patient, en l'absence d'assurance supplémentaire privée qu'il aurait contractée, prend en charge l'intégralité du coût du service).

Au Québec et dans l'ensemble des autres provinces, le système public doit couvrir l'ensemble des services « médicalement nécessaires ». Pour résoudre le caractère subjectif de cette expression, il a été déterminé par la *Loi sur la santé* du gouvernement fédéral (article 2) que la grande majorité des frais engagés auprès d'un médecin et dans un hôpital sont couverts par l'assurance maladie publique. Cette prise en charge exclusive⁴⁹ par le public des services hospitaliers et médicaux, et l'interdiction qui en découle de l'assurance privée pour ces services, est un fait unique parmi les pays de l'OCDE⁵⁰.

⁴⁷ François Blais, et Dalie Giroux, *Les expériences de rationnement dans l'offre des services de santé : difficultés pratiques et théoriques*, <http://www.capp.ulaval.ca/publication/cahier/BlaisGirouxf.pdf>

⁴⁸ François Blais, et Dalie Giroux, *Les expériences de rationnement dans l'offre des services de santé : difficultés pratiques et théoriques*, p. 62, <http://www.capp.ulaval.ca/publication/cahier/BlaisGirouxf.pdf>

⁴⁹ Cette exclusivité n'est toutefois pas intégrale. « Au Québec, il est à noter que des assurances privées paient déjà légalement pour des services médicaux établissant des diagnostics, mais en cabinet. Plusieurs groupes travaillant au sein de l'administration publique québécoise en bénéficient (exemple : cadres). C'est qu'une zone grise est apparue du fait de nouvelles technologies pouvant maintenant être utilisées hors des centres hospitaliers. Le service du médecin demeure assuré publiquement, mais pas la composante technique. Cette dernière tend à devenir imposable et, de ce fait, constitue un terrain "assurable" (exemple : 500 \$ pour une résonance magnétique). » Yvon Brunelle, *Choisir ses comparaisons pour juger : du besoin et de la tentation. Une illustration, la cause Chaoulli-Zeliotis*, p. 10.

⁵⁰ Yvon Brunelle, *Choisir ses comparaisons pour juger : du besoin et de la tentation. Une illustration, la cause Chaoulli-Zeliotis*, p. 10.

Toutefois, le jugement de la Cour suprême dans le cas Chaoulli⁵¹ du 9 juin 2005 pourrait avoir pour conséquence, à terme, de briser l'interdiction faite aux assurés des systèmes d'assurance maladie au Canada de souscrire une assurance privée duplicative⁵², c'est-à-dire une assurance qui couvre les services médicalement nécessaires (et donc normalement dispensés seulement dans le système de soins public au Canada) que le patient aura choisi d'obtenir dans le secteur privé. Malgré cette levée possible d'interdiction, il est important de mentionner que, en 2006, l'offre de services médicaux privés est extrêmement restreinte au Québec. Toutefois, à l'échelle canadienne, le Québec « compte le plus de médecins désengagés et a accueilli la première clinique à but tif⁵³ ».

De plus, autre paradoxe de la frontière entre assurance publique et assurance privée au Québec, deux assureurs publics, la Société d'assurance automobile du Québec et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, couvrent un éventail plus large de services de santé que les assureurs privés⁵⁴.

4.2.2 Toutefois, chaque régime public provincial assure une couverture plus large que les « services nécessaires » au sens du fédéral

Chaque système d'assurance maladie provincial couvre, selon ses priorités, des services qui pourraient être considérés comme médicalement requis, mais qui sont ni dispensés par un médecin ni rendus dans un hôpital (*voir l'annexe*). C'est particulièrement le cas de certains médicaments sur ordonnance, des services ambulanciers et des services d'optométrie⁵⁵. Ces disparités interprovinciales sont toutefois résiduelles. Les contraintes juridiques et financières édictées par la loi fédérale sur la santé génèrent une grande uniformité du panier de services dispensés par les régimes provinciaux.

En revanche, en dehors du champ d'application de la loi fédérale, pour les services non requis médicalement, on assiste à une plus grande disparité de l'intervention des gouvernements provinciaux. En ce qui a trait à la couverture médicament, c'est le Québec qui a mis en place le dispositif public assurantiel le plus complet, c'est à-dire couvrant la plus forte proportion de la population

⁵¹ Pour en savoir plus, consulter : Réseau de recherche en santé des populations du Québec, *Arrêt Chaoulli – Résumé*, http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/resume_f.asp

⁵² Seulement pour trois interventions déterminées, soit les opérations de la cataracte, de la hanche et du genou.

⁵³ Yvon Brunelle, *Choisir ses comparaisons pour juger : du besoin et de la tentation. Une illustration, la cause Chaoulli-Zeliotis*, p. 12.

⁵⁴ « Deux assurances publiques québécoises, celle pour les accidents de travail (CSST) et celle pour les accidents de voiture (SAAQ), peuvent servir à illustrer comment des logiques d'assurances publiques peuvent différer et créer des accès différenciés. Pour des clientèles très précises et des circonstances données, ces deux assureurs (SAAQ et CSST) couvrent, à tout le moins partiellement, la perte de revenu et une gamme plus large de services que le système public de soins. [Dans ce contexte], il leur est vital de réduire le risque de chronicité, car dès lors il sera à compenser sous forme de revenu, et surtout d'éviter une reconnaissance à titre d'invalidé. En conséquence, les impératifs pour favoriser une récupération rapide et un éventuel retour au travail sont décuplés. De façon beaucoup plus agressive que le système public de soins [N.D.L.R. : et avec plus de moyens financiers], ces deux assureurs n'hésitent pas à acheter des services privés pour éviter les attentes et accélérer le retour aux activités "normales" (principalement le travail). » Yvon Brunelle, *Choisir ses comparaisons pour juger : du besoin et de la tentation. Une illustration, la cause Chaoulli-Zeliotis*, p. 15.

⁵⁵ Ministère de la Santé du Canada, *Rapport annuel 2004-2005 sur l'application de la Loi sur la santé*, p. 7. Lire aussi : O. Madore, *La loi canadienne sur la santé : aperçu et options*, 30 p.

provinciale (42,7 %) et un nombre important de médicaments⁵⁶. Les autres provinces pour lesquelles il a été possible d'obtenir des données (Nouveau-Brunswick, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique) ont, elles, un taux de couverture beaucoup plus bas (entre 13 et 21 % de leur population respective), mais dépensent plus par personne inscrite qu'au Québec. Concernant le financement de ces régimes d'assurance médicaments, toutes les provinces imposent une contribution des usagers par des franchises et des primes.

4.2.3 Une comparaison internationale difficile à réaliser

La comparaison internationale de la couverture médicale est un exercice délicat. Elle supposerait une définition commune et stable des biens et services qui doivent être couverts, mais aussi des arrangements facilitant soit leur prise en charge directe par l'État ou des institutions sous son contrôle, soit l'acquisition par les particuliers d'une assurance maladie privée ou sociale (notamment par des incitatifs fiscaux).

Sommairement, quelques tendances se dessinent relativement à la nature et à l'importance des prestations couvertes par l'État ou d'autres institutions sous contrôle public. La mise en place d'instruments permettant une meilleure couverture des risques sanitaires majeurs est la première de celles-ci. L'intégration d'une approche se basant sur les besoins de la population et non sur l'organisation des services de santé, ce qui inverse le sens de la prestation de services de santé dans la mesure où c'est dorénavant le système de soins qui va à la rencontre du patient et non ce dernier qui doit nécessairement entrer dans un établissement de soins, et une meilleure prévention sont deux de ces instruments. Toutefois, si les risques majeurs, impliquant des soins curatifs au coût prohibitif, sont entièrement (ou presque) pris en charge par des systèmes assurantiels collectifs régulés par l'État dans la plupart des pays de l'OCDE, cela s'accompagne en contrepartie d'un désengagement de l'État dans la prise en charge de services jugés comme accessoires, tels que les services de dentisterie, d'optométrie et d'ambulance.

