

Le panier de services assurés en santé et en services sociaux au Québec

Mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être
dans le cadre de l'appel de mémoires

Martine Guay, L.L.L., inf.,

Candidate à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal

et

Mélissa Viau, B. Sc inf.

Candidate à la maîtrise en droit et politique de la santé, Université de Sherbrooke

2016-01-29

INTRODUCTION	3
LA RÉVISION DU PANIER DE SERVICES ASSURÉS AU QUÉBEC : EXERCICE DÉMOCRATIQUE OU ILLUSOIRE?.....	4
LA RÉVISION DU PANIER DE SERVICES ASSURÉS AU QUÉBEC L'EXEMPLE DE LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE.....	10
CONCLUSION	16
RÉFÉRENCES.....	17

INTRODUCTION

C'est dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir du panier de service québécois que nous faisons parvenir au Commissaire à la santé et au bien-être le présent mémoire. Nous avons analysé l'exercice du processus comme étant fait selon trois phases de collecte des données. La première phase étant les quelques citoyens privilégiés ayant pu donner leur opinion selon un questionnaire structuré commandé par le gouvernement, la deuxième phase étant des consultations régionales dans certains territoires, puis la troisième phase étant un appel de mémoires. C'est donc dans cette dernière phase, ayant accès à une fraction très préliminaire des résultats extraits des phases précédentes, que nous nous trouvons.

Le présent mémoire représente probablement un courant contraire à la majorité des mémoires que le CSBE aura reçus. Nous n'avons pas la prétention de croire que nous détenons le savoir face à la grande question posée. Il s'agit plutôt d'une critique de l'exercice en cours. Dans un premier temps, nous allons faire la démonstration que l'exercice, dans sa forme actuelle, est antidémocratique. Dans un deuxième temps, nous allons présenter l'exemple de la désassurance du Programme québécois de procréation assistée, un exemple à ne pas suivre...

Par notre mémoire, nous espérons donner un second regard à la problématique, plutôt que de garder les œillères que nous imposent le gouvernement. Afin de compléter la réflexion, c'est avec l'approbation de l'Institut de recherche et d'information socio-économique (IRIS), que nous soumettons en pièces jointes deux documents figurant à titre d'annexe de ce mémoire. Nous invitons le CSBE à tenir compte de ces documents, afin de poursuivre une réflexion en profondeur sur la problématique à l'étude. Il s'agit des textes suivants : à titre de première annexe, *Le projet « austéritaire », la « révolution » néolibérale de l'État*, et, à titre de deuxième annexe, *Les dépenses de santé sont-elles hors de contrôle?*

LA RÉVISION DU PANIER DE SERVICES ASSURÉS AU QUÉBEC : EXERCICE DÉMOCRATIQUE OU ILLUSOIRE?

C'est dans le cadre de l'exercice de ses fonctions d'évaluation du système de santé québécois et d'information de la population¹ que le Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après CSBE) a lancé une consultation publique sur le panier de services assurés au Québec². C'est donc de bonne foi et empli de vertu, que la population fut interpellée afin d'évaluer les valeurs de la société destinées à l'allocation des ressources de santé, dans un contexte de services publics, soi-disant limités. Comme mentionné dans le préambule du *Sondage sur les valeurs et priorités des citoyens quant au contenu du panier de services assurés* : « *Dans le contexte actuel, les besoins en santé et services sociaux sont croissants, les ressources sont limitées; des choix devront être faits quant aux soins et services couverts par l'État. Il est important que les **décideurs** puissent connaître les valeurs et priorités des citoyens **pour faire ces choix** »³. Cette dernière citation nous laisse perplexe quant au réel objectif démocratique de l'exercice.*

Ainsi, le Larousse définit la démocratie comme étant une « *forme de gouvernement dans lequel la souveraineté émane du peuple* »⁴. Or, le postulat précédent est antidémocratique puisque le pouvoir décisionnel émane des élus, non des citoyens. De plus, ces élus cherchent à imposer leurs visions tout en faisant semblant d'accorder de l'importance aux valeurs citoyennes⁵, ce qui ressemble davantage à un régime autoritariste plutôt que d'être le reflet d'un réel exercice démocratique.

¹ *Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être* ch C-32.1.1, a. 14.

² Voir Commissaire à la santé et au bien-être, Consultation publique 2015, Panier de services, <http://www.csbe.gouv.qc.ca/consultations/panier-de-services-2015.html>, URL disponible le 2015-12-04.

³ Commissaire à la santé et au bien-être, *Sondage sur les valeurs et priorités des citoyens quant au contenu du panier de services assurés*, document disponible à l'URL suivant :

<http://www.csbe.gouv.qc.ca/consultations/panier-de-services-2015.html>, URL consulté le 2015-12-04.

⁴ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9mocratie/23429>, URL consulté le 2015-12-04.

⁵ Nous n'avons qu'à voir les projets de loi 10 et 20 adoptés récemment, dont un sous bâillon. Voir Bergeron Patrice, *Barrette convaincu d'avoir fait adopter le meilleur projet de loi possible*, La Presse, 2015-02-06, <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201502/06/01-4841881-barrette-convaincu-davoir-fait-adopter-le-meilleur-projet-de-loi-possible.php>, URL disponible le 2015-12-04.

De plus, nous nous questionnons quant à la représentativité de l'information recueillie au cours de la première phase de l'exercice de consultation publique. En août dernier, selon le guide explicatif du CSBE, la firme BPE a conduit un sondage par voie « *téléphonique ou en ligne* » auprès de 1 850 répondants, ayant permis de mettre en relief certaines spécificités régionales⁶. Notre première interrogation face aux données ainsi collectées est de nous demander si elles l'ont été via un sondage téléphonique ou électronique, ce qui pourrait nous situer quant au statut socio-économique des gens interviewés. Car, comme nous le savons, le degré d'éducation et le statut socio-économique d'un individu peut faire grandement varier sa perception des besoins en santé d'une population⁷. Pour nous, de ne pas savoir comment l'information a été recueillie représente un biais important.

De plus, est-ce que 1 850 répondants, ce qui correspond à 0,0225 % des 8,215 millions de personnes recensées au Québec le premier juillet 2014⁸, est un échantillon qu'on peut réellement dire de représentatif des valeurs de la population québécoise? Pour nous, l'échantillonnage est trop petit et ne peut servir de trépied dans l'affirmation des valeurs d'une société entière.

La deuxième stratégie utilisée afin d'identifier les valeurs de la population fut la tenue de groupes de discussion dans **certaines** régions⁹. Or, les habitants de certaines régions peuvent exprimer des besoins en santé qu'on pourrait ne pas retrouver dans d'autres régions administratives. De plus, au sein d'une même région administrative, les besoins peuvent être diamétralement opposés : à titre d'exemple les quartiers de Westmount et d'Hochelaga-Maisonneuve¹⁰. Cette

⁶ Précit note 2, p. 4.

⁷ Encore de nos jours plusieurs foyers ne possèdent pas d'ordinateurs, l'électronification du domicile ne figurant pas parmi les priorités de certains ménages.

⁸ Voir www.stat.gouv.qc.ca

⁹ Précit note 2, p. 4.

¹⁰ Un résident de Westmount pourrait ne pas percevoir l'utilisation de ressources infirmières privées, par exemple pour la réfection d'un pansement, comme étant un frein à l'accès aux services de santé. Tandis que pour un résident d'Hochelaga, le simple fait de devoir déboursier pour ses déplacements en taxi, ne pouvant pas utiliser le transport en commun à cause de sa condition médicale, pour assurer la réfection de son pansement au CLSC (n'étant pas admissible au service de soins à domicile pour une raison quelconque) peut représenter un frein à l'accès aux soins médicalement requis.

réalité est souvent exprimée par la diversité des différents services offerts par les centres locaux de santé communautaire ou CLSC. Or, nous ne savons même pas quelles régions ont été consultées. Possédons-nous assez d'informations pour dire que les données recueillies sont représentatives des différences régionales particulières au Québec?

Puis, un appel de mémoires fut lancé. L'objectif poursuivi étant de permettre à un plus grand nombre possible d'acteurs et de citoyens de s'exprimer sur la question.

Ce sont là d'excellents moyens de recueillir l'information la plus exacte possible. Cependant, nous nous questionnons quant à la représentativité populationnelle de l'information extraite. Contrairement à la consultation publique antérieure sur les activités touchant le secteur de la procréation médicalement assistée, ou toute la population avait été invitée à s'exprimer sur le sujet, ici seulement 0,0225 % de privilégiés ont été sollicités pour répondre au sondage. Sans oublier l'absence de publicité faite sur le sujet, la seule invitation collective étant la production de mémoires. Nous avons bien peur que seul « l'élite » intellectuelle néolibérale de droite du Québec ne se sente interpellée ou daigne s'exprimer suivant la forme préconisée pour la consultation publique actuelle. Comme mentionné par M. Facal : *« Ce n'est pas parce qu'une masse inorganisée est composée d'individus qui sont, à titre individuel, conscients de l'importance d'un enjeu et qui ont tous les moyens d'agir qu'ils vont le faire [...] si les efforts qu'il faut investir sont individualisés et que le bénéfice est collectif, chacun tendra à laisser l'autre faire le travail en se disant qu'en cas de succès de celui qui s'engage, il en profitera aussi »*¹¹.

Donc, quelle est la valeur réelle de l'information recueillie auprès des citoyens ayant répondu? S'agit-il réellement du reflet des valeurs sociales-démocrates propres au Québec, ou plutôt de l'expression des valeurs

¹¹ Joseph FACAL, *Volonté politique et pouvoir médical*, Boréal, 2006, p.275.

néolibérales de droite propres au gouvernement actuel, cherchant des appuis vers la privatisation des services publics¹²?

De plus, à la lecture du sondage, nous ne pouvons que ressentir le désir de privatisation des services de santé émanant des valeurs de la droite néolibérale, valeurs normalement à l'opposé des valeurs libérales décrites par M. Ryan comme étant « *le droit de toute personne, à l'abri de toute discrimination, à des services de santé gratuits* »¹³. De plus le gouvernement libéral, sous M. Charest « [...] a rejeté à plusieurs reprises l'idée d'un système de santé à deux vitesses où il y aurait une médecine pour les riches et une autre pour les pauvres »¹⁴, ce qui entrainerait « [...] de sérieuses distorsions dans le partage, la localisation et l'accessibilité des soins »¹⁵.

On ne cesse de nous servir l'argumentaire de l'explosion des coûts des services de santé liés au vieillissement de la population et aux coûts technologiques¹⁶. Or, il est intéressant de constater que la part des dépenses en santé, en utilisant la méthode de calcul de l'ICIS (Institut canadien d'information sur la santé), utilisant une approche comptable plus près de celle recommandée par le Vérificateur général du Québec¹⁷, démontre une stabilité entre 1975 et 2011¹⁸.

De plus, le gouvernement ne parle pas des coûts laissés à l'entreprise privée en santé qui contribuent grandement à l'explosion de ces dits coûts (dentiste, optométrie, etc...), tout comme ceux associés aux médicaments¹⁹.

¹² Voir en annexe 1 *Le projet "austéritaire" La "révolution" néolibérale de l'État*, par Éric Martin, document de réflexion de l'Institut de recherche et d'information socio-économique (IRIS), septembre 2015.

¹³ Claude Ryan, « Les valeurs libérales et le Québec moderne », Édition révisée, 2004, p. 41, http://www.plq.org/doc/valeurs_liberales.pdf, URL consulté le 2012-10-06

¹⁴ Ibid, p. 44

¹⁵ Ibid, p.45

¹⁶ Voir en annexe 2 *Les dépenses de santé sont-elles hors de contrôle?*, par Guillaume Hébert et Jennie-Laure Sully, Note socio-économique de l'Institut de recherche et d'information socio-économique (IRIS), février 2015.

¹⁷ Hébert Guillaume, Sully Jennie-Laure, *Les dépenses de santé sont-elles hors de contrôle?*, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, Février 2015, p. 2.

¹⁸ Ibid, p. 2.

¹⁹ Ibid, p. 4.

Comme mentionné par Hébert et Sully : « *Plutôt que d’user de cette capacité de réglementation [réglementation du prix des médicaments] pour diminuer le coût, le gouvernement s’est davantage évertué à garantir un « climat d’investissement favorable » à l’entreprise pharmaceutique par des politiques telles que la règle de quinze ans ou le remboursement de prix gonflés pour les médicaments* »²⁰.

Cela, sans compter la rémunération des médecins qui aurait connu une augmentation de près de 50% entre 2005 et 2014 selon les graphiques de Hébert et Sully²¹. Toujours selon Hébert et Sully, « *Depuis 2008, à l’exception de 2010, le taux annuel de croissance des dépenses de santé qui vont aux médecins excède chaque année le taux annuel d’augmentation des médicaments [...]* Notons que le Québec est la province canadienne qui dépense le moins d’argent par habitant pour les services de santé, ce qui ne correspond pas à l’image dépeinte par le point de vue qui présente les coûts du système de santé québécois comme incontrôlables »²². Ce point de vue est appuyé par le dernier rapport de la Vérificatrice générale du Québec²³. Notons que ces salaires furent antérieurement négociés notamment par l’actuel ministre de la santé. Celui-ci s’est bien gardé de répondre aux questions posées à ce sujet lors de la période de questions et de réponses orales, se contentant de faire de la partisanerie politique²⁴.

Il est donc difficile de croire que l’objectif de l’exercice servant à évaluer le panier de service québécois soit en fait le bien commun pour tous. Plutôt que d’user de son pouvoir pour réviser les prix des médicaments et de la technologie médicale à la baisse, maximisant ainsi les ressources des contribuables, le gouvernement cherche à convaincre la population que la solution se trouve dans l’ouverture d’une plus grande part au marché privé en santé, servant avant tout

²⁰ Ibid, p. 5.

²¹ Ibid, p. 6.

²² Ibid, p. 7.

²³ Portail Québec, Fils d’information, *Rapport du Vérificateur général sur la rémunération des médecins - La facture de la loi 20 sera salée si on ne change pas le mode de rémunération*, <http://www.fils-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?idArticle=2311275297>, URL consulté le 2015-12-04.

²⁴ Voir Période de questions et de réponses orales, séance du 2015-12-04.

les intérêts des différents lobbyistes du milieu de la santé au détriment du bien commun. Il ne faut pas oublier qu'avant tout, la science et la médecine doivent servir au bien commun, et non au capitalisme. Le concept de restructuration budgétaire est donc aux antipodes de la santé et du bien-être de la population. Les élus sont responsables d'une gestion transparente des finances publiques. Sans cet élément, nous ne voyons pas pourquoi la population, qui s'appauvrit de jour en jour, devraient payer davantage pour des services publics. Surtout, lorsqu'on sait que la privatisation des ressources n'aura pratiquement aucun impact au niveau des élus qui eux, voient leur salaire augmenter considérablement depuis les dernières années²⁵.