5. LES MODALITES DE DISPENSATION DES SERVICES DE SANTE

Comment les services de santé sont-ils rendus? Cette question renvoie à une multitude d'agencements organisationnels propres aux trajectoires sociopolitiques des États observés. Le mode de financement, le mode de production des soins et le type de rémunération des médecins sont les principaux volets qui ont été retenus pour rendre compte de la manière dont ces services sont rendus.

5.1 Le mode de financement

Tous les systèmes de santé sont aux prises avec des problèmes de financement plus ou moins marqués. Des distinctions sont toutefois à établir entre les systèmes de financement qui privilégient un mode de financement par l'impôt (Canada, Royaume-Uni) et ceux qui se basent sur les

⁵⁶ Quatre mille cinq cents médicaments figuraient sur la liste des médicaments couverts par le régime public québécois en 2005. Bien que cette donnée ne renseigne pas sur la dispersion des médicaments en fonction de leur prix, l'importance de cette couverture est supposée, puisque ce chiffre se situe dans la moyenne du nombre de médicaments couverts par les régimes provinciaux d'assurance médicaments.

cotisations des travailleurs et employeurs (France et Allemagne), dont l'équilibre financier est plus vulnérable aux fluctuations du marché de l'emploi.

Outre les répercussions que ces problèmes peuvent engendrer sur l'étendue et la qualité des prestations publiques de santé, la question du financement des systèmes de santé est également liée à celle du mode de gouvernance de ces systèmes, la contrepartie du financement par les travailleurs et employeurs étant leur représentation au sein des instances de gestion des régimes d'assurance maladie. Ainsi, dans les pays d'Europe continentale ayant comme première source de financement l'assurance sociale, les syndicats et le patronat sont fortement impliqués dans la gestion du système⁵⁷.

5.1.1 Au Québec et au Canada, les services publics de santé sont principalement financés a priori par l'impôt

Au Québec, la couverture publique de la maladie est financée par l'impôt, par l'intermédiaire du processus d'allocation budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux. Jusqu'en 1978, les dépenses de santé étaient financées directement par les contributions des employeurs, par les primes des particuliers et par une contribution fédérale. Depuis la réforme du financement de la santé en 1978, la santé est financée par le fonds consolidé du revenu⁵⁸. Cette réforme, en mettant fin à l'affectation directe de cotisations obligatoires, caractéristique du mode de financement des systèmes d'assurance maladie, marque la mise en place d'un mode de financement typique des systèmes beveridgiens.

L'avantage principal du mode de financement beveridgien, par l'allocation d'un budget global, est de permettre un contrôle *ex ante* des dépenses. Le fonds consolidé du revenu constituant les neuf dixièmes des ressources du système public de santé, l'évolution des dépenses de santé est hautement prévisible, contrairement au cas français, par exemple, où l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est régulièrement dépassé. Seul un dixième des dépenses publiques au Québec est de nature moins prévisible, puisque provenant de contributions directes des usagers (ex. : suppléments de chambres privées ou semi-privées, contribution des adultes hébergés et services pharmaceutiques) et de sources diverses (ex. : CSST, SAAQ, ministère des Anciens combattants et facturation des services aux non-résidents)⁵⁹. Cette situation n'empêche pas cependant les établissements – particulièrement les hôpitaux – de faire à l'occasion des déficits, compromettant l'équilibre budgétaire prévu par le gouvernement.

⁵⁷ La fiscalisation croissante de l'assurance maladie en France, à la suite de la création en 1990 de la cotisation sociale généralisée, coïncide avec un désengagement progressif du patronat et un renforcement de la place de l'État au sein des organismes gestionnaires. Jean de Kervasdoué, « La régulation des dépenses de santé en Europe et dans certains pays de l'OCDE », *Revue française d'administration publique*, p. 43.

⁵⁸ M. Clavet, et autres, « L'évolution du financement des dépenses québécoises en services de santé », p. 404. Selon les Comptes publics 2004-2005, la santé et les services sociaux accaparaient environ 36 % du fonds consolidé. Celui-ci se composait, en 2000, ainsi : 33,7 % de l'impôt sur le revenu des particuliers; 7,8 % des impôts des sociétés; 18,9 % des taxes à la consommation; 9,4 % des cotisations au fonds des services de santé; 8,3 % des revenus provenant des entreprises du gouvernement; 13,4 % des transferts du gouvernement; 8,5 % des droits, permis et revenus divers.

⁵⁹ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair).

Toutefois, on assiste, depuis quelques années, à la valorisation des méthodes de prise en charge directe (*out of pocket*) des dépenses de santé. Selon l'information colligée dans les tableaux mis en annexe de ce document⁶⁰, trois provinces imposent soit le paiement d'une franchise aux contribuables ayant un revenu supérieur à 20 000 \$ (c'est le cas de l'Ontario), soit, en Alberta et en Colombie-Britannique, le paiement d'une prime.

5.1.2 Le financement de l'ensemble des services de santé (publics et privés) au Canada en comparaison

SOURCES DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ, PAYS SÉLECTIONNÉS DE L'OCDE, EN %, 2003					
Source	Allemagne	Canada	États-Unis	France	Royaume-Uni
Dépenses publiques	78,2	69,9	44,4	76,3	83,4
Adm. publiques	9,8	68,5	31,5	2,5	83,4
Adm. de sécurité sociale	68,4	1,5	13,0	73,8	
Dépenses privées	21,8	30,1	55,6	23,7	16,6
Versements nets	10,4	14,9	14,1	10,0	
Assurance privée	8,8	12,7	36,7	12,7	
Autres	2,6	2,4	4,9	1,0	
Dépenses totales	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Copyright Eco-Santé 2005

Le mode de financement de la santé au Canada peut être qualifié d'hybride, se situant entre les caractéristiques propres aux systèmes beveridgiens (la part prédominante des administrations publiques) et au système d'assurance privée, notamment de par l'importance des versements nets des ménages (supérieurs au Canada qu'aux États-Unis) et des primes d'assurance privée. Le Royaume-Uni, malgré l'imprécision des données, se pose en archétype d'un mode de financement principalement public. De plus, la part privée du financement de la santé a diminué nettement entre 1998 et 2002, passant de 19,6 % à 16,7 %.

Les cas français et allemand mettent en relief l'importance d'organismes sans but lucratif, des caisses d'assurance maladie, dans la couverture des dépenses de santé. En France, toute la population est couverte par une assurance maladie publique, mais la participation de l'utilisateur au financement du système est généralisée par le biais de tickets modérateurs dont les taux sont variables selon les actes. En dehors des bénéficiaires de la couverture maladie universelle, les usagers du système souscrivent à une assurance complémentaire privée (une mutuelle) afin de couvrir une partie ou l'intégralité des coûts des tickets modérateurs. Cette prise en charge par les mutuelles ou les assurances privées annihile l'effet contraignant de cette pratique sur la consommation de biens et de services de santé⁶¹. La difficulté de prévoir le volume des dépenses et, incidemment, de les

⁶⁰ Voir les annexes III et IV.

⁶¹ La part des dépenses de médicaments dans le produit intérieur brut (PIB), en France, reste la plus élevée des pays du G8 : 2,11 % contre 1,94 % aux États-Unis et 1,62 % en Allemagne. La France n'est toutefois pas le pays de l'OCDE où il se consomme le plus de médicaments par habitant en tenant compte du pouvoir d'achat. Les Islandais

contrôler tient, dans le cas français, à l'échec de la « maîtrise médicalisée ». L'objectif de cette pratique était de faire des professionnels de la santé les premiers acteurs de la lutte au déficit social en les incitant à diminuer leur prescription, notamment médicamenteuse. Devant cet échec, la stratégie des gestionnaires de la Sécurité sociale française est, depuis les années 1980, de diminuer les taux de remboursement de la Sécurité sociale ainsi que les actes pris en charge⁶².

Au Canada, les données de l'OCDE montrent une privatisation modérée de la prise en charge des risques de santé. La croissance limitée de la part de la richesse collective accaparée par les dépenses en santé est certes essentiellement le fait de l'augmentation de la part relative des dépenses privées. Toutefois, celle-ci est stable depuis, soit entre 1995 et 2004 (2,6 %).

SOURCES PUBLIQUES ET PRIVÉES DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ, CANADA, EN % DU PIB, 1960-2004										
Source	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Dépenses publiques	2,3	3,1	4,9	5,4	5,4	6,2	6,7	6,5	6,3	6,1
Dépenses privées	3,1	2,8	2,1	1,7	1,7	2,0	2,3	2,6	2,6	2,6
Dépenses totales	5,4	5,9	7,0	7,1	7,1	8,2	9,0	9,2	8,9	8,7
PIB (M\$ US) PPA	41 334	59 578	91 487	158 338	269 566	396 624	534 582	656 648	860 185	963 917

Copyright ECO-SANTÉ OCDE 2005, Juin 05. (PPA : parité de pouvoir d'achat)

En termes de comparaison interprovinciale, le Québec est la province qui a connu la croissance la plus régulière de la part des dépenses privées en santé entre 1975 et 2005. Il se distingue particulièrement de l'Ontario et de l'Alberta dont ce ratio est en diminution, depuis respectivement 2002 et 2001, après avoir connu une brusque hausse entre 1990 et 1995. Toutefois, malgré ces divergences diachroniques et des trajectoires politiques particulières, le tableau ci-dessus souligne globalement une certaine uniformité de la prise en charge privée du risque maladie dans les provinces canadiennes autour du ratio moyen au Canada de 30 %.

PART DES DÉPENSES PRIVÉES DANS LE TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ (EN %), PROVINCES, CANADA, 1975-2005											
Année	Qc	TNL	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Canada
1975	21,2	22,4	27,0	21,2	22,6	24,7	22,3	25,5	23,6	28,1	23,8
1980	18,5	33,8	38,5	22,5	26,2	27,9	23,9	20,5	22,9	28,1	24,5
1985	21,0	25,1	29,2	23,1	26,7	27,7	24,1	21,8	20,4	26,5	24,5
1990	24,4	20,1	27,3	26,3	25,9	27,2	21,5	20,4	24,7	26,9	25,5
1995	26,8	23,3	31,9	30,1	27,2	32,0	25,2	25,4	29,6	25,4	28,7
2000	27,7	21,7	30,7	30,0	28,8	33,2	25,8	24,4	29,3	26,4	29,6
2005	30,2	23,7	30,0	31,1	30,6	32,8	26,8	24,9	27,1	30,1	30,4

Source : Institut canadien d'information sur la santé, rubrique « Statistiques éclair », au 9 août 2006.

et les Grecs consommaient respectivement 26,5 % et 25 % plus de médicaments que les Français en 2002. Ces données sont inexistantes pour le Canada. Organisation de coopération et de développement économiques, Eco-santé 2005.

⁶² Cela s'apparente à une privatisation rampante du risque maladie. Patrick Hassenteufel, « Les réformes des systèmes de protection maladie entre libéralisation et étatisation », *Revue internationale de politique comparée*, p. 335.

5.2 Le mode de fourniture ou de production des soins

Trois modèles de production de soins peuvent être définis⁶³ :

- le modèle intégré où l'État finance et produit les services;
- le modèle contractuel où un tiers payeur, financé sur fonds publics ou par des cotisations sociales obligatoires, négocie avec des producteurs de soins indépendants;
- le modèle du remboursement où les patients payent directement le producteur de soins et se font rembourser ensuite par leur assureur.

La dispensation de soins au Québec emprunte aux pratiques de chacun de ces trois modèles. Bien que le modèle intégré, de type beveridgien, soit encore dominant, la couverture du risque maladie laisse la place à une intervention accrue des assurances privées, comme l'attestent les données du tableau précédent.

En revanche, le modèle contractuel est clairement le moins sollicité. Les négociations entre la RAMQ et les principaux producteurs de soins en volume, les médecins, ont une dimension contractuelle très limitée en raison de la persistance d'un mode de gestion centralisateur (malgré la régionalisation du réseau) et parfois autoritaire⁶⁴. Par ailleurs, on n'assiste pas à l'introduction de pratiques concurrentielles entre producteurs de soins comme c'est le cas au Royaume-Uni⁶⁵ ou en Allemagne depuis 1992 et surtout depuis la loi de modernisation de l'assurance maladie de 2003⁶⁶.

5.3 Le mode de rémunération des médecins

Au Québec, le mode de rétribution des services médicaux est principalement la rémunération à l'acte. En 2004, 3 063 M\$ ont été dépensés sous le régime public d'assurance maladie du Québec pour des services médicaux, 2 411 M\$ (78,7 %) l'ont été selon un mode de rétribution à l'acte et 568 M\$ (18,6 %) à honoraires forfaitaires⁶⁷. On remarque toutefois une certaine popularité du mode de rémunération mixte (alliant rémunération à salaire et par capitation) au sein de la profession médicale. Pour les spécialistes, où elle a été introduite en 1999, plus de 1 000 médecins sont rémunérés ainsi, soit plus d'un spécialiste sur 10. Au Royaume-Uni, tous les omnipraticiens sont rémunérés en partie à salaire et en partie par capitation conformément à leur rôle en matière de prévention et d'accès à des services spécialisés.

Le mode de rémunération à l'acte est en porte-à-faux par rapport à la logique de détermination *a priori* des ressources financières qui prévaut dans les systèmes nationaux de santé. Outre la dimension politique de cet arrangement, qui fit figure de compromis lors de l'instauration de

⁶³ Jean de Kervasdoué, « La régulation des dépenses de santé en Europe et dans certains pays de l'OCDE », *Revue française d'administration publique*, p. 41.

⁶⁴ Voir le projet de loi n° 37 adopté le 13 juin 2006, concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes.

⁶⁵ R. Klein, « La réforme du service national de santé britannique : le consommateur introuvable », *Revue française d'administration publique*.

⁶⁶ Patrick Hassenteufel, et B. Palier, « Les trompe-l'œil de la "gouvernance" de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, p. 18-19.

⁶⁷ Régie de l'assurance maladie du Québec, *Statistiques annuelles 2004*, Tableau 2.20.

l'assurance maladie en 1971 pour la profession médicale attachée à l'exercice libéral, ce mode de rémunération incite les médecins à produire des services et, conséquemment, aide à limiter l'attente du patient. Cette incitation est d'autant plus manifeste avec l'augmentation en 2003 du plafond de paiement des médecins⁶⁸. Cependant, ce mode de rémunération a pour conséquence d'inciter les médecins, dont l'activité a un impact direct sur le niveau de dépenses du système de santé, à produire un haut volume de soins.