Donc, tant que les élus ne rendront pas des comptes aux citoyens quant à la gestion des finances publiques, nous ne pouvons pas demander aux citoyens de rationner les services à la population. De plus, pour rationner des services de santé, si on veut respecter une idéologie coût/efficacité, cela doit se faire selon des données probantes, plutôt que d'être guidé par une idéologie personnelle, comme ce fut le cas pour les activités de procréation médicalement assistée (ci-après PMA). Pourquoi disons-nous que le retrait des activités de PMA relève davantage d'idéologies personnelles? Rappelons-nous que suite aux recommandations du commissaire, celui-ci préconisait le maintien du programme, suivant certains critères qui étaient le reflet des valeurs de la société et qui ont été balayés du revers de la main par le ministre. Vrai démocratie ou autocratie?

²⁵ Dutrisac Robert, *Le PLQ entend hausser des députés sans l'accord du PQ et de la CAQ*, Le Devoir, 25 septembre 2015, Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), *Augmentation des salaires des élus provinciaux*, 12 novembre 2015, <http://scfp.qc.ca/augmentation-des-salaires-des-elus-provinciaux/>, URL consulté le 2015-12-04, Voir également Assemblée nationale du Québec, *Indemnités et allocations*, <http://www.assnat.qc.ca/fr/abc-assemblee/fonction-depute/indemnitees-allocations.html>, URL consulté le 2015-12-04.

LA RÉVISION DU PANIER DE SERVICES ASSURÉS AU QUÉBEC : L'EXEMPLE DE LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE (PMA)

Le 10 novembre 2015, le projet de loi no 20 était adopté, devenant ainsi la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* (Lois du Québec, 2015, chapitre 25). La partie II de cette loi, qui n'a rien à voir avec la partie I, venait modifier de façon radicale le Programme québécois de procréation assistée (ci-après PQPA). Ainsi, seuls les traitements d'insémination intra-utérine (ci-après IIU) ou et les services requis à des fins de préservation de la fertilité (sauf les traitements de FIV qui seront nécessaires par la suite) sont dorénavant couverts par le Régime d'assurance-maladie du Québec (ci-après RAMQ). Malgré les propos tenus par le ministre de la Santé et des services sociaux à l'effet contraire, les traitements de fécondation in vitro (ci-après FIV) sont à toutes fins utiles désassurés car ils ne donnent plus que droit à des crédits d'impôts régressifs, calculés en fonction du revenu, et ce, seulement dans certains cas. Pourtant, le législateur aurait pu procéder autrement... Pour mieux en comprendre les enjeux, examinons la problématique de l'infertilité et l'historique du PQPA.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (ci-après OMS), l'infertilité est une maladie du système reproducteur qui se définit par l'incapacité pour un couple de concevoir après une période de douze mois ou plus de rapports réguliers non protégés (OMS, 2009). Elle touche un nombre croissant de Canadiens et de Québécois : selon Statistique Canada, 16% des couples canadiens en âge de procréer en souffraient en 2012, alors qu'ils ne représentaient que 8,5% des couples en 1992 et 5,4% en 1984 (Bushnik, 2012).

L'infertilité peut être traitée médicalement de différentes façons, notamment par des traitements de stimulation ovarienne, d'IIU et de FIV ; ces interventions sont ce que l'on entend par la PMA. Au Québec, les traitements de PMA, et notamment ceux de FIV, étaient offerts depuis les années 1990, en

clinique privée, à des coûts souvent prohibitifs pour les patients ayant des revenus moyens ou modestes. En 2009, le gouvernement du Parti libéral du Québec, sous l'égide du ministre de la Santé et des services sociaux de l'époque, Yves Bolduc, adoptait la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*, loi prévoyant la prise en charge des traitements de l'infertilité par la RAMQ, sous le couvert du nouveau PQPA. Soulignons ici que ni le ministre précédent, Philippe Couillard, ni le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec de l'époque, Gaétan Barrette, n'étaient favorables au projet. Ce programme visait l'universalité des traitements d'infertilité et avait pour but de « réduire les grossesses multiples, permettre aux couples infertiles d'avoir des enfants et promouvoir la natalité » (CSBE, 2014 ; p. 7). Des régimes semblables existaient déjà en Europe mais c'était le premier régime public en Amérique du Nord ; il prévoyait la couverture de trois traitements de FIV pour chaque femme québécoise qui en avait besoin, ainsi que celle de tous les traitements d'IUI. Entré en vigueur en août 2010, ce régime était généreux et il a connu un grand succès auprès de la population québécoise, entraînant des coûts nettement supérieurs aux prévisions gouvernementales. Dans son élan, le PQPA a grandement contribué à la réduction du taux de grossesses multiples qui est passé de 29% à 7% en quelques années, a permis la naissance de 5000 enfants et a contribué à promouvoir la natalité, répondant ainsi aux objectifs qui lui avaient été fixés et engendrant 2,6 % des naissances québécoises (CSBE). À ce titre, le PQPA faisait la fierté des professionnels de la santé du milieu et ce, tant au Canada qu'à travers le monde. Par contre, certains cas de « dérapage » ont été rapportés dans les médias, ce qui a incité le gouvernement, sous l'influence de l'opinion publique, à remettre en question certains aspects du programme.

En février 2013, soit deux ans et demi après l'entrée en vigueur du PQPA, le ministre de la Santé et des services sociaux (Réjean Hébert, du Parti Québécois) donnait au CSBE le mandat de « donner son avis sur la pertinence de certaines activités de procréation assistée soulevant des questions éthiques et sociales sur des enjeux fondamentaux concernant la société québécoise »

(CSBE, 2014 ; p. 6). Dans son rapport publié en 2014 (CSBE), le Commissaire proposait plusieurs recommandations, dont le maintien du programme mais l'établissement de balises en restreignant l'accès pour éviter les dérapages.

En novembre 2014, le nouveau ministre de la Santé et des services sociaux (Gaétan Barrette, du Parti libéral) déposait un projet de loi dont la partie II visait à modifier le PQPA (Projet de loi no 20, 2014), sans pour autant tenir compte de la principale recommandation du CSBE, savoir le maintien du RQPA accompagné de balises claires. Sans faire une analyse exhaustive du projet de loi, retenons que les traitements de FIV ne seraient plus couverts intégralement par la RAMQ mais donneraient droit à des crédits d'impôt régressifs (de 80% à 20%) pour un ou deux traitements (selon l'âge de la femme) et seulement pour les personnes et les couples n'ayant pas déjà un enfant. Par exemple, les couples sans aucun enfant et dont le revenu conjoint est inférieur à 50 000\$ auraient droit à un crédit d'impôt de 80% du coût du traitement, tandis que ceux dont le revenu conjoint excède 120 000\$ n'auraient droit qu'à un crédit de 20%. Le coût de chaque traitement s'élevait facilement à 10 000\$, parfois davantage, il est facile de concevoir que peu de couples auront les moyens de déboursier ces sommes, même si au moment de la déclaration de revenu, certains auront droit à un remboursement partiel.

De février à mars 2015, la Commission de la santé et des services sociaux a tenu huit journées d'auditions publiques dans le cadre de consultations particulières à l'égard du projet de loi no 20. La Commission a reçu de nombreux mémoires relatifs au projet de loi no 20, dont une trentaine portaient spécifiquement sur la PMA et une quinzaine ont été présentés en audition publique. De mai à octobre de la même année, la Commission a procédé à l'étude détaillée dudit projet de loi, portant surtout sur la partie I, visant à favoriser l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, mais également sur la partie II afférente à la PMA. Les partis d'opposition, s'appuyant notamment sur les opinions d'experts et les témoignages de patients infertiles déposés en commission parlementaire, ont fait maintes représentations en vue

de modifier le projet de loi et de minimiser la désassurance des traitements de FIV.

Alléguant que la situation financière du Québec ne lui permettait plus de couvrir les services de FIV de façon intégrale, le ministre Barrette a maintenu le cap initial et n'a jamais envisagé de maintenir ni d'adapter le PQPA, suivant les recommandations du CSBE et celles des experts entendus en commission. De nombreuses avenues avaient été avancées, notamment par les neuf centres de procréation assistée actifs au Québec, en vue de baliser davantage le PQPA et d'en réduire les coûts. Le ministre n'a apporté que des modifications mineures, surtout à des dispositions susceptibles d'être abrogées par les tribunaux parce que discriminatoires (p. ex. l'illégalité des traitements de FIV pour les femmes de plus de 42 ans et l'obligation de relations non protégées pendant trois ans avant de recourir à la PMA). Pourquoi ne pas avoir tenu compte de l'opinion des professionnels du milieu ni des patients ni de leurs représentants? Nous ne pouvons que conclure que la décision du ministre était fermement prise et ancrée dans ses croyances personnelles, et celles du premier ministre, à l'époque où le PQPA avait été adopté et où chacun occupait d'autres fonctions.

Dans le *Guide de consultation pour l'appel de mémoires*, le CSBE propose une série de critères qui seraient « couramment utilisés pour soutenir la prise de décision relative à la couverture publique des services de santé » (p. 4-5). Sans nous prononcer sur leur pertinence ni leur importance relative, nous nous contenterons de conclure qu'il est clair que pour décider de la désassurance de la PMA, le ministre n'a pas tenu compte de plusieurs de ces critères, notamment :

- «La gravité de la maladie ou du problème»
- «Le nombre de personnes touchées par la maladie ou le problème»
- «L'urgence du besoin»
- «L'absence d'un soin efficace déjà remboursé par l'État»
- «L'ensemble des bénéfices pour le patient, ses proches et la société»

À notre avis, la décision gouvernementale d'abolir la couverture intégrale des traitements de PMA était malavisée et ce, pour plusieurs raisons :

- L'infertilité est reconnue comme une maladie par l'OMS. Il existe des moyens efficaces et probants pour traiter cette maladie, notamment les divers traitements de PMA. Nous avons un régime universel d'assurance-maladie qui couvre le traitement des maladies et qui devrait couvrir le traitement de cette maladie.
- Contrairement à ses propos entendus en chambre, le ministre n'a pas suivi la principale recommandation du CSBE, savoir le maintien du programme accompagné de l'adoption de balises permettant d'éviter les dérapages.
- Contrairement à l'approche du présent gouvernement libéral, plusieurs considèrent la PMA non pas comme une dépense onéreuse mais comme un investissement dans l'avenir démographique et fiscal de la société québécoise. Tous les enfants nés de la PMA sont de futurs contribuables.
- La désassurance aura pour conséquence prévisible un retour en arrière, avant la mise en place du régime public, où les traitements ne seront véritablement accessibles que pour les patientes de la classe supérieure : un exemple de médecine à deux vitesses.
- Tous les intervenants s'entendent pour dire qu'il était indiqué d'adopter des balises pour éviter les abus et les dérapages dans l'application du PQPA. Les professionnels du milieu les espéraient depuis la mise en œuvre du programme en 2010... C'est également ce que recommandait le CSBE. De telles balises auraient permis au gouvernement de réaliser des économies importantes tout en maintenant la couverture des traitements. .
- La désassurance entraînera des coûts dont n'a pas tenu compte le ministre dans ses calculs : le recours à répétition à la stimulation ovarienne et à l'insémination intra-utérine, des méthodes qui demeurent couvertes mais qui sont associées à un risque plus élevé de grossesses multiples que la FIV avec transfert d'un seul embryon, est susceptible d'entraîner

une augmentation des naissances prématurées et des hospitalisations des femmes enceintes et des nouveau-nés vulnérables et ce, à grands frais.

- En plus, elle risque d'encourager le tourisme médical vers l'extérieur du Québec : puisqu'elles devront payer pour les traitements de FIV, les patientes seront tentées d'aller se faire traiter ailleurs et de se faire transférer plus d'un embryon (pratique courante à l'extérieur du Québec), ce qui mènera à davantage de grossesses multiples, encore une fois, avec tous les risques et les coûts associés.
- Enfin, elle ouvre la porte à la désassurance d'autres services assurés jusqu'à maintenant, en prenant appui sur des prémisses économiques néolibérales qui ne correspondent pas aux valeurs sociales-démocrates de la société québécoise auxquelles nous croyons, n'en déplaise au gouvernement en place... Le présent exercice de consultation semble d'ailleurs en faire la démonstration.

CONCLUSION

En guise de conclusion, l'exercice actuel est nécessaire à la viabilité de l'ensemble des services publics au Québec. Cependant, nous ne croyons pas en l'argument économique qu'invoque sans arrêt le gouvernement. Il y a de l'argent au Québec, sinon comment expliquer les hausses de salaire des médecins et des élus, les subventions aux entreprises privées? Il s'agit donc d'un choix de société. La problématique est qu'on essaye de nous faire croire que nous devons restreindre l'accès aux services publics à la population au nom de l'austérité et du bien-être du modèle économique actuel qui ne cesse de prouver son inefficacité.

Le plus déplorable est la lecture de ce fameux questionnaire sur le panier de services. Il en transpire encore une fois les arguments du gouvernement plutôt qu'une analyse impartiale de la situation afin de bien mettre en évidence les valeurs et les préoccupations des électeurs face aux services de santé.

De plus, nous déplorons le manque de visibilité accordé à l'exercice actuel. Contrairement à la consultation sur les activités de PMA, seulement une infime partie de la population ont eu la chance de s'exprimer sur la question. De plus, il n'y avait pas place à une véritable expression des valeurs citoyennes, puisque les répondants étaient contraints à répondre à un questionnaire prédéterminé, contenant des questions fermées. Il est également intéressant de noter que la consultation actuelle n'a pas reçu la même attention médiatique que celle sur les activités de PMA. Bref, nous ne croyons pas en l'exercice actuel, qui nous apparaît comme étant une façade politique afin de justifier la privatisation du réseau plutôt qu'une véritable préoccupation à l'endroit du bien-être des citoyens.

RÉFÉRENCES

Assemblée nationale du Québec, Indemnités et allocations, <http://www.assnat.qc.ca/fr/abc-assemblee/fonction-depute/indemnitees-allocations.html>, URL consulté le 2015-12-04.

Assemblée nationale du Québec (2014). *Projet de loi 20 édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*. Québec, QC.

Bergeron Patrice, *Barrette convaincu d'avoir fait adopter le meilleur projet de loi possible*, La Presse, 2015-02-06, <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201502/06/01-4841881-barrette-convaincu-davoir-fait-adopter-le-meilleur-projet-de-loi-possible.php>, URL disponible le 2015-12-04.

Bushnik, T. et al. (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction*. 27 (3): 738-746. doi: 10.1093/humrep/der465. Repéré à : <http://humrep.oxfordjournals.org/content/27/3/738.full>

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Avis synthèse sur les activités de procréation assistée au Québec*. Québec, QC.

Commissaire à la santé et au bien-être, Consultation publique, Guide de consultation pour l'appel de mémoires

Commissaire à la santé et au bien-être (2015). *Sondage sur les valeurs et priorités des citoyens quant au contenu de panier de services assurés*. Québec, QC.

Commissaire à la santé et au bien-être, Consultation publique 2015, Panier de services, <http://www.csbe.gouv.qc.ca/consultations/panier-de-services-2015.html>, URL disponible le 2015-12-04.