À l'étranger, plusieurs modes de rémunération ont été mis en place (à l'acte, à salaire, par capitation, mixte). Le mode de rémunération à l'acte est le plus commun, surtout dans les pays où le lobby médical a réussi à préserver l'exercice libéral de la médecine dans sa conception originelle⁶⁹, comme en France où la pratique de la surfacturation est encore largement répandue. En Allemagne, les effets inflationnistes de ce mode de rémunération sur le coût de la santé pour la collectivité sont limités par la détermination d'un plafond de revenus par les unions de médecins de caisses.

Le cas états-unien apporte au sujet de la rémunération des médecins à la fois contrastes avec le cas québécois et nuances avec certains présupposés. D'une part, en dehors des réseaux de soins de santé (HMO), les médecins jouissent d'une certaine liberté de tarification. Le paiement à l'acte est, dans ce cas, le plus utilisé. D'autre part, dans les HMO, les médecins sont soit salariés et payés à l'heure et au nombre de patients (comme c'est le cas de la clinique Mayo, par exemple) soit payés en fonction d'un mode de rémunération mixte. Dans ce pays, où le mode de rémunération à l'acte devrait en toute logique être dominant, le développement important du *managed care* a eu pour conséquence de faire passer de 90 % à 30 % la part des revenus des médecins provenant de ce type de rémunération⁷⁰.

6. QUELQUES ELEMENTS DE COMPARAISON QUANTITATIVE

Dans un contexte de remise en cause généralisée de l'intervention de l'État, la comparaison des politiques publiques de la santé est souvent utilisée afin de soutenir la privatisation de la couverture et de la prestation des soins ou, du moins, l'introduction de pratiques plus performantes inspirées de différentes expériences étrangères. Le recours à des analyses comparées de données quantitatives, émanant principalement de l'OCDE, permet de classer les systèmes de santé sur un continuum de performance.

En dehors des biais qu'induit le choix des entités de comparaison⁷¹, celui des critères est un moment particulièrement problématique de la mise en comparaison⁷². En effet, la comparaison et a

⁶⁸ *Le Devoir*, 5 juillet 2003.

⁶⁹ Tel que défini, notamment, dans la charte de la Fédération nationale des syndicats de médecins de France le 30 novembre 1997. Les principes de l'exercice libéral de la médecine sont : le respect absolu du secret professionnel; le libre choix du médecin pour le patient; le droit à des honoraires pour tout malade soigné; le paiement direct par l'assuré; la liberté thérapeutique et de prescription.

⁷⁰ Jean de Kervasdoué, « Lieux communs et idées fausses en politique de santé », *Politiques et management public*, p. 129-145.

⁷¹ Conformément à une croyance partagée par les décideurs politiques et certains *think tanks* néo-libéraux, celle de l'efficacité supérieure de la régulation du marché sur celle de l'État, au Québec, la comparaison de la performance

fortiori l'étalonnage des systèmes de santé sont des pratiques difficiles en raison de la complexité des facteurs intervenant sur le niveau de performance. Si, idéalement, quatre critères devraient être retenus pour mesurer la performance des systèmes de santé, soit la réactivité (le temps de réponse à la demande), l'équité (géographique et selon le revenu des patients), le coût pour la société et l'état de santé de la population⁷³, l'analyse comparée et quantitative se limitera à trois dimensions plus tangibles (bien qu'également soumises à certaines controverses méthodologiques) :

- la part de la richesse collective allouée à la santé;
- l'importance des ressources humaines et matérielles (lits, technologies);
- la production hospitalière (calculée par le taux de sortie).

6.1 Les dépenses en santé en proportion de la production nationale

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ, % DU PRODUIT INTÉRIEUR BRUT, PAYS SÉLECTIONNÉS DE L'OCDE, 1960-2003					
Année	Allemagne	Canada	États-Unis	France	Royaume-Uni
1960	ND	5,4	5,0	3,8	3,9
1965	ND	5,9	5,5	4,7	4,1
1970	6,2	7,0	6,9	5,4	4,5
1975	8,6	7,1	7,8	6,5	5,5
1980	8,7	7,1	8,7	7,1	5,6
1985	9,0	8,2	10,0	8,2	5,9
1990	8,5	9,0	11,9	8,6	6
1995	10,6	9,2	13,3	9,5	7,0
2000	10,6	8,9	13,1	9,3	7,3
2001	10,8	9,4	13,8	9,4	7,5
2002	10,9	9,6	14,6	9,7 e	7,7
2003	11,1	9,9 e	15,0	10,1 e	7,7 ⁻¹

Copyright ECO-SANTÉ OCDE 2005, Octobre 05

-1 : indique que la donnée est pour 1 année précédente

"e" signifie que la donnée est une estimation.

des systèmes de santé se limite bien souvent aux États, tels que la Suisse ou les Pays-Bas, qui ont le plus privatisé et introduit des mécanismes de concurrence dans le mode de fonctionnement de leur système de santé.

⁷² Voir, notamment, les critiques entourant la publication de l'étalonnage des systèmes de santé par l'Organisation mondiale de la Santé dans son [Rapport annuel sur la santé dans le monde](#), 2000.

⁷³ Dans l'amélioration de l'état de santé de la population, la part imputable au système de soins serait la plus faible; le style de vie, les facteurs biologiques et génétiques et la qualité de l'environnement auraient une influence plus marquée que les politiques de protection du risque maladie. Voir le document d'analyse du présent site sur le sujet.

Parmi ces cinq États souverains ayant un niveau de richesse collectif relativement comparable⁷⁴, le Canada (9,9 %) se situait, en 2003, dans une situation médiane entre les États-Unis (15 %) et le Royaume-Uni (7,7 %) au chapitre de la part du PIB dépensée en santé. Sur la longue période, parmi ces cinq pays, le Canada est celui qui a connu la croissance la moins importante (+83,3 % entre 1960 et 2003), alors qu'aux États-Unis ce même ratio a triplé sur la même période. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le Canada se situe néanmoins parmi les pays qui dépensent le plus en santé⁷⁵.

Compte tenu de leur mode de financement semblable, il est surprenant de constater, en ce qui concerne l'effort financier en santé, une telle différence entre les systèmes de santé canadiens et britannique. La part plus importante de la couverture privée du risque maladie au Canada explique vraisemblablement ce résultat. En effet, on remarque que, parmi les États ayant des ratios « dépenses totales en santé / PIB » les plus élevés, on retrouve des États ayant fait une place plus importante à l'assurance privée (États-Unis, Grèce, Suisse, Pays-Bas). La raison en est simple : pour des biens et des services de première nécessité, pour lesquels il n'existe pas de substitut et où les relations entre clients et producteurs sont marquées par une forte asymétrie d'information, la privatisation des services d'assurance maladie a eu pour conséquence de « marchandiser » des services qui étaient auparavant rationnés dans le système public d'offre de soins en fonction des capacités des enveloppes budgétaires globales.

6.2 Les ressources des systèmes de santé

En ce qui concerne les ressources humaines, la comparaison des données statistiques au sein de l'OCDE met le Canada (6,7 %⁷⁶) de nouveau dans une situation médiane entre les pays qui ont les plus fortes proportions de leur main-d'œuvre travaillant dans le domaine sanitaire (Allemagne : 8 %, Suisse : 8,1 %) et ceux qui ont au contraire les plus faibles (notamment les Pays-Bas : 4,5 %).