Dutrisac Robert, *Le PLQ entend hausser des députés sans l'accord du PQ et de la CAQ*, Le Devoir, 25 septembre 2015.

FACAL Joseph, *Volonté politique et pouvoir médical*, Boréal, 2006

Hébert Guillaume, Sully Jennie-Laure, *Les dépenses de santé sont-elles hors de contrôle?*, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, Février 2015

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9mocratie/23429>,
URL consulté le 2015-12-04

Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être ch C-32.1.1

Organisation mondiale de la Santé (2009). Revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, vol. 92, n° 5, p. 1520-1524.

Période de questions et de réponses orales, séance du 2015-12-04

Portail Québec, Fils d'information, *Rapport du Vérificateur général sur la rémunération des médecins - La facture de la loi 20 sera salée si on ne change pas le mode de rémunération*, <http://www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?idArticle=2311275297>, URL consulté le 2015-12-04.

Ryan Claude, « Les valeurs libérales et le Québec moderne », Édition révisée, 2004, http://www.plq.org/doc/valeurs_liberales.pdf, URL consulté le 2012-10-06

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), *Augmentation des salaires des élus provinciaux*, 12 novembre 2015, <http://scfp.qc.ca/augmentation-des-salaires-des-elus-provinciaux/>, URL consulté le 2015-12-04

SEPTEMBRE 2015

Document de réflexion

Le projet « austéritaire » La « révolution » néolibérale de l'État

ÉRIC MARTIN

chercheur-associé à l'IRIS

L'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheur·e·s se positionne sur les grands enjeux socio-économiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7

514.789.2409 • iris-recherche.qc.ca

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier un ensemble de personnes sans qui ce document de réflexion n'aurait pu être. Les commentaires de l'équipe de chercheurs de l'IRIS et les corrections de Marie Léger-St-Jean ont rehaussé la qualité de ce document de réflexion, tant sur le plan de la forme que du fond. Nous leur transmettons tous nos remerciements. Toutes les erreurs se trouvant encore néanmoins dans ce texte relèvent de l'entière responsabilité de l'auteur.

SOMMAIRE

L'essai *The Fourth Revolution* de John Micklethwait et Adrian Wooldridge prétend que l'État social est devenu trop coûteux. La seule solution serait de parachèver la révolution néolibérale des années 1980 en mettant en place une réingénierie de l'État, des privatisations et des coupes dans les services publics. Autrement, les États capitalistes autoritaires d'Asie pourraient dépasser ceux d'Occident en termes d'efficacité et de productivité.

Selon les auteurs, la démocratie serait devenue « trop démocratique » et concéderait trop d'avantages à des groupes particuliers comme les syndicats ou les industriels par le biais du « capitalisme de copinage » (*crony capitalism*). La solution serait de réduire la taille de l'État pour s'en remettre davantage au libre marché, à la liberté de l'individu et à l'entreprise privée. Il conviendrait donc de restreindre la démocratie et d'imposer de manière autoritaire une limitation du rôle social de l'État, celui-ci étant réduit au simple rôle de catalyseur d'un développement économique dont l'impulsion provient du secteur privé.

Sachant que cette proposition d'une « quatrième révolution » néolibérale inspire ouvertement le gouvernement du premier ministre Philippe Couillard, il s'avère pertinent de présenter une recension critique de cet essai au public qui souhaiterait contextualiser les transformations socio-économiques en cours et à venir.

L'étude de cet ouvrage révèle que les transformations actuelles ne relèvent pas uniquement de mesures d'austérité, mais sont à resituer dans un projet plus général de transformation du rôle de l'État. Il s'agit somme toute de poursuivre la révolution néolibérale entamée dans les années 1980 sous Margaret Thatcher et Ronald Reagan. La source du problème serait que l'État social est devenu trop coûteux et inefficace. Il faudrait donc en démanteler et privatiser des pans entiers. Or, cette lecture méconnaît les causes de la crise des finances publiques, propose des mesures qui se sont révélées des échecs ailleurs dans le monde, et surtout ne permet pas de penser un « État du XXI^e siècle » susceptible d'enrayer – notamment – les problèmes liés aux inégalités socio-économiques et aux problèmes écologiques.

Austérité et transformation institutionnelle des États

L'économiste John Maynard Keynes affirmait qu'en temps de crise les gouvernements devaient stimuler l'économie en augmentant leurs dépenses. Engager des politiques d'austérité en pleine récession était pour lui l'équivalent de jeter de l'huile sur un brasier. Bien qu'il puisse sembler contre-intuitif de générer des déficits alors que l'économie roule au ralenti, c'est pourtant, du point de vue de la théorie économique keynésienne, la seule façon de mettre en place des politiques capables d'engager une reprise de l'activité économique. Or, dans les dernières années, les gouvernements n'ont pas suivi ces indications classiques de la théorie économique keynésienne. Ils ont plutôt opté pour des mesures d'austérité.

En effet, après le déclenchement de la crise financière de 2007-2008, les gouvernements ont ignoré maints avertissements et ont choisi la voie de l'austérité. Dès les débuts de ce tournant en matière de politique économique, le « Nobel »^a d'économie Paul Krugman a dénoncé l'utilisation de ce prétendu remède contre-indiqué, prédit qu'il aggraverait la dépression économique et ne relancerait pas la croissance. Les dernières années ont confirmé ces prédictions : « Depuis le tournant vers l'austérité en 2010, chaque pays qui a introduit des mesures d'austérité significatives a vu son économie en souffrir, la profondeur du mal étant proportionnelle à la sévérité des politiques d'austérité »¹. Comme le note Krugman, l'économiste en chef du Fonds monétaire international, Olivier Blanchard, a lui-même reconnu que les experts avaient sous-estimé le dommage que causeraient les politiques d'austérité aux économies nationales². Depuis, selon Krugman, « toutes les études et recherches économiques qui justifiaient prétendument la promotion de l'austérité ont été discréditées [...]. Il est rare, dans l'histoire de la pensée économique, que des débats se résolvent si rapidement. L'idéologie "austérienne" qui dominait le discours de l'élite il y a cinq ans s'est effondrée au point où on ne trouve guère plus personne pour y croire »³.

Ainsi, comme le dit un autre « Nobel » d'économie, Joseph Stiglitz, « l'austérité a échoué » et « a été un désastre complet. Les pays de l'Union européenne sont à nouveau au bord de la stagnation, si ce n'est d'une récession à triple creux, avec un chômage qui reste à des sommets et dans beaucoup de pays un PIB réel par habitant (corrigé de l'inflation) toujours inférieur à son niveau d'avant-crise.

Même dans les pays qui s'en sortent le mieux comme l'Allemagne, depuis la crise de 2008, la croissance est tellement faible que dans d'autres circonstances on la qualifierait de lamentable »⁴. En somme, les gouvernements, s'appuyant sur des études et recherches récentes depuis démenties et invalidées^b, ont fait précisément l'inverse de ce que recommanderait un manuel de macroéconomie : réduire les dépenses, dans une économie en dépression, sans marge de manœuvre pour réduire des taux d'intérêts déjà bas; cela ne pouvait qu'aggraver l'effondrement de l'économie⁵. Une question s'impose donc à nous : pourquoi les gouvernements s'entêtent-ils (comme on l'a vu récemment en Grèce) à reconduire une politique qui a pourtant été discréditée tant en théorie qu'en pratique ?

VERS UNE RÉVOLUTION NÉOLIBÉRALE DE L'ÉTAT

La réponse succincte à cette question est qu'il existe une autre approche économique qui considère que la relance de l'économie passe par l'expansion ou la redynamisation du secteur privé. Dans cette perspective, l'État n'est pas la solution, mais bien le problème. L'État social, avec ses services et programmes sociaux, serait devenu lourd, coûteux et inefficace. Il faudrait donc réduire la taille de l'État, changer son mode d'intervention et laisser davantage de place aux façons de faire de l'entreprise privée ou à l'entreprise privée elle-même. L'austérité est donc non seulement une « stratégie » économique; c'est aussi un projet de transformation institutionnelle qui vise à redessiner l'État et les services publics en favorisant davantage l'initiative privée. La volonté de réduire les effectifs de la fonction publique transparait sans ambiguïté dans le discours du président du Conseil du Trésor du Québec, Martin Coiteux : « L'État doit se serrer la ceinture. Comme vous le voyez, tout le monde fera un effort ». Il a ainsi affirmé sa volonté de réduire la taille de l'État pour le transformer en « un État du XXI^e siècle »⁶.

a Il s'agit dans les faits du prix de la Banque de Suède en sciences économiques en mémoire d'Alfred Nobel, surnommé « prix Nobel d'économie ».

b Ces études affirmaient, d'une part, que la réduction des dépenses publiques provoquerait un boom économique plutôt qu'une récession aggravée (ce que les faits ont depuis démenti), voir Alesina et Ardagna (2010). D'autre part, elles soutenaient que toute augmentation de la dette au-delà de 90 % du PIB pouvait entraîner une croissance négative, voir Reinhart et Rogoff (2010). Cette dernière étude a été démentie après qu'un étudiant en économie découvrit une erreur dans le document Excel contenant les données de départ, voir Krugman (2015).

Ce projet affirmé de transformer le rôle de l'État n'est pas seulement le fait du président du Conseil du Trésor, mais est aussi partagé par le premier ministre Philippe Couillard qui, selon plusieurs sources, ne jurerait que par un livre qui appelle à une « révolution »⁶ de l'État dans les années qui viennent.

Selon ce que rapporte le journal *Le Devoir*, l'ouvrage *The Fourth Revolution: The Global Race to Reinvent the State*, co-écrit par deux « patrons » de la revue *The Economist*, John Micklethwait et Adrian Wooldridge, constituerait « la bible » du premier ministre : « Philippe Couillard a été très clair, racontent plusieurs sources : s'il y a un livre qui l'inspire et même "que vous devriez tous lire", a-t-il lancé à son parterre, c'est *The Fourth Revolution* »⁷. Selon le professeur émérite de l'UQAM et associé à l'ENAP, Benoit Lévesque : « Ce qui a inspiré notre premier ministre à la lecture de cet ouvrage, ce serait moins la partie historique (quatre révolutions de l'État sur cinq siècles) que la révolution inachevée du néolibéralisme »⁸. En somme, l'ouvrage suggérerait qu'une nouvelle révolution de l'État est nécessaire. On voit immédiatement l'intérêt de se pencher sur les thèses avancées dans cet ouvrage, lesquelles pourront révéler une direction d'ensemble derrière des transformations qui peuvent autrement apparaître au premier coup d'œil comme des réformes isolées et sans cohérence logique.

Parallèlement à une critique des impacts socio-économiques des politiques d'austérité, le présent texte appelle à une réflexion sur le projet qui vise à révolutionner la forme et le rôle de l'État (notamment par des compressions dans les services publics) dans les années à venir. Ce document résume, succinctement et dans une perspective critique, les thèses du livre qui sert d'inspiration à ce projet.

QUATRE RÉVOLUTIONS

Il y aurait donc, selon Micklethwait et Wooldridge, eu quatre transformations majeures de la forme de l'État dans les derniers 400 ans. La première révolution tourne autour de la création de l'État-nation et s'incarne dans la figure du Léviathan, le monarque absolu imaginé par Thomas Hobbes (1651). La deuxième serait la révolution

libérale de l'État à l'époque victorienne (XIX^e siècle). La troisième est liée à l'apparition de l'État social garantissant à tous et toutes l'accès à la santé et à l'éducation (fin du XIX^e siècle et début du XX^e siècle)⁹. Au fil de ces transformations, l'État aurait connu une phase d'expansion continue, ce qui l'aurait mené à être profondément coûteux, lourd et inefficace.

La dernière révolution, celle des Milton Friedman, Friedrich Hayek ou Margaret Thatcher dans les années 1970-80 – bref, ce que l'on pourrait appeler la révolution néolibérale – allait, selon les auteurs de l'ouvrage, dans le bon sens, c'est-à-dire qu'elle cherchait à réduire la taille de l'État. Le problème, toujours selon Micklethwait et Wooldridge, serait qu'elle n'a pas été parachevée : l'État occidental, qui n'a depuis cessé d'augmenter ses dépenses et de grossir encore davantage, vivrait une crise majeure à cause de ses dépenses élevées liées aux services publics et aux prestations sociales dispensées par le secteur public. Si rien n'est fait, les États occidentaux seraient en voie d'être dépassés en productivité et en efficience par les États capitalistes autoritaires d'Asie. C'est pourquoi les auteurs en appellent à parachever rapidement la « quatrième révolution » de l'État, « un travail laissé inachevé [*unfinished business*] après la demi-révolution [néolibérale] des années 1980 »¹⁰, dans le but d'en réduire la taille, le tout à partir d'une approche ouvertement inspirée par le libéralisme économique et politique : « Notre point de départ est libéral : nous voulons que l'État soit plus petit et que les individus soient davantage libres »¹¹.

Une « révolution »¹² est ainsi dans l'air dont l'enjeu est de savoir ce que sera le « bon gouvernement »¹³ du XXI^e siècle et qui, de l'Asie ou de l'Ouest, produira un modèle d'État capable de composer avec la réduction des ressources, la compétition renouvelée entre les États-nations et la nécessité de « mieux faire les choses »¹⁴, c'est-à-dire de réduire les coûts des services publics. Les auteurs se montrent admiratifs envers certains pays d'Asie qui ont des États de petite taille. Par exemple, à Singapour, le secteur public ne représente que la moitié de la taille de celui des États-Unis¹⁵. La Chine forme elle-même son fonctionariat suivant le modèle de cette petite cité-État qui combine un développement économique capitaliste soutenu avec un régime antidémocratique et autoritaire.

À l'opposé, en Occident, les citoyennes et citoyens seraient habitués, depuis la Deuxième Guerre mondiale, à un État en expansion qui intervient dans de nombreux domaines de la vie sociale. Selon les auteurs, cette apparente stabilité fait oublier que le développement de l'Europe et de l'Amérique n'a pas été marqué par une lente continuité historique, mais s'est caractérisé par des changements institutionnels répétés et importants – les fameuses révolutions précédemment citées. Si l'État a

a Ce langage n'est pas sans rappeler celui de l'ancien ministre Raymond Bachand, qui avait, en 2010, qualifié de « révolution culturelle » son projet de remettre en question la gratuité des services publics pour en promouvoir la tarification. Voir François Desjardins, « Réflexion sur les tarifs – Une « révolution culturelle », selon Raymond Bachand », *Le Devoir*, 23 février 2010, www.ledevoir.com/economie/actualites-economiques/283666/reflexion-sur-les-tarifs-une-revolution-culturelle-selon-raymond-bachand

changé par le passé, il peut, et il doit, d'après les auteurs, encore changer. Cette fois, le changement ne mènera cependant pas à une extension du champ d'action de l'État mais à sa réduction. Le modèle qui les inspire est celui produit par la « seconde révolution » et représenté au mieux par l'État britannique de l'époque victorienne, c'est-à-dire l'État minimal et peu interventionniste mis de l'avant par des penseurs libéraux tels que John Stuart Mill. Selon les auteurs, il faudrait aujourd'hui revenir à cet État minimal de la période victorienne.