Pour la profession médicale strictement, en 2003, le Canada (2,1) se situait, en revanche, parmi les pays ayant le moins de médecins pour 1000 habitants avec le Royaume-Uni (2,2) et les États-Unis (2,3 en 2002). Au sein du Canada, le Québec est une des provinces qui compte le plus grand nombre de médecins pour 1 000 habitants. Les écarts interprovinciaux sont toutefois modérés puisque, en 2003, le Québec comptait 10 % de médecins de plus pour 1000 habitants que le Canada pris dans son ensemble et 16 % de plus que l'Ontario, une des provinces qui comptait le moins de médecins pour 1 000 habitants⁷⁷.

Cette faiblesse de la densité médicale est accentuée par la faible capacité d'accueil des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée dans ces trois pays. En 2002, la faiblesse de la capacité des établissements sanitaires du Canada était particulièrement marquée : avec 3,7 lits pour 1000 habitants, il avait sensiblement la même capacité que le Portugal (3,6). Seuls le Mexique

⁷⁴ Selon l'OCDE (*Éco Santé 2005*), en 2003, le PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA) aux États-Unis était 23,7 % supérieur à celui au Canada, alors que les trois autres pays avaient un PIB *per capita* sensiblement inférieur à celui au Canada (Allemagne : - 11 %; France : -5,9 %; Royaume-Uni : -2 %).

⁷⁵ La part moyenne du PIB dépensée en santé au sein de l'OCDE en 2002 était de 8,5 %.

⁷⁶ Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé 2005*, en équivalent temps plein en 2001.

⁷⁷ Consulter l'annexe IV.

(1,1) et la Turquie (2,6) avaient une capacité inférieure à celle du Canada. Cette situation s'explique notamment par l'adoption de pratiques cliniques plus souples en termes de mobilisation de ressources (chirurgie d'un jour sans hospitalisation, virage ambulatoire).

De même, en ce qui concerne l'équipement technologique, on remarque un sous-équipement relatif du Canada en comparaison des États-Unis et des pays scandinaves, notamment. Ayant moins de médecins pour 1 000 habitants, il semble cependant logique de faire l'hypothèse que le Canada dispose de moins de matériel technologique parce qu'il compte moins de médecins.

6.3 Les difficultés de mesurer l'efficacité du système de santé

L'effet de la faiblesse du nombre de lits pour 1000 habitants pourrait toutefois être annulé par un taux de sortie⁷⁸ supérieur à celui observé dans des pays comparables. Selon les données de l'OCDE, tel n'est pas le cas au Canada, puisqu'il figure parmi les pays ayant les ratios les plus faibles à ce chapitre (8 828 sorties des établissements de soins aigus pour 100 000 habitants en 2003, contre 25 110 en France, 23 215 au Royaume-Uni, 20 164 en Allemagne, 11 712 aux États-Unis).

Il est toutefois difficile de mesurer la performance des systèmes de santé au Canada à l'aune de ce seul indicateur. En effet, si on compare l'état de santé de la population canadienne⁷⁹, qui est l'effet du système de santé⁸⁰, le Canada se situe parmi les pays de l'OCDE ayant des résultats sanitaires parmi les meilleurs, tout en dépensant une part de son PIB relativement proche de la moyenne de l'OCDE⁸¹. L'analyse des résultats d'autres indicateurs est nécessaire pour pouvoir espérer comparer la performance et l'efficacité des systèmes de santé. La fiabilité de ces instruments n'est toutefois, à ce jour, pas garantie⁸². Les manques d'homogénéisation des données fournies par les autorités nationales sont régulièrement soulignés par le producteur de ces métadonnées, l'OCDE. Par exemple, la mesure comparée du taux de sortie bute à la pluralité des manières nationales de définir ce qu'est une hospitalisation, une admission à l'hôpital et un congé de l'hôpital.

Par ailleurs, comparer l'efficacité de la santé dans plusieurs pays par le biais de ce seul indicateur revient à supposer que les pratiques hospitalières et cliniques sont semblables partout, ce qui est loin d'être le cas malgré des phénomènes de mimétisme et d'influence réciproque dus, entre autres, aux échanges interuniversitaires, et que l'hospitalisation préfigure d'un bon état de santé, ce qui est fort paradoxal. L'impact du virage ambulatoire, avec la valorisation des soins à domicile et

⁷⁸ Le taux de sortie est calculé selon le nombre de congés rendus dans les établissements de soins spécialisés après une période d'hospitalisation. Il inclut les décès, ce qui est paradoxal pour un indicateur dit de mesure de la performance.

⁷⁹ Consulter le document d'analyse sur le site www.etatquebecois.enap.ca sur l'état de santé de la population.

⁸⁰ Bien que la qualité du système de santé ait une influence marginale sur l'état de santé de la population par rapport aux autres déterminants de la santé que sont le style de vie, les facteurs biologiques et génétiques et la qualité de l'environnement. Voir l'analyse sur l'état de santé des populations sur ce même site Internet.

⁸¹ À ce chapitre, le Japon aurait le système le plus efficace (dépensant 2 139 US \$ PPA par habitant et ayant les meilleurs résultats en ce qui concerne l'espérance de vie et la mortalité infantile, notamment) et les États-Unis, un des moins efficaces (dépensant 2,4 fois plus que le Japon par habitant et obtenant de moins bons résultats sanitaires).

⁸² Vingt-trois pays de l'OCDE, dont le Canada, se sont engagés dans un projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI) qui vise à déterminer les indicateurs pertinents sur le plan scientifique et importants sur les plans clinique et stratégique et, surtout, à améliorer leur comparabilité. Kelly, E., et J. Hurst, « Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report », *OECD Health Working Papers*, p. 14-16.

dans les cliniques de jour qu'il sous-tend, et l'adoption de pratiques souples (chirurgie d'un jour, notamment), où l'admission en établissement de soins aigus est considérée comme l'ultime recours, doivent être pris en considération pour mettre en contraste de manière plus pertinente les résultats du Canada relatifs au volume de soins réalisés par les établissements hospitaliers.

Dans un autre ordre d'idées, évoquer l'efficacité du système de santé revient souvent, au Québec, à soulever le problème des listes d'attente. Selon les données existantes, le Québec affiche, à ce chapitre, un niveau de performance moyen au Canada⁸³. Toutefois, c'est au Québec que les patients attendant plus d'un mois pour une chirurgie non urgente sont les plus nombreux. Cette situation témoigne de l'existence d'un rationnement implicite de l'offre de soins⁸⁴.

Pour conclure, la comparaison des niveaux de performance des systèmes de santé ne doit pas omettre que :

- 1) la manière dont le système de santé fonctionne est dépendante des valeurs partagées par les décideurs et la population. Au Québec, bien qu'on assiste à un processus « d'économisation » de l'action publique, la dimension éthique reste dominante, et ceci est particulièrement manifeste dans le domaine de la santé. La recherche d'efficacité est secondaire par rapport à la préservation d'un système de soins garant de l'égalité d'accès⁸⁵. Le mode de production des soins au Québec et dans les autres provinces est plus proche en cela des modèles européens de collectivisation (dans lesquels la prise en charge universelle et quasi-gratuite par l'État des risques maladie majeurs, et excessivement coûteux, va de soi) que du modèle états-unien d'individualisation des risques maladie;
- 2) tous les systèmes de santé sont marqués par des choix organisationnels qui ont pour conséquence certains avantages et inconvénients. Étant donné qu'aucun système de santé ne peut répondre de façon entièrement satisfaisante à une demande de services de soins de santé en croissance, plusieurs avenues de réforme, quant aux modalités de dispensation de la couverture maladie publique, s'offrent au Québec, notamment :
 - la transparence des décisions liées au fait de couvrir ou non certains soins;
 - la réorganisation des processus de travail au sein du réseau de la santé et des services sociaux pour garantir une meilleure accessibilité des services de première ligne et l'intégration souhaitée depuis plusieurs décennies déjà des actions préventives.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES JEUNES MÉDECINS DU QUÉBEC (Page consultée le 18 octobre 2006). L'offre du MSSS aux omnipraticiens : toujours pas plus d'accès à un médecin de famille au Québec, [en ligne], http://www.ajmq.qc.ca/New_default.asp

⁸³ Conference Board of Canada, Healthy Provinces, Healthy Canadians. A provincial benchmarking report.

⁸⁴ Conference Board of Canada, Healthy Provinces, Healthy Canadians. A provincial benchmarking report.

⁸⁵ Malgré le fait que, depuis 2004, l'intégration de l'approche populationnelle constitue un changement souhaité de référentiel de l'action sanitaire, au Québec, en termes d'équité d'accès.

BANTING, Keith G (2002). Health policy and federalism: a comparative perspective on multi-level governance, Montréal, McGill-Queen's University Press, 199 p.

BÉLAND, F. (Page consultée le 18 octobre 2006). Les dépenses de santé au Québec : la bataille des chiffres, [en ligne], <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/05/903683.pdf>

BERGERON, P., et F. GAGNON (2003). « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations », dans LEMIEUX, V., et autres, Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 7.

BLAIS, François, et Dalie GIROUX (Page consultée le 18 octobre 2006). Les expériences de rationnement dans l'offre des services de santé : difficultés pratiques et théoriques, p. 6, [en ligne], <http://www.capp.ulaval.ca/publication/cahier/BlaisGirouxf.pdf>

BRUNELLE, Yvon (2006). Choisir ses comparaisons pour juger : du besoin et de la tentation. Une illustration, la cause Chaoulli-Zeliotis, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Présentation donnée à la XVIIème Conférence des juristes de l'État.

CLAVET, M., et autres (2003). « L'évolution du financement des dépenses québécoises en services de santé », dans LEMIEUX, V., et autres, Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 375-411.

CONFERENCE BOARD OF CANADA (2006). Healthy Provinces, Healthy Canadians. A provincial benchmarking report.

CONSEIL DE L'EUROPE (2004). Tableaux comparatifs des systèmes de protection sociale dans 13 États membres du Conseil de l'Europe, en Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande, MISSCEO.

COURCHENE, Thomas J. (2003). Medicare as a moral enterprise : the Romanow and Kirby perspectives, Montréal, Institut de recherche en politiques publiques, vol. 4, n°1 (octobre), 20 p.

DANIEL, Christine (2001). La protection sociale en Europe : le temps des réformes, Paris, La Documentation Française, 262 p.

DEMERS, L. (2003). « La profession médicale et l'État », dans LEMIEUX, V., et autres, Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 270.

DUNNIGAN, Lise, et autres (2004). La Politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 273 p.

DUSSAULT, G., et C.-A. DUBOIS (2003). « Les personnels de la santé », dans LEMIEUX, V., et autres, Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 236.

ESPING-ANDERSEN, Gosta (1999). Les trois mondes de l'État-providence : essai sur le capitalisme moderne, Paris, Presses Universitaires de France, 310 p.

FLOOD, C., et T. ARCHIBALD (2005). Hamstrung and Hogtied : Cascading Constraints on Citizen Governors, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Documents sur l'imputabilité dans les soins de santé, n° 6 (juin), 57 p.

FOREST, P.-G., et autres (2003). « Participation et publics dans le système de santé du Québec », dans LEMIEUX, V., et autres, Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université Laval, p.175-200.

FORTIN, A. (2003). « Les organismes et groupes communautaires », dans LEMIEUX, V., et autres, Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 203.

HASSENTEUFEL, Patrick (1997). Les médecins face à l'État : une comparaison européenne, Paris, L'Harmattan, 367 p.

HASSENTEUFEL, Patrick (1998). « Les réformes des systèmes de protection maladie entre libéralisation et étatisation », Revue internationale de politique comparée, vol. 5, n° 2, p. 335.

HASSENTEUFEL, Patrick, et B. PALIER (2005). « Les trompe-l'œil de la "gouvernance" de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », Revue française d'administration publique, n° 113, p. 18-19.

JOST, T. S. (2005). Health care coverage determinations : an international comparative study, Open University Press.

KELLEY, E. et J. HURST (2006). « Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report », OECD Health Working Papers, n° 22 (mars), p. 14-16.

KERVASDOUÉ, Jean de (2001). « Lieux communs et idées fausses en politique de santé », Politiques et management public, vol. 19, n° 2 (juin), p. 129-145.

KERVASDOUE, Jean de (2005). « La régulation des dépenses de santé en Europe et dans certains pays de l'OCDE », Revue française d'administration publique, n° 113, p. 29-48.

KLEIN, R. (1995). « La réforme du service national de santé britannique : le consommateur introuvable », Revue française d'administration publique, n° 76.

L'OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE (2003). [« La régionalisation du secteur sanitaire au Québec et en France »](#), Télescope, vol. 10, n° 1.

L'OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE (2005). «La gestion des organisations publiques entre tradition et renouveau », Vigie, vol. 8, no 4 (automne).

LE FAOU, Anne-Laurence (2003). Les systèmes de santé en questions : Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada, Paris, Ellipses, 224 p.

LECA, J. et M. GRAWITZ (1986). *Traité de science politique*, vol. 4, Paris, Presses Universitaires de France.

LEMIEUX, V. (2003). Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université Laval, 507 p.

MADORE, O. (2005). La Loi canadienne sur la santé : aperçu et options, Service d'information et de recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 30 p.

MAIONI, A. (2002). Rôles et responsabilités en matière de politique des soins de santé, Étude n° 34, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow).

McKEE, M., et J. FIGUERAS (1996). « Setting priorities : can Britain learn from Sweden? », British medical journal, vol. 312, n° 7032, p. 691-694.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU CANADA, Rapport annuel 2004-2005 sur l'application de la Loi sur la santé.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consultée le 18 octobre 2006). L'intégration des services de santé et des services sociaux – Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, [en ligne], <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/772cc6913233e38e85256f4d0069c040?OpenDocument>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consultée le 18 octobre 2006). Établissements : Entités légales, [en ligne], <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02ListeEtab.asp>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consultée le 18 octobre 2006). Groupes de médecine de famille, [en ligne],

http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=7402&table=0

MINISTÈRE DES FINANCES CANADA (Page consultée le 18 octobre 2006). Participation fédérale au financement des soins de santé : les faits, [en ligne], http://www.fin.gc.ca/facts/fshc6_f.html

MULLER, Pierre (2003). Les politiques publiques, Paris, Presses Universitaires de France, 127 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2004). L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2005). Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2005). Éco-Santé 2005.

PALIER, Bruno (2004). La réforme des systèmes de santé, Paris, Presses Universitaires de France, 127 p.

PARLEMENT DU CANADA (2002). La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Rapport intérimaire, Volume Trois : Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays.

PIERSON, Paul (2001). The new politics of the welfare state, Oxford University Press.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, Rapport annuel de gestion 2004-2005.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, Statistiques annuelles 2004.

RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS DU QUÉBEC (Page consultée le 18 octobre 2006). Arrêt Chaoulli – Résumé, [en ligne], http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/resume_f.asp

TURGEON, J., et autres (2006). « L'adoption de politiques publiques favorables à la santé au Québec », Vigie, vol. 9, n° 1 (mars), p. 10-11.

ANNEXE I : LE PANIER DE SERVICES PUBLICS DE SANTÉ AU QUÉBEC

►► [Les services médicaux couverts par le régime public au Québec](#)

Les services médicaux couverts par le régime d'assurance maladie sont ceux qui sont nécessaires sur le plan médical et rendus par un médecin omnipraticien ou par un médecin spécialiste. Ces services sont, entre autres :

- les examens;
- les consultations;
- les services diagnostiques;
- les actes thérapeutiques;
- les traitements psychiatriques;
- la chirurgie;
- la radiologie;
- l'anesthésie.

Ces services sont couverts peu importe l'endroit où ils sont rendus. C'est le cas notamment :

- en cabinet privé;
- en centre hospitalier;
- en centre local de services communautaires (CLSC);
- en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- en centre de réadaptation;
- au domicile du patient.

Il est à noter que certains services ne sont couverts qu'en centre hospitalier. Il s'agit entre autres de :

- la plupart des services de laboratoire;
- certains examens très spécialisés tels l'échographie, la tomographie axiale commandée par ordinateur (que l'on appelle « TACO » ou « CAT ») et l'imagerie par résonance magnétique.

►► Les services dentaires

En dehors du milieu hospitalier, seules les personnes de moins de 10 ans assurées par le régime public d'assurance maladie et les prestataires de l'assistance-emploi sont couvertes par le régime public pour [certains services dentaires](#).

La grande majorité des Québécois assume directement les coûts des services dentaires. La plupart des assurances collectives liées à l'emploi appliquent des surprimes pour couvrir ces services.

►► Les autres services couverts dans le cadre de l'assurance maladie

Consulter le site de la RAMQ à

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/serv_couv_queb/serv_couv_queb.shtml

►► L'assurance médicaments, une couverture universelle garantissant une couverture privée liée à l'emploi

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997, le régime général d'assurance médicaments assure à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments que requiert leur état de santé. Il a été institué par la *Loi sur l'assurance médicaments*. Le coût total du régime public est de 2,8 G\$ pour l'année 2004-2005.

Pour être couvert par l'assurance médicaments publique, administrée par la RAMQ, il faut soit ne pas être couvert par un régime privé d'assurance collective comprenant les médicaments, soit avoir 65 ans ou plus ou être prestataire de l'assistance-emploi (sécurité du revenu) ou être détenteur d'un carnet de réclamation selon les conditions spécifiques déterminées par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale⁸⁶.

Selon la RAMQ, en 2004-2005, près de 2,4 millions de personnes bénéficiaient des services de ce régime⁸⁷. Les enfants des personnes inscrites au régime public sont aussi couverts par ce régime. Parmi ces participants au régime, 47,3 % des participants y adhéraient, c'est à dire qu'ils payaient en 2004-2005 une prime d'un montant maximal de 494 \$. Les autres participants, soit les personnes âgées de 65 ans et plus (36,3 %) et les prestataires de l'assistance-emploi (16,4 %) ne payaient pas de prime.

Les régimes privés d'assurance médicaments sont fournis par des compagnies d'assurance privée. Ils sont offerts le plus souvent dans le cadre d'un emploi. Lorsqu'une assurance collective offrant une couverture médicaments de base existe dans une entité économique, l'employé est dans l'obligation d'y souscrire. Cette assurance doit toutefois respecter certains critères déterminés par la *Loi sur l'assurance médicaments* en ce qui a trait à :

- la couverture minimale, qui doit correspondre à la couverture qu'offre la RAMQ aux personnes assurées par le régime public⁸⁸;

⁸⁶ Il s'agit essentiellement des personnes de 60 à 64 ans ayant des contraintes sévères à l'emploi et les personnes majeures, sans conjoint, atteintes d'une déficience fonctionnelle qui ne reçoivent aucune aide de dernier recours.

⁸⁷ Un participant est défini comme une personne inscrite au régime public d'assurance médicaments qui a obtenu au moins une fois un médicament sous ordonnance au cours de l'année. Régie de l'assurance maladie du Québec, *Rapport annuel de gestion 2004-2005*, p. 89.

⁸⁸ Ainsi, tous les assureurs privés doivent couvrir au moins les médicaments qui se trouvent dans la Liste de médicaments. Celle-ci comporte plus de 4 500 médicaments disponibles sur ordonnance (c'est-à-dire que l'on peut obtenir à la suite d'une prescription). La Liste de médicaments est mise à jour périodiquement par règlement du ministre après consultation du Conseil du médicament. Ce dernier donne son avis sur les aspects suivants : la valeur thérapeutique de chaque médicament; la justesse du prix et le rapport entre le coût et l'efficacité de chaque médicament; les effets de l'inscription de chaque médicament dans la Liste sur la santé de la population et sur les autres composantes du système de santé; l'opportunité d'inscrire un médicament au regard de l'objet du régime

- les coûts exigibles au participant lors de l'achat des médicaments couverts par son assurance;
- la contribution annuelle maximale.

Les personnes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec qui remplissent les conditions d'attribution suivantes voient leurs services dentaires couverts par le système public:

- les personnes de moins de 10 ans;
- les prestataires de l'assistance-emploi (prestataires de la Sécurité du revenu) depuis au moins 12 mois consécutifs ainsi que les personnes à leur charge.

Sinon, toute personne assurée par le régime d'assurance maladie du Québec a droit au programme de chirurgie buccale en milieu hospitalier.

général d'assurance médicaments qui est d'assurer un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. Consulter [la Liste des médicaments](#).

ANNEXE II : LES CATÉGORIES D'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE

Primaire principale : couvre les soins médicaux de personnes qui n'ont pas légalement accès au régime public.

Primaire substitutive : couvre les soins médicaux de personnes qui ont le choix de substituer une assurance privée à la couverture publique.

Duplicative : couvre les soins médicaux de personnes qui continuent d'avoir accès au régime public (et qui sont obligées d'y contribuer avec leurs impôts), mais souhaitent être traitées dans un secteur privé parallèle.

Complémentaire : couvre la part à la charge de l'assuré (copaiements ou coassurance) dans l'assurance maladie publique.

Supplémentaire : couvre les extras ou services non assurés par le régime public.

Source : Valentin Petkantchin, Santé Inc., novembre 2005, p. 32.