Les auteurs reconnaissent pourtant que la pensée de Mill a par la suite évolué dans la direction d'un socialisme libéral dans la seconde moitié du XIX^e siècle. D'abord intéressé par la défense de la liberté individuelle contre toute tyrannie, Mill en vient éventuellement à se demander : « À quoi sert la liberté pour un travailleur qui n'a ni éducation ni accès à des soins de santé ? »¹⁶. Ce genre de réflexion conduira à la troisième révolution de l'État qui créera l'État social moderne que nous connaissons toujours aujourd'hui, avec ses services publics et programmes sociaux. Or, les réflexions du « vieux » Mill intéressent moins les auteurs que la défense de la liberté individuelle que l'on trouve chez le « jeune » Mill.

Depuis la Deuxième Guerre mondiale, l'État social (auquel conduit la pensée « socialiste » du « vieux » Mill) aurait été en expansion continue, exception faite de l'action des néolibéraux (Thatcher, Reagan, Friedman, Hayek, etc.) qui ont tenté, dans les années 1970-80, d'en réduire la taille. Cette « demi-révolution »¹⁷ reprenait le motif de la deuxième révolution libérale des XVIII^e et XIX^e siècles et de l'État minimal victorien, mais Micklethwait et Wooldridge se désolent qu'elle n'ait pas été menée à terme et se soit avérée au final incapable d'empêcher la croissance de la taille et des dépenses de l'État.

DÉGONFLER L'ÉTAT SOCIAL

Selon les auteurs, l'État social, en concédant au fil du temps de plus en plus de droits et d'avantages sociaux, en serait venu à un état « d'enflure [*bloat*] »¹⁸ jusqu'à devenir une « nounou omniprésente »¹⁹ dans tous les aspects de la vie. Par exemple, aux États-Unis, les dépenses gouvernementales en proportion du PIB sont, selon les auteurs, passées de 7,5 % du PIB en 1913 à 41 % en 2011. Cette expansion de la taille de l'État s'est poursuivie, tant sous des gouvernements de gauche que de droite. L'État devient ainsi trop gros, trop coûteux (augmentation des dépenses liées à un contexte d'endettement public et le vieillissement de la population), et serait également plombé par la corruption. Trois « solutions » s'offriraient maintenant aux gouvernements pour sortir de l'impasse :

1. Supprimer des services publics et des prestations sociales;
2. Augmenter les taxes et impôts « à des niveaux extraordinaires »²⁰;
3. Aller d'une crise à l'autre en pelletant le problème en avant.

Les auteurs estiment que les États emprunteront la première voie, et les services ou prestations retirés à la population risquent d'être beaucoup plus élevés que ce à quoi pourraient s'attendre les populations²¹. L'ère de l'État compris comme un « buffet à volonté [*all you can eat*] »²² serait terminée. Les auteurs donnent l'exemple de la ville californienne de San Bernardino où, en 2012, l'avocat de la municipalité avait conseillé aux citoyens et citoyennes de « verrouiller leurs portes et de charger leurs armes à feu » parce que la ville en faillite n'arrivait plus à financer adéquatement le service de police²³.

Une autre source de pression sur L'État viendrait des contribuables, qui souhaiteraient davantage de services, mais voudraient payer moins de taxes et impôts, une position qui les placerait d'emblée en porte-à-faux avec les revendications des syndicats du secteur public qui voudraient « préserver leurs privilèges »²⁴. Les auteurs évoquent par exemple l'augmentation éventuelle de l'âge de la retraite, déjà passé au Canada de 65 à 67 ans, à 70 ans. Ce n'est pas la seule mesure qu'évoquent les auteurs pour éviter « l'échec » (*failure*) de l'État occidental : l'application de « techniques de production de masse à des hôpitaux »²⁵ (comme cela se fait notamment en Inde) représenterait par exemple le futur des soins de santé. Globalement, l'universalité des services publics devra être remise en question et les services orientés uniquement vers les plus pauvres, comme c'est le cas à Singapour, puisque les autres citoyennes et citoyens sont vus comme étant capables de se prendre en charge par eux-mêmes.

L'importation de techniques de gestion inspirées de la gouvernance des entreprises privées dans le secteur public et l'utilisation de la technologie permettant la collecte et l'analyse de données massives (le « *Big Data* »²⁶) seraient autant de moyens d'augmenter la productivité en s'inspirant des « meilleures pratiques » exactement comme les entreprises « ont appris de la méthode de production Toyota^a dans les années 1980 »²⁷. L'internet permettrait par exemple d'économiser en éducation en donnant des cours en ligne plutôt que dans des campus coûteux. L'objectif général est d'augmenter « l'efficacité » et la bonne

a Déjà, au Québec, comme ailleurs dans le monde, il est de plus en plus question de rationaliser la gouvernance des services de santé au moyen de la méthode « LEAN ». Voir Guillaume Hébert, « La gouvernance en santé au Québec », *Note socio-économique*, IRIS, 18 février 2014, <http://iris-recherche.qc.ca/publications/gouvernance-sante>

gestion du gouvernement, ce qui suppose pour les auteurs d'affronter les « droits acquis »²⁸ des syndicats qui font office, pour eux, de sable dans l'engrenage.

Pour Hobbes, l'État devait fournir la sécurité. Pour Mill, il devait garantir la liberté. Pour les sociaux-démocrates, il devait garantir le bien-être. Il s'agirait maintenant de savoir ce qui est attendu de la part du gouvernement du XXI^e siècle dans les sociétés occidentales. Pour Micklethwait et Wooldridge, la réponse s'articule à partir du libéralisme classique et de la défense de la liberté individuelle : « En général, nous favorisons un État plus petit [...]. Laisse à lui-même, il prendra de l'expansion à l'infini. [...] Plus le Léviathan assume de responsabilités, moins il offre un bon rendement, et plus les gens sont en colère, ce qui les conduit à demander encore plus d'aide de l'État. C'est le cercle vicieux de la politique progressiste »²⁹.

LES MESURES PROPOSÉES

Selon les auteurs, aux XVI^e et XVII^e siècles, l'enjeu principal était de consolider la puissance de la souveraineté nationale contre les idées concurrentes du pouvoir impérial ou papal. Aux XVIII^e et XIX^e siècles, la révolution libérale insiste sur la liberté, la démocratie et les droits de l'individu. Au XX^e siècle, c'est le bien-être (*welfare*) des individus qui servira d'orientation pour le développement de l'État. Prenant acte des difficultés budgétaires des États, la nouvelle révolution néolibérale, elle, préconise un retour, libéral et pragmatique, à la défense de la liberté individuelle et à l'État-gendarme (*night-watchman state*) de la période victorienne s'appuyant sur la nouvelle technologie pour accomplir son mouvement de rationalisation « efficace »³⁰. La liberté de l'individu est définie, en termes classiquement libéraux, comme l'absence d'interférence de la part d'autrui dans le mouvement de la personne. À l'opposé, la gauche et ses idées progressistes auraient pour conséquence de concéder toujours plus d'avantages coûteux à des groupes d'intérêts. L'État serait maintenant devenu si insolvable qu'il faudrait « vendre les bijoux de l'argenterie de la famille »³¹, c'est-à-dire des pans entiers de l'État.

Le chapitre 7 de l'ouvrage, judicieusement intitulé « *Winds of change* »^a, donne un échantillon de ce que pourrait

nous réserver le futur en décrivant de nouvelles pratiques déjà mises en place de par le monde. Voici une liste schématique des mesures inspirées d'exemples internationaux que les auteurs suggèrent d'adopter parce qu'elles auraient contribué à réduire les coûts et la taille de l'État. En voici une liste non exhaustive, mais qui donne déjà un aperçu de la « thérapie de choc » (Naomi Klein) dont l'État aurait, selon les auteurs, absolument besoin pour sortir de ce qu'ils considèrent être son « immobilisme » coûteux :

État et police

1. Déléguer certains pouvoirs aux institutions qui pilotent la mondialisation et aux micro-pouvoirs de la société civile.
2. Étendre la logique de marché au secteur de l'État.
3. Mettre en place un « État intelligent » fondé sur l'informatique et la monnaie virtuelle.
4. Confier la politique fiscale à des commissions indépendantes.
5. Mettre en place des clauses crépusculaires (maximum de 10 ans) dans tout projet de loi afin d'éviter l'accumulation de mesures législatives périmées et coûteuses.
6. Utiliser la technologie informatique et des caméras de surveillance au sein de la police pour analyser la criminalité, prévoir les besoins et distribuer les effectifs dans les secteurs à plus haut risque et ainsi réduire les coûts.
7. Utiliser des drones et robots armés pour éventuellement remplacer les soldats.
8. Décomposer l'État en unités plus petites et plus innovatrices.
9. Instaurer de nouveaux systèmes de mesure et d'évaluation des performances des agences et des sous-traitants.
10. Réduire certaines subventions aux entreprises et de certains crédits d'impôts bénéficiant aux riches^b.
11. Abolir les subventions agricoles.
12. Développer le gaz de schiste (un revenu) sur les terres gouvernementales.
13. Cesser de subventionner la production de combustibles fossiles (une dépense).

a Allusion à la chanson « *Wind of change* » du groupe Scorpions : « Les paroles de la chanson [...] ont été inspirées par le Moscow Music Peace Festival de 1991, le premier festival de musique rock occidentale donné dans le bloc soviétique, en 1989, et auquel Scorpions participa. Elles célèbrent les changements politiques du début des années 1990 en Europe de l'Est, c'est-à-dire la chute du bloc communiste (ce qui mena par la suite à la disparition de l'URSS) ». Voir [http://fr.wikipedia.org/wiki/Wind_of_Change_\(chanson\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Wind_of_Change_(chanson)). Le clin d'œil des auteurs vise sans doute à signifier, comme en parallèle de

la libéralisation des anciens pays du bloc de l'Est, la « chute » de l'État social-démocrate et l'avènement d'une révolution néolibérale.

b En ce sens, les auteurs sont authentiquement libéraux : l'État doit subventionner le moins possible de gens, les individus étant ultimement responsables d'eux-mêmes. C'est ce qui explique cette double critique des subventions aux personnes les mieux nanties et des programmes sociaux utilisés majoritairement par les personnes les moins nanties : une volonté de déplacer la responsabilité vers l'individu.

Emploi, services publics et retraites

14. Mettre en place un système de « flexisécurité » et d'allocation conditionnelle (*workfare*) : flexibiliser ou faciliter la possibilité de congédier des employés ; privilégier l'actualisation des compétences à l'assurance-chômage ; protéger non pas les emplois, mais les travailleurs et travailleuses, en mettant en place des programmes de formation continue leur permettant de se recycler, réduire la possibilité pour une personne d'être reconnue inapte à travailler.
15. Verser toutes les prestations gouvernementales à l'aide d'un seul chèque illustrant combien chaque individu reçoit de la part de l'État (ce qui permet éventuellement d'imposer un plafond).
16. Réformer les régimes de retraite pour appliquer un modèle à cotisation déterminée.
17. Augmenter l'âge de la retraite à 67 ans, et peut-être éventuellement à 70 ou 75 ans.
18. Remettre en question la gratuité, l'universalité, l'égalité et l'uniformité des services publics au profit de programmes plus ciblés et restreints.
19. Abolir l'« emploi à vie » des fonctionnaires.
20. Valoriser l'innovation plutôt que la résistance au changement.
21. Privatiser des services publics (ex : poste, prisons, aéroports).
22. Instaurer la rémunération au rendement (*performance pay*).
23. Vendre des terrains ou des propriétés publics.

Organisation de l'entreprise

24. Remplacer les hiérarchies dans l'entreprise par des réseaux « fluides ».
25. Externaliser (*oustourcing*).
26. Décentraliser.
27. Mondialiser.
28. Technologiser.

Éducation

29. Augmenter les droits de scolarité universitaires.
30. Établir des écoles à charte (*charter schools* aux États-Unis, *free schools* en Angleterre), financées par le secteur public, mais administrées par le privé, ce qui permet de créer un « marché » foisonnant de « *start-ups* » dans le secteur de l'éducation^a.
31. Mettre en place les « bons d'éducation » inventés par Milton Friedman.
32. Permettre aux parents de compléter les bons gouvernementaux avec leurs propres ressources financières.

^a En Suède, selon les auteurs, 60 % des écoles indépendantes sont des entreprises à but lucratif. Voir la p. 171 de l'ouvrage.

33. Mettre en place des cours en ligne ouvert à tous et toutes (*massive online open courses* ou MOOC).
34. Corriger les examens à l'aide de robots. Introduire la pédagogie inversée et assistée par ordinateur.
35. Utiliser des classements pour dénoncer les établissements peu performants.

Santé

36. Créer des hôpitaux privés.
37. Introduire un ticket-modérateur.
38. Employer la méthode de gestion « Toyota ».^b
39. Assurer la transparence des données et statistiques budgétaires.
40. Utiliser les mégadonnées (*Big Data*) pour créer la « médecine personnalisée ».
41. Utiliser des classements pour dénoncer les établissements peu performants.
42. Utiliser des senseurs connectés à Internet pour réduire les visites chez le médecin.
43. Utiliser du matériel médical plus léger et à moins coûteux.
44. Transférer davantage de responsabilité au personnel non-médical, aux gadgets et à la technologie.

Restreindre et limiter la démocratie

Toutes ces réformes fonctionneront mieux, préviennent les auteurs, si elles ne sont pas appliquées à la pièce, mais plutôt intégrées à une « réingénierie générale » de l'État³². Les auteurs souhaitent que la « menace » du modèle de capitalisme autoritaire à l'asiatique puisse servir de repoussoir et convaincre la classe dirigeante et la population d'avoir le « courage » d'entreprendre la quatrième révolution néolibérale de l'État. L'alternative serait ainsi entre un État capitaliste efficace autoritaire et un État capitaliste efficace misant davantage sur la liberté individuelle et la libre entreprise. Dans tous les cas, l'État social du XX^e siècle est considéré comme obsolète et dépassé. La question la plus importante est de savoir si la conception actuelle de la démocratie permettra d'engager cette révolution.

Selon les auteurs, la démocratie actuelle est devenue un système clientéliste où la classe politique, dans le but d'obtenir des dons et d'être élue, accepte de distribuer des avantages à des groupes d'intérêts. Les individus voudraient recevoir sans cesse plus d'avantages de la part des gouvernements tout en payant moins d'impôts, ce qui augmenterait l'insolvabilité de l'État et le refus de considérer que des réformes s'avéreraient nécessaires et

^b Les auteurs présentent positivement l'idée d'organiser les hôpitaux comme « une compagnie aérienne à bas prix [*budget airline*] ». Voir p. 172.

urgentes. La démocratie ne serait ainsi peut-être pas en mesure de mettre en place les réformes nécessaires :

Il y a quelques décennies, les gens en Occident pensaient que la démocratie était [...] la meilleure forme de gouvernement. Aujourd'hui, beaucoup de gens ont des doutes. La démocratie, parce qu'elle répond, comme le disait déjà Platon, aux passions émotives des gens plutôt qu'à la raison, semble être responsable du problème de l'enflure de l'État. Les politiciens achètent leur siège avec l'argent des autres et les électeurs remettent à plus tard les décisions difficiles³³.

Les auteurs ne disent pas pour autant qu'il faille en finir avec la démocratie, mais bien que celle-ci doit être réformée en profondeur et revitalisée : « Certains des problèmes aux États-Unis proviennent du fait que sa démocratie est trop démocratique »³⁴. La souveraineté des États est affaiblie par le haut (la mondialisation) et par le bas (mouvements séparatistes, décentralisateurs, micro-pouvoirs citoyens, groupes de la société civile, etc.)³⁵. Selon Dani Rodrik, cité par les auteurs, les États-nations ne pourront pas en même temps sauver la démocratie, la souveraineté et leur place dans la mondialisation économique. Rodrik estime que pour conserver leur place dans la mondialisation, les nations feront d'importantes concessions sur le plan de la démocratie et de la souveraineté nationale. L'une des perspectives, celle qu'incarne le modèle asiatique, est une rechute dans l'autoritarisme des années 1920-1930. Déjà, en Europe, les décisions technocratiques de l'Union européenne ont réactivé le spectre d'un « populisme » que l'on croyait éteint depuis la Deuxième Guerre mondiale, comme en font foi les discours du Front national ou encore la remontée du nazisme (Aube dorée) en Grèce.

Plutôt que d'emprunter la voie de l'autoritarisme asiatique, les auteurs proposent plutôt de limiter la taille de l'État (« *the spirit of limited government* »³⁶) comme outil pour sauver la démocratie des problèmes qu'ils ont identifiés. Le gouvernement devrait ainsi limiter les demandes des personnes gouvernées et apprendre à se limiter lui-même³⁷. Autrement le danger est que l'État continue son expansion, concède toujours plus d'avantages à des intérêts particuliers et continue de faire des promesses qu'il ne peut remplir³⁸. Les États doivent donc réduire leur taille, en acceptant notamment que certains pouvoirs soient récupérés par des instances qui leur sont supérieures (institutions de la mondialisation) ou inférieures (ONG, société civile, etc.). Plusieurs décisions pourraient être sous-traitées à des agences, des firmes externes ou autres tiers^a.

Par exemple, le contrôle de la politique fiscale ou les décisions concernant les fonds de retraite pourrait être remis entre les mains de commissions indépendantes afin de réduire les dépenses étatiques (et donc les prestations et services publics).

Globalement, il s'agit de mettre l'accent sur la liberté et les droits individuels plutôt que sur les droits collectifs, puis de réduire la taille de l'État. Ceci permettrait en retour à la démocratie de se contraindre elle-même dans ses dérives. Selon les auteurs, il faudra d'abord vaincre la résistance des syndicats, de la classe politique et des industriels subventionnés par le « capitalisme de copinage » (*crony capitalism*)³⁹. C'est en réinventant ainsi l'État que les pays occidentaux pourront, selon Micklethwait et Wooldridge, éviter de verser dans l'autoritarisme des partis uniques asiatiques sans pour autant chercher à conserver un État social qui, selon eux, n'est plus fonctionnel et constitue donc une chose du passé, appelée à être balayée par le mouvement nécessaire de l'histoire dont la « quatrième révolution » serait l'expression.

a Les auteurs reconnaissent que ceci entraîne le risque de la monopolisation du pouvoir de décision par les experts et expertes (technologie), risque qui peut être réduit, selon eux, en limitant le

recours à l'externalisation (*outsourcing*) pour des décisions ciblées.

Remarques critiques

La mécanique de la rhétorique de Micklethwait et Wooldridge est implacable. L'État occidental serait devenu inefficace, les pays asiatiques auraient développé un modèle d'État capitaliste-autoritaire qui serait en voie de dépasser la performance des États de l'Ouest ; il faudrait donc parachever la révolution néolibérale des années 1980 en revenant à la conception de l'État gendarme du libéralisme de l'époque victorienne, en adaptant celui-ci à la mondialisation grâce aux nouvelles technologies. Cela exigerait notamment de limiter les revendications des citoyens, des citoyennes et des groupes dans une démocratie devenue « trop démocratique ». Cette « quatrième révolution » néolibérale serait la seule solution pour sauver les États et les démocraties occidentales autrement prêtes à ployer sous le poids de leurs contradictions, l'autre solution étant de voguer de crise en crise jusqu'à la crise finale.

Les pressions qui obligerait l'État à changer relèvent du scénario habituel, présenté comme une fatalité indiscutable par les tenants de l'approche néolibérale : dette publique surélevée, vieillissement de la population et choc démographique causant une explosion des dépenses en santé, impossibilité d'augmenter les taxes et impôts pour garantir un « environnement fiscal » concurrentiel. Or, les prémisses de cet argumentaire peuvent être interrogées.

En effet, l'IRIS a produit de nombreuses études relativisant le problème de la dette⁴⁰ ou encore le prétendu choc démographique⁴¹. De plus, l'IRIS a montré que la prétendue crise des finances publiques au Québec (l'État n'aurait plus les moyens parce qu'il dépense trop) est en vaste partie causée par les pertes de revenus résultant de baisses d'impôts profitant aux personnes les mieux nanties⁴². Faute de remettre en question ces présupposés et l'analyse dramatique et fataliste qui en est tirée, la lectrice ou le lecteur se trouve vite enfermé dans la trappe argumentative de Micklethwait et Wooldridge.

On trouvera également, toujours sur le site de l'IRIS, nombre de publications démontrant que plusieurs des prétendues « solutions abordées » (privatisations, taylorisation de la santé, marchandisation de l'éducation, etc.) n'en sont pas et ont des conséquences socio-économiques négatives. Les auteurs ne reconnaissent pas non plus, comme nous l'avons vu d'emblée, que la réduction de la taille de l'État ne constitue pas une véritable stratégie de relance de l'économie, comme en fait foi l'échec des politiques d'austérité mises en place depuis la crise de 2007-2008, lesquelles n'ont fait qu'aggraver la dépression économique et augmenter les inégalités

socio-économiques. Selon l'OCDE, « l'accroissement des inégalités entre 1985 et 2005 a privé, en moyenne, les économies développées de 4,7 points de pourcentage de croissance cumulée entre 1990 et 2010 »⁴³. La cause de ces inégalités est aussi liée aux facteurs suivants :

les nouvelles technologies – qui profitent aux plus éduqués, particulièrement dans les domaines scientifique et informatique –, la mondialisation – qui a amené le démantèlement de millions d'emplois de la classe moyenne des pays riches vers les économies émergentes –, les besoins changeants de l'économie – qui ont notamment amené un plus grand recours aux travailleurs à statut précaire – et la déréglementation financière – qui a permis l'explosion des salaires des banquiers. On évoque aussi l'affaiblissement des syndicats et, par conséquent, la perte de rapport de force des travailleurs. Une récente étude du FMI attribue même à ce facteur la moitié de la hausse des inégalités entre 1980 et 2010⁴⁴.

Le résultat est que les inégalités socio-économiques n'ont jamais été aussi élevées, le 10 % des plus riches gagnant maintenant pratiquement 10 fois plus que les 10 % les plus pauvres, un rapport qui se situait à 7 pour 1 il y a trente ans :

« Nous avons atteint un point critique. Les inégalités dans les pays de l'OCDE n'ont jamais été aussi élevées depuis que nous les mesurons », a déclaré le secrétaire général de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Angel Gurría, lors du dévoilement, jeudi, d'un rapport de plus de 300 pages sur le sujet. Le phénomène ne vient pas seulement miner l'idéal de justice et la cohésion sociale des pays, a-t-il fait valoir, il plombe aussi leurs perspectives économiques. « En ne s'attaquant pas au problème des inégalités, les gouvernements affaiblissent le tissu social dans leur pays et compromettent leur croissance économique à long terme. »⁴⁵

Plus étonnante encore est l'absence totale de réflexion sur les contradictions économiques du capitalisme avancé. Il est certes intéressant que des auteurs issus d'un magazine économique – *The Economist* – choisissent de consacrer un ouvrage à des questions relevant davantage de préoccupations institutionnelles (politiques économiques mises en place par les gouvernements, type d'État à privilégier, etc.). Il est cependant pour le moins étonnant que la discussion sur le capitalisme autoritaire asiatique et sur la crise de la social-démocratie en Occident s'en tienne exclusivement à la sphère de la redistribution sans qu'aucune discussion sur la sphère de la production économique n'intervienne. Or, personne ne contredira que

la capacité d'un État à prélever des revenus et à redistribuer des richesses est fonction de ladite production de « richesse »^a elle-même.

L'absence de discussion sur cette question est d'autant plus étonnante que cela conduit à présenter la « révolution » néolibérale de l'État uniquement sous l'angle d'une solution à la prétendue crise des finances publiques, alors que la réingénierie constitue elle-même une composante importante de la soi-disant stratégie de relance de la croissance économique et la nouvelle stratégie d'accumulation du capital mise de l'avant par les institutions internationales de la mondialisation et les élites économiques. C'est parce qu'ils croient que réduire la taille du secteur public au bénéfice d'une place plus grande accordée à l'initiative des individus et des entreprises privées pourra redynamiser une croissance économique, par ailleurs endémique depuis 2008, que les néolibéraux préconisent cette voie (et non seulement pour réparer les prétendus excès dépensiers de l'après-guerre et des « Trente Glorieuses »).

Or, comme l'a montré le professeur, économiste et chercheur-associé à l'IRIS Éric Pineault⁴⁶, c'est oublier qu'une grande part de la croissance suppose l'intervention de l'État qui agit comme multiplicateur de la richesse. Les mesures actuelles ne permettent pas de relancer la croissance. Même l'OCDE le reconnaît, en appelant non pas à une réduction des dépenses de l'État, mais à des investissements massifs : « L'OCDE a nettement abaissé [...] ses prévisions de croissance mondiale pour 2015 et 2016, sur fond notamment de contraction aux États-Unis et de ralentissement en Chine, et appelé à accroître les investissements pour stimuler l'économie mondiale »⁴⁷. En somme, cette stratégie de relance qui ne s'avoue pas ne permet pas de relancer la croissance, et ne fait qu'aggraver le problème des inégalités.

En outre, et de manière plus importante, il faut se demander si la possibilité d'une relance de la croissance est réaliste ou si le capitalisme avancé n'est pas caractérisé par une crise de « dévalorisation »⁴⁸ qui rendrait impossible toute véritable reprise. La mutation de l'État qui est proposée dans *The Fourth Revolution*, et qui inspire le premier ministre Philippe Couillard, a beau être présentée comme un retour au libéralisme classique de John Stuart Mill, il n'en est rien : il s'agit d'un agenda proprement

néolibéral. Comme le disent Pierre Dardot et Christian Laval dans *La nouvelle raison du monde* :

le néolibéralisme n'est ni un retour au libéralisme classique ni la restauration d'un capitalisme « pur ». Commettre ce contresens, c'est ne pas comprendre ce qu'il y a précisément de nouveau dans le néolibéralisme : loin de voir dans le marché une donnée naturelle qui limiterait l'action de l'État, il se fixe pour objectif de construire le marché et de faire de l'entreprise le modèle du gouvernement des sujets⁴⁹.

En réformant l'État pour y injecter de la concurrence de marché, en l'utilisant pour former des individus rompus à la culture entrepreneuriale, le néolibéralisme suppose que cela permettra de gagner en efficacité et en rationalité contre l'ancien modèle de planification économique centralisée propre au mode de production fordiste. Cette stratégie, appuyée notamment sur les thèses de Friedrich Hayek, suppose que la croissance puisse être relancée par la transformation de toute la société, au moyen de l'État, en gigantesque entreprise à ciel ouvert, où le marché est réputé être la forme la plus efficace d'organisation de tous les secteurs de la société. On suppose que cette rationalisation en vue de l'efficacité et des gains de productivité puisse pallier les ratés et le plafonnement de la croissance, elle-même de plus en plus dépendante du capital fictif et de la finance. Or, cette financiarisation de l'économie la rend de plus en plus volatile et instable, selon le FMI : « Lorsque le secteur financier grandit trop rapidement, il devient très souvent source de crises et d'instabilité »⁵⁰.

Or, personne n'a démontré que cette réingénierie puisse sauver le capitalisme de sa crise de valorisation^b. Cependant, les impacts socio-économiques qui découlent de l'entêtement idéologique à emprunter cette voie sont palpables. Mais il est bien possible que, dans les faits, s'il s'avère que le système de la croissance se soit enrhyé, la proposition d'une réingénierie de l'État tienne davantage, suivant le concept mis de l'avant par David Harvey, d'une forme « d'accumulation par dépossession » :

La suppression des droits communs conquis par de longues années de luttes de classe acharnées (comme la protection sociale, la santé publique, les retraites) et leur retour au domaine privé a constitué une forme politique de dépossession la plus agressive menée au

a Il serait plus judicieux d'employer le terme « valeur » pour bien marquer la différence entre la richesse réelle et la valeur abstraite (par exemple : les comptes de banques peuvent être remplis de « valeur » dont la condition est par ailleurs la destruction de la « richesse réelle » que constitue un écosystème). Sur ces distinctions, voir Eric Martin et Maxime Ouellet, *La tyrannie de la valeur*, Écosociété, 2014.

b Selon Lohoff et Trenkle, le système capitaliste connaît un essoufflement ou plafonnement marqué par la contradiction interne suivante : les niveaux de productivité inégaux en raison du progrès technique et de l'automatisation, permettant de produire une grande quantité de marchandise, causent par ailleurs une crise de la capacité à produire de la valeur. Ainsi, malgré la performance croissante du système, il lui serait de plus en plus difficile de produire de la valeur. Sur ces questions, voir le courant de la « critique de la valeur », notamment Martin et Ouellet, *Tyrannie de la valeur*, *op. cit.*

nom de l'orthodoxie néolibérale. Cette « accumulation par dépossession » est une condition de survie du capitalisme⁵¹.

La privatisation d'actifs autrefois publics et le transfert de propriété vers le secteur privé peuvent être resitués plus largement dans le cadre d'un mouvement de privatisation du commun (*commons*) piloté par les élites au détriment des populations. Comme le relève Slavoj Žižek, cette privatisation du commun, autant de la nature ou de la vie que de la culture ou des institutions sociales, suppose que le mariage autrefois évident entre démocratie et capitalisme soit en train de s'effriter. Voilà qui explique la critique de la démocratie qui apparaît chez Micklethwait et Wooldridge, de même que le climat général dit « austéritaire » actuel, c'est-à-dire que « ce que nous voyons de plus en plus aujourd'hui est un capitalisme qui est brutalement efficace mais n'a plus besoin de la démocratie pour son fonctionnement »⁵². L'avènement d'une ère marquée par l'accroissement des inégalités sociales, ce que Jürgen Habermas appelle la « dé-démocratisation »⁵³, est un phénomène qui se confirme dans le modèle d'État asiatique autant que dans la redéfinition soi-disant inévitable de l'État occidental vers l'État minimal *sans que les populations puissent y opposer quelque autre idée ou projet*.