ANNEXE III : COMPARAISON DES RÉGIMES PUBLICS PROVINCIAUX D'ASSURANCE MALADIE EN 2003-2004

Provinces	Dépenses (M\$)	Nombre d'inscrits	Dépenses par habitant	Admissibilité	Couverture	Financement
Qc	3 170,30	7 300 000	420,31	Résidents de la province	Services médicaux requis rendus par les omnipraticiens et les médecins spécialistes en cabinet privé, au domicile du malade et en établissement. D'autres services couverts sous certaines conditions.	Par le Fonds consolidé du revenu, via notamment le Fonds des services de santé alimenté par les cotisations des employeurs.
TNL	264,3	599 907	511,22	Résidents de la province	Tous les services médicaux dispensés par un médecin. Certains traitements de chirurgie dentaire.	Fonds consolidé.
Î.-P.-É.	ND	ND	ND	Résidents de la province	Services médicaux de base fournis par un médecin praticien. Certaines chirurgies dentaires sont couvertes.	Fonds consolidé de la province.
N.-É.	448,6	956 820	478,74	Résidents de la province	Tous les services médicaux rendus par un médecin et certaines procédures chirurgicales dentaires médicalement requises et rendues dans un centre hospitalier. Couverture limitée pour les soins visuels et les plans dentaires.	Fonds consolidé de la province.
N.-B.	355,5	738 038	473,11	Résidents de la province	Tous les services médicaux dispensés par des médecins dans leur cabinet ou dans un hôpital agréé. Certaines interventions chirurgicales dentaires précises.	Fonds consolidé de la province.
Ont.	7 163,3	12 200 000	578,02	Résidents de la province	Tous les traitements et services diagnostiques essentiels fournis par des médecins, y compris à domicile et dans les hôpitaux. Certains autres services offerts par : physiothérapeutes, chiropraticiens, chirurgiens-dentistes, optométristes.	Franchise annuelle pour les contribuables ayant un revenu annuel supérieur à 20 000 \$ et proportionnelle au revenu. Financement supplémentaire par le Fonds consolidé.
Man.	588,1	ND	502,53	Résidents de la province	Tous les services médicaux médicalement requis. Couverture de certains frais des services dispensés par les optométristes, les chiropraticiens et les chirurgiens-dentistes.	Fonds pour l'assurance-maladie financé en majeure partie par le fonds consolidé.
Sask.	381,1	1 007 753	382,85	Résidents de la province	Tout service nécessaire d'un point de vue médical dispensé par un médecin. Certains services optométriques pour différentes clientèles.	Fonds consolidé.
Alb.	1 333,7	3 165 157	416,53	Résidents de la province	Soins médicalement requis et rendus par les médecins et les chirurgiens-dentistes. Certains services offerts par les chiropraticiens et les optométristes	Prime mensuelle de 44 \$ par individu ou de 88 \$ par famille, sauf 65 ans et plus et faible revenu. Financement supplémentaire : Fonds consolidé
C.-B.	2 539,7	4 154 658	605,22	Résidents de la province	Services médicaux nécessaires fournis par un médecin et un chirurgien-dentiste dans certains cas précis.	Prime mensuelle variant entre 56 \$ (1 pers.) et 108 \$ (famille de 3 pers. et plus.) Financement supplémentaire : Fonds consolidé

ANNEXE IV : COMPARAISON DES RÉGIMES PUBLICS PROVINCIAUX D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Provinces	Dépenses (M\$)	Nombre d'inscrits	Ratio inscrit/ population (%)	Dépenses par inscrit (\$)	Admissibilité	Nombre de médicaments couverts (en 2005)	Financement
Qc	2 121,6	3 200 000	42,7	662,98	Régime universel et obligatoire pour les personnes non couvertes par un régime privé.	4 500	Le Fonds de l'assurance médicaments est financé par des primes perçues annuellement par le ministère du Revenu du Québec. Les personnes inscrites sont assujetties à une franchise de base et doivent payer partiellement pour le coût de leurs médicaments. Certaines personnes sont exemptées du paiement de la prime. Financement supplémentaire par le fonds consolidé.
TNL	98,4	ND	ND	ND	Régime non universel	5 214	Fonds consolidé
Î.-P.-É.	18,3	ND	ND	ND	Régime non universel	ND	Les personnes inscrites à certains programmes doivent payer une partie du coût de leurs médicaments. Financement supplémentaire par le fonds consolidé.
N.-É.	96,5	ND	ND	ND	Régime non universel	4 300	Certaines personnes inscrites sont assujetties à une franchise et à payer partiellement pour leurs médicaments. Financement supplémentaire : fonds consolidé.
N.-B.	113,8	98 390	13,1	1 156,14	Régime non universel	4 880	Les personnes inscrites sont assujetties à une franchise et à payer partiellement pour leurs médicaments. Financement supplémentaire : fonds consolidé.
Ont.	2 346,	2 118 000	17,3	1 107,80	Régime non universel	2 970	Les personnes inscrites sont assujetties à une franchise et, pour certains programmes, doivent payer une partie du coût du médicament. Financement supplémentaire: Fonds consolidé.
Man.	184,8	ND	ND	ND	Régime non universel	5 000	Les personnes inscrites sont assujetties à une franchise calculée sur la base annuelle de leur revenu individuel ou de celui de leur famille, le cas échéant. Financement supplémentaire : Fonds pour l'assurance maladie.
Sask.	151,4	ND	ND	ND	Régime non universel	3 346	Pour certains programmes, les personnes inscrites doivent payer une partie du coût du médicament. Financement supplémentaire : fonds consolidé.
Alb.	464,1	429 349	13,6	1 080,87	Régime universel non-obligatoire.	3 600	Les personnes inscrites doivent payer des primes tous les trois mois et une partie du coût de leurs médicaments. Financement supplémentaire par le fonds consolidé.
C.-B.	722,6	899 699	21,7	803,14	Régime universel non obligatoire.	5 000	Les personnes inscrites au programme de base doivent payer une partie du coût de leurs médicaments en fonction de leur revenu. Financement supplémentaire par le fonds consolidé.

ANNEXE V : NOMBRE DE MÉDECINS PAR 100 000 HABITANTS PAR CATÉGORIE DE MÉDECINS ET PAR PROVINCE OU TERRITOIRE, CANADA, DE 2000 À 2004

	Médecine familiale						Spécialistes					
	2000	2001	2002	2003	2004	% variation (2000-2004)	2000	2001	2002	2003	2004	% variation (2000-2004)
T.-N.-L.	109	115	113	119	121	11,0	68	66	66	69	71	4,4
Î.-P.-É.	77	84	87	88	95	23,4	54	55	53	54	57	5,6
N.-É.	102	103	108	111	115	12,7	101	99	100	98	98	-3,0
N.-B.	91	93	93	98	100	9,9	63	64	65	65	67	6,3
Qc	106	106	106	104	108	1,9	108	108	106	102	105	-2,8
Ont.	85	85	84	85	86	1,2	95	94	94	92	92	-3,2
Man.	92	94	93	92	92	0,0	89	88	87	85	85	-4,5
Sask.	93	95	97	96	95	2,2	63	61	60	58	58	-7,9
Alb.	86	87	96	99	99	15,1	79	80	83	83	85	7,6
C.-B.	107	109	110	111	108	0,9	89	89	90	89	88	-1,1
Yn	116	166	158	165	176	51,7	20	13	13	13	19	-5,0
T.N.-O.	71	58	72	68	86	21,1	44	32	38	33	33	-25,0
Nun.	22	25	35	34	24	9,1	4	0	0	0	0	-100,0
Canada	94	95	96	96	98	4,3	93	93	93	91	91	-2,2

Source: BDMS, Institut canadien d'information sur la santé, http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f

Aucun élément du contenu du présent document ne peut être utilisé, reproduit ou transmis, en totalité ou en partie, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, sans l'autorisation écrite de L'Observatoire de l'administration publique – ENAP. Pour solliciter cette permission ou pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez vous adresser à etat.quebecois@enap.ca

Diffusion autorisée par Les publications du Québec.

Certaines données présentées dans ce document sont issues de Statistique Canada par extraction de la banque de données ESTAT, sous-produit de CANSIM. La publication sur ce site des séries chronologiques de CANSIM est partielle et l'équipe de recherche y a apporté une plus-value par le calcul d'indicateurs. Pour en savoir plus, visitez : <http://www.statcan.gc.ca/estat/intro-fra.htm>

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN 978-2-923008-48-6 (PDF)

© L'Observatoire de l'administration publique-ENAP, 2006