L'ouvrage de Micklethwait et Wooldridge jette un nouvel éclairage sur des événements survenus récemment au Québec. Ils peuvent apparaître comme autant de manifestations singulières et éparées, mais prennent une toute autre coloration lorsqu'on les resitue au sein d'une logique plus générale de dé-démocratisation. Par exemple, à l'occasion d'un débat sur la réforme du mode de scrutin, le premier ministre Couillard a déjà fait valoir que la stabilité et la capacité d'action des gouvernements étaient plus importantes que l'approfondissement de la démocratie :

Parmi les avantages du système qui nous régit aujourd'hui se trouve la stabilité du gouvernement pendant un mandat complexe, ce qui est absolument nécessaire pour mettre en place des choses importantes [...] L'instabilité et la recherche constante de compromis peuvent apparaître une bonne idée, mais, lorsqu'on est en marche vers le rétablissement essentiel de l'équilibre budgétaire, le contrôle de la dette, la revue des programmes, il est clair que ça peut amener des décisions importantes à ne jamais être prises⁵⁴.

Le journaliste qui couvrait l'événement y a vu un désir d'imposer des objectifs politiques en neutralisant le débat démocratique :

Les libéraux ne voient pas pourquoi on remettrait en question un mode de scrutin qui fonctionne bien. Qui plus est, Philippe Couillard croit qu'une meilleure représentativité électorale qui renforcerait les partis d'opposition nuirait au grand dessein qu'il a conçu pour le Québec. Les visées

d'une élite éclairée peuvent souffrir d'une démocratie débridée qui imposerait une futile « recherche constante de compromis ». Entre la démocratie et la stabilité, le premier ministre a choisi⁵⁵.

La fin des élections scolaires survient en même temps que les « compressions budgétaires ont été imposées aux commissions scolaires, entraînant des suppressions de postes et des réductions de services »⁵⁶. Dans le secteur de la santé, un deuxième président du conseil d'administration du CHUM a démissionné en 5 mois, critiquant la perte de pouvoir dans les conseils d'administration, la concentration du pouvoir vers le haut et l'« ingérence » du ministre de la Santé, un problème qui ne se limiterait pas au CHUM :

Dans sa lettre de désistement, envoyée au ministre le 30 juillet, Jean-Claude Deschênes élargit le problème à l'ensemble du réseau, accusant le ministre d'avoir « siphonné vers le haut et vidé de sens » les responsabilités des conseils d'administration par une série de mesures qui ont été mises en place depuis la réforme en avril. Il compare cette situation à « une mise sous tutelle » de l'ensemble des établissements de santé du Québec. « Je dirais simplement que ça fait l'affaire [du ministre] qu'il n'y ait pas de conseil d'administration pendant cette période, parce que le pouvoir est direct. [...] On est en train de faire disparaître les CA, on en prouve l'inutilité en ce moment, ça fait quatre mois qu'on marche sans eux. Mais tout est occulté et tout est imposé et, possiblement, politisé. »⁵⁷

Le déficit démocratique et la concentration verticale du pouvoir sont aussi décriés dans le secteur de l'éducation, comme l'a relevé le professeur émérite de sociologie de l'Université de Montréal, Guy Rocher :

Le ministre Blais est un philosophe, professeur de philosophie. Au fil de ses déclarations et de ses comportements, sa philosophie politique se révèle. Elle est essentiellement inspirée par une conception autoritariste et punitive du pouvoir politique. On voit bien qu'il conçoit l'autorité à la manière ancienne, descendant du haut – où règne la vérité – vers le bas – où doit se trouver l'obéissance –, et en exigeant des échelons intermédiaires du pouvoir (recteurs, directeurs de cégep, commissions scolaires) le même autoritarisme. Une culture de l'autoritarisme bureaucratique s'est installée au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur – comme au ministère de la Santé. Et l'esprit qui anime cette culture est vivement punitif : « exclure deux ou trois étudiants par jour », punir les étudiants grévistes, punir les professeurs grévistes, punir les commissions scolaires. Il faut prendre acte du fait que c'est cette philosophie politique qui sévit au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, avec laquelle il faudra vivre et si possible négocier, et dont il faudra subir les conséquences⁵⁸.

On pense aussi à l'abolition des structures de développement régional, comme les conférences régionales des élus (CRE) et les centres locaux de développement (CLD), critiquée même par les militants et militantes des associations libérales en région⁵⁹. Le Conseil du patronat du Québec a aussi poussé « le gouvernement à réallouer une partie des budgets actuellement consacrés au maintien des municipalités dévitalisées vers des mesures facilitant la relocalisation des ménages qui y habitent », présentant cet « exode rural » comme « quelque chose de normal, pas [comme] un mal contre lequel il faut nécessairement lutter à tout prix »⁶⁰. Il faut donc comprendre que si le gouvernement central considère qu'une région n'est pas viable économiquement, il doit déplacer les populations ailleurs et que celles-ci ne doivent pas résister ou contester cette déportation. Il s'agit encore d'une énième démonstration que la volonté des citoyens et citoyennes, qui devrait pourtant être au cœur du projet démocratique, pèse bien peu lourd dans la nouvelle logique austéritaire.

Le mouvement de privatisation autoritaire du commun proposé dans *The Fourth Revolution* soulève également la question écologique, comme en fait foi la proposition de Micklethwait et Wooldridge d'exploiter les gaz de schiste, problématique bien présente dans le Québec contemporain. Cela laisse entier le problème écologique causé par le productivisme et la contrainte à la croissance inhérents au mode de production fordiste, qui a dominé la période social-démocrate, et à l'idéologie actuelle du « développement durable », qui se refuse à discuter de décroissance⁶¹. Autrement dit, il faut se demander si la poursuite de la croissance économique infinie est possible et souhaitable sur une planète finie, une question qui trouve aisément sa propre réponse.

En somme, la quatrième révolution, dans une période de crise et de dépression économique soutenue, relève davantage d'un processus répétant le processus d'accumulation primitive^a à l'origine du capitalisme, où ce qui était chose commune est appelé à devenir possession privée. Si ce projet peut servir les intérêts d'une minorité possédante, on ne voit pas en quoi il permet de répondre aux besoins socio-économiques réels des populations, ni de répondre aux problèmes engendrés par les inégalités montantes, les prétentions infinies de la logique de croissance et ses impacts écologiques critiques.

Il faut cependant reconnaître un mérite à l'ouvrage de Micklethwait et Wooldridge : il montre que le débat déborde l'économie au sens strict pour englober également des questions de *politique économique*, c'est-à-dire relatives au type d'intervention économique et au type d'État qui devra être mise en place dans l'avenir. Le capitalisme autoritaire asiatique et la résurgence inquiétante de populismes en Europe servent de repoussoir pour imposer un programme visant un État néolibéral dont la mise en place semble, selon les auteurs, échapper à toute discussion et même exiger des restrictions à la démocratie. Le débat est ainsi cadré sous la forme d'un faux-dilemme sophistiqué entre autoritarisme asiatique et austéritarisme libéral. Il manque une autre option sur ce que pourrait être un État du XXI^e siècle capable de prendre en charge les préoccupations sociales et écologiques.

Depuis plusieurs années, les mouvements syndicaux s'en tiennent à la défense des acquis. Les mouvements sociaux altermondialistes ou étudiants réclament un monde horizontal où règnerait la démocratie directe. Les défenseurs du renouveau de la social-démocratie pensent qu'il est possible de rebâtir une « gauche efficace » et un capitalisme à visage humain. Dans tout cela, il demeure un point aveugle : la capacité de penser positivement de nouvelles institutions politiques, par-delà la répétition nostalgique ou revampée (« 2.0 ») de l'État-providence, capables de dépasser la croissance, les problèmes écologiques, les inégalités sociales et les crises répétées qui résultent des contradictions intrinsèques à la logique du système capitaliste avancé. Reste donc à ouvrir un questionnement sur le type d'État ou d'institution politique qui sera en mesure de répondre aux contradictions actuelles et aux problèmes du siècle qui s'ouvre.

a Karl Marx nommait « accumulation primitive » le processus d'appropriation violente par lequel la bourgeoisie a réussi à constituer son capital avant la révolution industrielle, notamment à travers l'expropriation des paysans. Selon Marx, l'origine du capital est à trouver dans un mouvement de déposssession organisée.

Notes de fin de document

- 1 Paul KRUGMAN, « The case for cuts was a lie. Why does Britain still believe it? The austerity delusion », *The Guardian*, 29 avril 2015, www.theguardian.com/business/ng-interactive/2015/apr/29/the-austerity-delusion.
- 2 Brad PLUMMER, « IMF: Austerity is much worse for the economy than we thought », *The Washington Post*, 2 octobre 2012, www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2012/10/12/imf-austerity-is-much-worse-for-the-economy-than-we-thought/.
- 3 KRUGMAN, *op. cit.*
- 4 Joseph STIGLITZ, « L'austérité a échoué », *La Presse*, 30 septembre 2014, www.lapresse.ca/debats/votre-opinion/201409/29/01-4804704-lausterite-a-echoue.php
- 5 KRUGMAN, *op. cit.*
- 6 Robert DUTRISAC, « Coiteux annonce "l'État du XXI^e siècle" », *Le Devoir*, 26 novembre 2014, www.ledevoir.com/politique/quebec/424971/coiteux-annonce-l-etat-du-xxie-siecle
- 7 Antoine ROBITAILLE, « Repenser l'État du Québec. La bible de Couillard ? », *Le Devoir*, 6 octobre 2014, www.ledevoir.com/politique/quebec/420321/repenser-l-etat-du-quebec-la-bible-de-couillard.
- 8 Benoit LÉVESQUE, « L'inspiration de Philippe Couillard », *Le Devoir*, 12 mars 2015, www.ledevoir.com/politique/quebec/434119/l-inspiration-de-philippe-couillard.
- 9 Suivant le résumé dans ROBITAILLE, *ibid.*
- 10 Fourth revolution, *op. cit.*, p. 234.
- 11 *Ibid.*, p. 232.
- 12 *Ibid.*, p. 4.
- 13 *Ibid.*
- 14 *Ibid.*, p. 5.
- 15 *Ibid.*, p. 4.
- 16 *Ibid.*, p. 7.
- 17 *Ibid.*, p. 8.
- 18 *Ibid.*, p. 9.
- 19 *Ibid.*
- 20 *Ibid.*, p. 15.
- 21 *Ibid.*, p. 16.
- 22 *Ibid.*, p. 21.
- 23 Juan FERNANDEZ, « City Attorney Tells San Bernardino Residents To 'Lock Their Doors,' 'Load Their Guns' Because Of Police Downsizing », *CBS Los Angeles*, 30 novembre 2012, <http://losangeles.cbslocal.com/2012/11/30/city-attorney-tells-san-bernardino-residents-to-lock-their-doors-load-their-guns-because-of-police-downsizing/>
- 24 Fourth revolution, *op. cit.*, p. 16.
- 25 *Ibid.*, p. 17.
- 26 Voir Maxime OUELLET *et al.*, « "Big Data", gouvernance et surveillance », *Cahiers du CRICIS*, 2014, www.cricis.uqam.ca/IMG/pdf/CRICIS_CAHIERS_2014-1.pdf
- 27 *Ibid.*, p. 19.
- 28 *Ibid.*, p. 20.
- 29 *Ibid.*, p. 21-22.
- 30 *Ibid.*, p. 221-222.
- 31 *Ibid.*, p. 221-234.
- 32 *Ibid.*, p. 246.
- 33 *Ibid.*, p. 247.
- 34 *Ibid.*, p. 245.
- 35 *Ibid.*, p. 260.
- 36 *Ibid.*, p. 264.
- 37 *Ibid.*, p. 265.
- 38 *Ibid.*
- 39 *Ibid.*, p. 269.
- 40 Voir Francis FORTIER et Simon TREMBLAY-PEPIN, « État de la dette 2014 », brochure, *IRIS*, 25 novembre 2014, 36 p., <http://iris-recherche.qc.ca/publications/dette2014>.
- 41 Voir Francis FORTIER et Guillaume HÉBERT, « Quels sont les impacts du vieillissement de la population ? », note sociéconomique, *IRIS*, 14 avril 2015. <http://iris-recherche.qc.ca/publications/veillessement>.
- 42 Voir Philippe HURTEAU, La « crise » des finances publiques, note socio-économiques, *IRIS*, 18 mars 2008, 8 p., <http://iris-recherche.qc.ca/publications/la-crise-des-finances-publiques>.
- 43 Eric DESROSIERS, « Redistribuer la richesse pour en créer », *Le Devoir*, 23 mai 2015, www.ledevoir.com/economie/actualites-economiques/440831/perspectives-redistribuer-la-richeesse-pour-en-creer.
- 44 *Ibid.*
- 45 *Id.*, « Les inégalités appauvrissent l'économie. Nous avons atteint un point critique, note l'OCDE », *Le Devoir*, 22 mai 2015, www.ledevoir.com/economie/actualites-economiques/440723/les-inegalites-appauvrissent-l-economie.
- 46 Voir TACAESTric, « L'austérité expliquée par Éric Pineault », 5 novembre 2014, www.youtube.com/watch?v=Zzh7fE_vjgw
- 47 Eleonore DERMY, « L'OCDE appelle à plus d'investissements pour stimuler l'économie mondiale », *Le Devoir*, 4 juin 2015. www.ledevoir.com/economie/actualites-economiques/441785/la-croissance-mondiale-aussi-est-en-berne-l-ocde-appelle-a-plus-d-investissements-pour-stimuler-l-economie-mondiale

- 48 Voir Ernst Lohoff et Norbert Trenkle, *La grande dévalorisation*, Post éditions, 21 mai 2014.
- 49 Pierre DARDOT et Christian LAVAL, *La nouvelle raison du monde*, Paris, La Découverte, 2010, www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-La_nouvelle_raison_du_monde-9782707165022.html
- 50 Gérard BÉRUBÉ, « Trop de finance nuit à l'économie, prévient le FML. » Lorsque le secteur financier grandit trop rapidement, il devient très souvent source de crises et d'instabilité », *Le Devoir*, 13 mai 2015, www.ledevoir.com/economie/actualites-economiques/439906/trop-de-finance-nuit-a-l-economie-previent-le-fmi.
- 51 David HARVEY, *Spaces of global capitalism*, Londres, Verso, 2006, p. 45. Cité sur <http://danielbensaid.org/Accumulation-par-depossession,956>.
- 52 Slavoj ŽIŽEK, « Democracy and Capitalism Are Destined to Split Up », Big Think, janvier 2015, <http://bigthink.com/videos/slavoj-zizek-on-capitalism-and-the-commons>.
- 53 Philip OLTERMANN, « Jürgen Habermas's verdict on the EU/ Greece debt deal – full transcript », *The Guardian*, 16 juillet 2015, www.theguardian.com/commentisfree/2015/jul/16/jurgen-habermas-eu-greece-debt-deal
- 54 Robert DUTRISAC, « Réforme du mode de scrutin. Choisir entre démocratie et stabilité », *Le Devoir*, 2 mai 2015. www.ledevoir.com/politique/quebec/438999/reforme-du-mode-de-scrutin-choisir-entre-democratie-et-stabilite.
- 55 *Ibid.*
- 56 Lia LÉVESQUE, « Blais confirme la fin des élections scolaires au Québec », *Le Soleil*, 29 mai 2015, www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/education/201505/29/01-4873623-blais-confirme-la-fin-des-elections-scolaires-au-quebec.php.
- 57 Jessica NADEAU, « CHUM : Barrette continuerait à s'ingérer », *Le Devoir*, 7 août 2015, www.ledevoir.com/societe/sante/447021/chum-barrette-continuerait-a-s-ingerer
- 58 Guy ROCHER, « Quelle philosophie inspire le ministre Blais ? », *Le Devoir*, 6 mai 2015, www.ledevoir.com/non-classe/439218/quelle-philosophie-inspire-le-ministre-blais
- 59 Jean Marc SALVET, « Abolition des CLD et des CRE : des militants libéraux en colère », *Le Soleil*, 6 novembre 2014, www.lapresse.ca/le-soleil/affaires/actualite-economique/201411/05/01-4816281-abolition-des-cld-et-des-cre-des-militants-liberaux-en-colere.php
- 60 Charles LECAVALIER, « Le conseil du patronat veut favoriser l'exode rural », *Journal de Montréal*, vendredi 30 janvier 2015, www.journaldemontreal.com/2015/01/30/le-conseil-du-patronat-veut-fermer-les-regions-pauvres
- 61 Voir Yves-Marie ABRAHAM, Louis MARION et Hervé PHILIPPE, *Décroissance versus développement durable. Débats pour la suite du monde*, Écosociété, 2011.

Février 2015

Note socio-économique

Les dépenses de santé sont-elles hors de contrôle ?

Hormis peut-être le niveau d'endettement public, aucune explication n'est plus utilisée que l'évolution des coûts de la santé pour justifier l'impossibilité de maintenir les services publics tels qu'ils sont offerts au Québec depuis la Révolution tranquille. L'augmentation de ces coûts serait insoutenable à moyen terme, notamment en raison d'un système de santé public trop lourd et inefficace. Dans cette note socio-économique, nous démontrerons en quoi ce point de vue catastrophiste sur les coûts de la santé est non seulement réducteur, mais qu'il génère aussi des solutions contre-productives, comme le possible accroissement du rôle du secteur privé.

Depuis plus de trente ans, les débats entourant le système de santé québécois font une place centrale au contrôle des dépenses publiques, souvent présentées comme insoutenables. Ce postulat est incomplet et parfois basé sur des postures idéologiques bien avant des données probantes. Il y a lieu non seulement de remettre en question le bien-fondé de la position alarmiste vis-à-vis de l'évolution des coûts de la santé, mais aussi de l'élargir afin de s'assurer qu'il reflète bien les priorités et les besoins de la population québécoise.

Nous verrons d'abord pourquoi l'évolution des coûts de la santé n'est pas aussi insoutenable que certains l'affirment¹. Ensuite, nous verrons quelles composantes des dépenses de santé évoluent plus rapidement que les autres. Enfin, au moment où le gouvernement québécois s'apprête à centraliser plus que jamais le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), cette note socio-économique abordera le thème de la décentralisation et de la démocratisation du système de santé.

Portrait général

Déjà en 1966, soit six ans à peine après l'entrée en vigueur au Québec de l'assurance-hospitalisation, qui rendait gratuits les services reçus dans les hôpitaux, le gouvernement libéral de Jean Lesage nomme un Comité d'étude de l'assurance-santé chargé d'évaluer, entre autres, « l'augmentation considérable des dépenses de santé² ». Depuis, cette préoccupation revient périodiquement alors que se succèdent les gouvernements et les groupes de réflexion sur l'avenir du système de santé³.

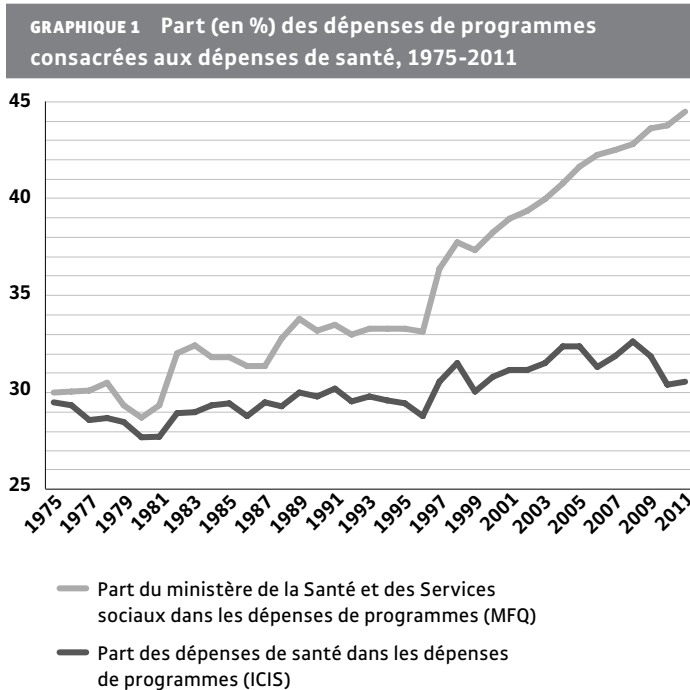
Au début des années 2000, on confie au banquier L. Jacques Ménard la présidence d'un comité chargé d'évaluer la pérennité des coûts du système sociosanitaire québécois. Publié en 2005, le rapport de ce comité prédit que si le rythme de croissance des dépenses de santé se maintient, elles engloutiraient 65 % des dépenses de programmes du gouvernement québécois en 2030⁴. En 2014-2015, si l'on reproduit la méthode du rapport Ménard, on obtient effectivement le ratio anticipé par le comité, la part des dépenses de programmes du gouvernement du Québec allant au MSSS atteignant désormais 50 %. Ce pourcentage, et la prédiction selon laquelle il atteindra plus des deux tiers du budget du Québec d'ici quinze ans, est habituellement mis de l'avant par ceux qui qualifient les coûts de la santé d'insoutenables.

Mais cette seule donnée ne permet pas de prendre la mesure de la situation qui prévaut actuellement au Québec. Cette présentation de l'évolution des coûts de la santé est réductrice, voire trompeuse quant aux capacités de l'État de gérer le financement des soins de santé. Pour obtenir un portrait plus nuancé et donc davantage susceptible de favoriser l'adoption de politiques publiques appropriées, il faut considérer l'évolution des coûts de la santé sous plusieurs autres angles et avec davantage de détails.

La première étape consiste à établir que des calculs très différents les uns des autres existent à propos des dépenses en santé. Des organismes publics fédéraux tels que Statistique Canada ou l'Institut canadien d'information en santé (ICIS) rendent disponibles des données qui mènent à tracer un portrait radicalement différent de l'évolution des dépenses en santé au Québec que celui provenant des différents comités consultatifs nommés par le gouvernement québécois et faisant plutôt usage des chiffres provenant cette fois du ministère des Finances du Québec (MFQ)⁵. Le professeur François Béland du Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal est le premier à avoir mis en relief les écarts d'estimations en fonction des sources de données.

Le graphique 1 illustre les courbes divergentes obtenues en comparant les données qui proviennent de différentes sources, soit l'ICIS et le MFQ. Chacune d'elles montre l'évolution des coûts de la santé par rapport à l'ensemble des dépenses

de programmes du gouvernement québécois. On constate qu'à partir de 1997, la courbe du haut (MFQ) entreprend une ascension rapide, ce qui signifierait que les coûts de la santé accaparaient rapidement une part grandissante du budget de dépenses du Québec. En revanche, la courbe du bas, qui reprend les chiffres de l'ICIS, montre une très légère augmentation de la part des coûts de la santé à travers le temps, à tel point qu'on peut pratiquement évoquer une relative stabilité autour de 30 % de 1975 jusqu'à 2011.



Source : Source : François Béland et Claude Galland, « Québec : Sustainability – Perception and Reality » dans Gregory P. Marchildon et Livio Di Matteo, *Bending the Cost Curve in Health Care : Canada's Provinces in International Perspective*, University of Toronto Press, 2014, p. 246.

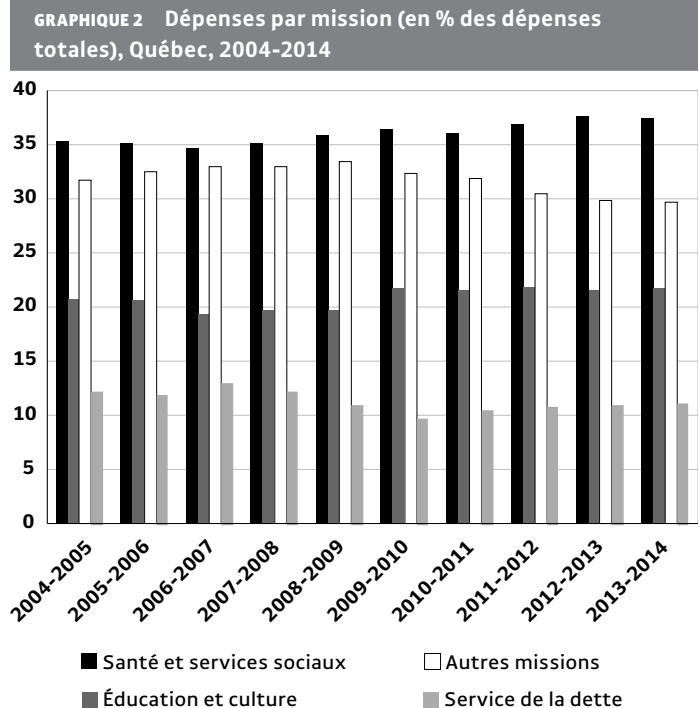
Comment expliquer un écart aussi grand et des trajectoires à ce point divergentes pour l'étude du même phénomène ? Précisons d'emblée que les différences entre ces ratios de dépenses ne s'expliquent pas par le *numérateur*⁶ de la proportion. En effet, lorsqu'ils calculent les dépenses de santé au Québec, tant le MFQ que l'ICIS parviennent à des résultats similaires. La différence réside donc dans le *dénominateur*, à savoir l'estimation du total des dépenses gouvernementales au Québec⁷. À partir de 1997, soit l'année d'entrée en vigueur de l'une des réformes de la comptabilité québécoise par le MFQ, différents calculs montrent une évolution distincte. Cette réforme, et celles qui suivront, ont pour objectif de mieux rendre compte à la population de l'état des finances publiques du Québec en élargissant les paramètres comptables. Les nouvelles façons de calculer les dépenses au MFQ

ajoutent de nouveaux calculs et de nouvelles colonnes qui allongent les documents budgétaires et les états financiers⁸.

Les paramètres comptables de l'ICIS sont plus larges⁹. Ils englobent davantage de dépenses que les seules dépenses de programmes et du MFQ et, par conséquent, l'augmentation qu'elles connaissent est complètement différente, comme nous le voyons au graphique 1.

En utilisant un périmètre comptable plus large et plus près de l'approche comptable recommandée maintes fois par le Vérificateur général du Québec¹⁰, les données de l'ICIS offrent un portrait plus révélateur des capacités de l'État relativement à sa mission en santé. François Béland et Claude Galland relèvent que la soutenabilité des coûts de la santé au Québec n'a que rarement fait référence aux chiffres obtenus à partir des données de l'ICIS¹¹. La perspective plus catastrophiste qui repose sur les données du MFQ occupe d'ordinaire le haut du pavé.

De la même manière, au moment de considérer les données produites par le ministère des Finances du Québec, il est pertinent de comparer les dépenses de santé non pas aux « dépenses de programmes » du budget québécois, mais à l'ensemble des dépenses de l'État québécois, soit les dépenses dites « consolidées¹² ». On compare alors les ressources attribuées à la santé non seulement en fonction de l'ensemble des programmes, mais de toutes les opérations sur lesquels l'État est ultimement responsable. Ces dépenses consolidées du Québec



Source : MFQ, Comptes publics 2013-2014, vol. 1, *États financiers consolidés du Gouvernement du Québec, Année financière terminée le 31 mars 2014*, Gouvernement du Québec, novembre 2014, p. 49, www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2013-2014.pdf.

servent alors de dénominateur. À titre d'exemple, dans les comptes publics de l'année financière terminée le 31 mars 2014, publiés par le MFQ, les dépenses de programmes s'élèvent à 64,5 G\$¹³. Pour leur part, les dépenses consolidées atteignent la même année 94,9 G\$¹⁴. Les résultats consolidés incluent les profits et pertes des entreprises d'État, les différents fonds (notamment le Fonds des générations), le service de la dette, etc. Le graphique 2, tiré des comptes publics du gouvernement, présente les différentes missions étatiques en comparaison de l'ensemble des dépenses consolidées du Québec. La mission « Santé et services sociaux » y est la plus importante.

Le tableau 1 montre ensuite différentes proportions des dépenses de santé en fonction de différents calculs des dépenses totales du gouvernement québécois. Le coût des services sociaux, évalué à 12 % des dépenses du MSSS¹⁵, a été soustrait pour isoler les dépenses de santé. Lorsque comparées aux dépenses de programmes ou aux dépenses budgétaires (qui incluent le service de la dette et donc réduisent la part relative des dépenses de santé), les dépenses de santé comptent pour approximativement 38 % des dépenses totales. Toutefois, la part des dépenses effectuées par le MSSS et qui vont à la santé est inférieure à 30 % lorsqu'elle est comparée aux dépenses consolidées.

TABEAU 1 Variation des estimations de la part des dépenses en santé en fonction du dénominateur

Rapport annuel du MSSS, 2013-2014 / Dépenses de programmes (MFQ)	Rapport annuel du MSSS, 2013-2014 / Dépenses budgétaires (MFQ)	Rapport annuel du MSSS, 2013-2014 / Dépenses consolidées (MFQ)
42,6 %	37,7 %	29,0 %

Sources : MSSS, *Rapport annuel de gestion 2013-2014*, Gouvernement du Québec, 2014, p. 67, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-102-01F.pdf>; MFQ, *Budget 2014-2015 : Plan budgétaire*, Gouvernement du Québec, 4 juin 2014, p. D24, www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf; MFQ, *Comptes publics 2013-2014, vol. 1, États financiers consolidés du Gouvernement du Québec, Année financière terminée le 31 mars 2014*, Gouvernement du Québec, novembre 2014, p. 23, www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2013-2014.pdf. Calculs des auteur·e·s.

Certaines dépenses publiques de santé sont toutefois réalisées par d'autres entités que le MSSS. À cet effet, les « comptes de la santé » publiés par le MFQ depuis 2011 ont pour but de calculer l'intégralité des dépenses de santé et de services sociaux au Québec¹⁶. Lorsqu'elles sont utilisées comme numérateur et qu'elles sont comparées aux dépenses consolidées du gouvernement québécois, les dépenses de santé atteindraient cette fois une proportion d'environ 35 %.

Cette proportion s'approche davantage de celle que l'on obtient en utilisant les données de l'ICIS¹⁷. Les données pour 2014 ne sont pas encore disponibles. La tendance des dernières

années nous permet de prévoir que les dépenses de santé comptaient pour environ 33 % des dépenses totales.

Le problème qu'introduit toutefois l'utilisation des dépenses consolidées à titre de dénominateur provient du fait que ce calcul n'existe seulement que depuis quelques années dans la comptabilité des finances publiques québécoises. Cette utilisation des dépenses consolidées ne permet donc pas de remonter de plusieurs décennies afin d'observer les tendances à plus long terme. Il n'en demeure pas moins que lorsque certains affirment que la moitié (50 %) des dépenses de l'État vont aux services de santé, c'est davantage un choix dans la méthode de calcul qu'un fait.

Autres perspectives sur les dépenses en santé

PUBLIC ET PRIVÉ EN POURCENTAGE DU PIB

L'évaluation de l'évolution des dépenses de santé au Québec devrait privilégier une analyse en rapport avec la « richesse collective ». Cette comparaison permet d'évaluer la capacité d'une société à consacrer des ressources à la santé, peu importe la taille du budget de l'État. Nous verrons dans cette section comment fonctionnent les cycles d'évolution des dépenses de santé au fil du temps et nous établirons quelques distinctions parmi ces dépenses.

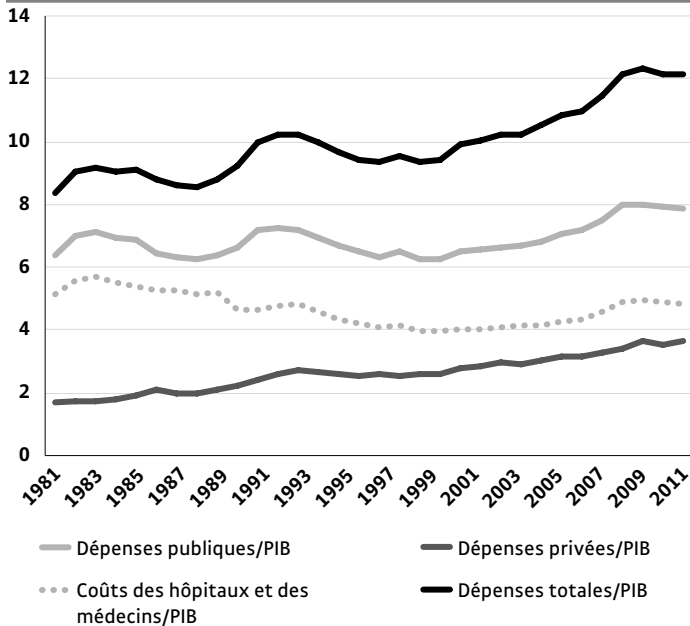
Le graphique 3 montre l'évolution des dépenses en santé par rapport au produit intérieur brut (PIB) au cours des trente dernières années. La courbe du haut, qui surplombe les autres, correspond au total des dépenses réalisées pour des services de santé au Québec. Elle inclut les dépenses publiques et privées. Le niveau de dépenses, comparé au PIB, fluctue logiquement en fonction des cycles économiques. Ainsi, la récession du début des années 1980, celle du début des années 1990 et le ralentissement du début des années 2000 ont fait augmenter le ratio des dépenses de santé par rapport à la richesse collective (en réduisant le dénominateur, le PIB).

Chaque fois que ces ralentissements économiques se produisent, le niveau des dépenses finit par redescendre à son tour. Jusqu'aux années 2000, le ratio des dépenses totales en santé par rapport au PIB oscillait entre 8,4 % et 9,4 %, comme le montre la courbe du haut. À partir des années 2000, la dynamique semble changer alors que le ratio augmente de 1,5 % entre 2000 et 2007 et atteint 11 % en pleine période de croissance économique. La récession de 2008 vient ensuite accentuer cette hausse de 1 % et les dépenses finissent ensuite par reprendre une tendance à la baisse à partir de 2010.

Est-ce dire que le gouvernement n'est plus en mesure de contrôler les dépenses en santé et que la solution réside dans l'extension du secteur privé comme certains le proposent fréquemment ? L'argumentaire plus alarmiste référera davantage aux années 2000 où l'on voit une progression plus marquée des

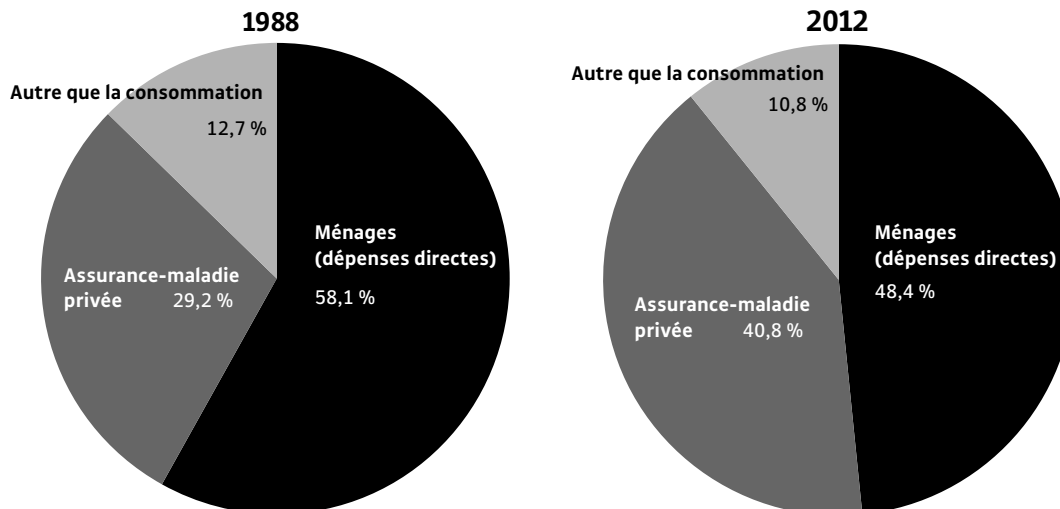
coûts. Pourtant, les dépenses publiques, même si elles atteignent un sommet de 8,7 % du PIB en 2009, ne s'éloignent guère de la

GRAPHIQUE 3 Évolution (en % du PIB) des dépenses de santé, Québec, 1981-2012



Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, tableaux D1 (Dépenses totales de santé par affectation de fonds, Québec, de 1975 à 2014 – Dollars courants), D2 (Dépenses de santé du secteur privé par affectation de fonds, Québec, de 1975 à 2014 – Dollars courants), D3 (Dépenses de santé du secteur public par affectation de fonds, Québec, de 1975 à 2014 – Dollars courants) et annexes A-D, octobre 2014, www.cihi.ca/web/ressource/fr/nhex_2014_datatables_fr.zip. Calculs des auteur-e-s.

GRAPHIQUE 4 Répartition des dépenses de santé du secteur privé par source de financement, Canada, 1988 et 2012



Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2014*, rapport annuel, octobre 2014, p. 40, www.cihi.ca/web/ressource/fr/nhex_2014_report_fr.pdf.

moyenne historique (7,4 %). En outre, ce pourcentage a repris une tendance à la baisse depuis 2010, comme nous permettrait de l'anticiper le cycle habituel.

Depuis 1981, les dépenses publiques ont augmenté de 1,8 % relativement au PIB. En comparaison, les dépenses privées ont augmenté de près de 2 %, pour atteindre 3,6 % du PIB alors qu'elles ne comptaient que pour 1,7 % en 1981. Autrement dit, pendant que les dépenses publiques augmentaient de 28 % par rapport à 1981, les dépenses privées ont augmenté de 113,9 %. Ces dépenses privées ont donc davantage contribué à l'augmentation des dépenses de santé depuis le début des années 1980.

Pourquoi ces dépenses privées augmentent-elles autant ? Qu'englobent-elles ? Des données pour le Canada (graphique 4) montrent que la composition des dépenses privées a changé depuis 1988¹⁸. Les dépenses directes des ménages ont reculé au profit des dépenses des assureurs privés. Ces dépenses sont passées de 29,2 % à 40,8 % de l'ensemble des dépenses privées.

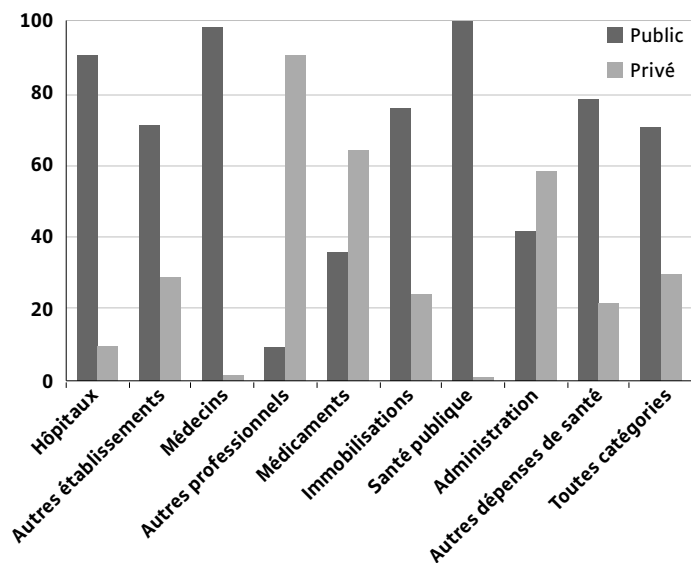
Selon les données de l'ICIS, 37,6 % des dépenses privées en santé sont attribuables aux médicaments. Comme on peut le voir au graphique 5, il s'agit effectivement de l'une des affectations de fonds où le privé est le plus présent. La catégorie des médicaments est, de loin, celle qui a le plus augmenté depuis 1981 parmi les dépenses de santé, sa proportion par rapport aux dépenses totales en santé au Québec étant passée de 7,6 % à plus de 20 % en 2010¹⁹. Tant le régime public (introduit en 1997) que les régimes privés d'assurance médicament sont sensibles à l'augmentation des coûts des médicaments puisque ni l'un ni l'autre de ces secteurs ne parvient ou ne tente de négocier à la baisse les achats de produits pharmaceutiques.

L'autre catégorie dans laquelle les dépenses privées sont plus importantes est celle des « autres professionnels », qui inclut notamment les dentistes et les optométristes dont les services ne sont pas couverts par l'assurance publique.

Le graphique 6 permet de mieux saisir comment ont évolué les différents types de dépenses qui sont compris dans la catégorie des dépenses publiques. Le premier chiffre que l'on remarque est celui des dépenses pour les services hospitaliers dont la part a diminué de 17,3 % entre 1975 et 2012. Certaines politiques comme le virage ambulatoire²⁰ des années 1990 ont contribué à réduire l'utilisation des hôpitaux. Cette baisse de la portion hospitalière des coûts de la santé tend également à remettre en doute

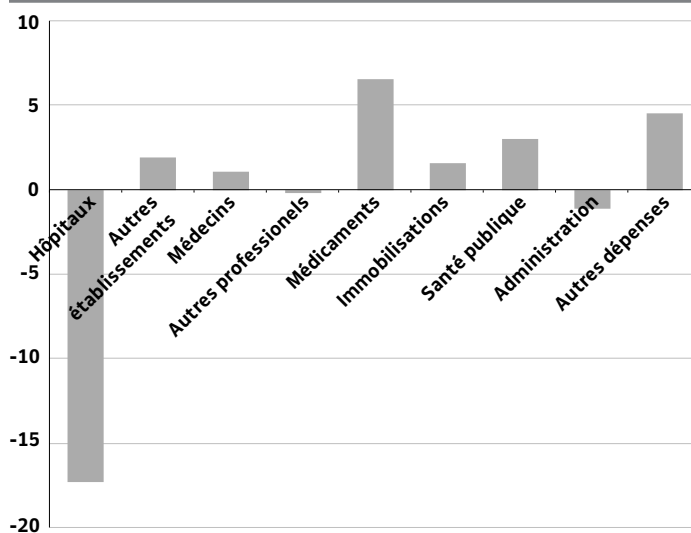
la pertinence de l'introduction de mécanismes de gestion tels que la méthode Lean-Sigma qui doit notamment servir à réaliser des économies par des gains de productivité²¹. Cette approche apparaît comme une diversion vis-à-vis des affectations de fonds dont la proportion des coûts augmente.

GRAPHIQUE 5 Parts (en %) des secteurs public et privé du total des dépenses de santé, par affectation de fonds, Québec, 2014



Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2014*, rapport annuel, octobre 2014, p. 46, http://www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex_2014_report_fr.pdf.

GRAPHIQUE 6 Évolution des dépenses de santé du secteur public par affectation de fonds, Québec, 1975-2012



Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, tableau D.3.5.1 (Dépenses de santé du secteur public par affectation de fonds, Québec, de 1975 à 2014 – Dollars courants), octobre 2014, www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex_2014_datatables_fr.zip. Calculs des auteurs-e-s.

À cet égard, le type de dépenses qui a le plus augmenté parmi les dépenses publiques est celui des médicaments, comme c'était également le cas pour les dépenses privées. Au Québec comme ailleurs, les prix des médicaments sont réglementés. Toutefois, plutôt que d'user de cette capacité de réglementation pour diminuer le coût, le gouvernement s'est davantage évertué à garantir un « climat d'investissement favorable » à l'entreprise pharmaceutique par des politiques telles que la règle de quinze ans ou le remboursement de prix gonflés pour les médicaments²². Nous avons expliqué ailleurs comment la création d'une assurance médicament publique universelle et le remplacement des largesses à l'endroit de l'industrie pharmaceutique, par l'exercice d'un rapport de force permettant la négociation de meilleurs prix, permettraient la réalisation d'économies substantielles²³.

La deuxième catégorie ayant le plus augmenté est celle des « autres dépenses », qui inclut notamment les dépenses liées aux soins à domicile, au transport des malades, à différents types de prothèses et à la recherche²⁴. Le vieillissement de la population peut expliquer une part de cette augmentation étant donné la hausse de la part de la population requérant des soins à domicile.

Fait remarquable, la part des dépenses liées à l'administration de la santé a diminué de 1,1 % entre 1975 et 2012. Ce chiffre peut surprendre à une époque où des critiques sont régulièrement formulées à l'endroit de la lourdeur de l'administration dans le système de santé. La réalisation d'économies d'échelle peut expliquer ce phénomène également observable ailleurs dans le domaine de l'assurance publique.

À l'intérieur des dépenses publiques, deux catégories – les hôpitaux et les médecins – sont en quelque sorte « parentes » puisqu'elles sont couvertes par l'assurance-hospitalisation et l'assurance maladie, toutes deux publiques et universelles. En vertu de ces dispositions légales, les services médicaux et hospitaliers qui correspondent aux « soins médicalement nécessaires » doivent être offerts gratuitement à la population et leur paiement relève d'un « payeur unique », l'État.

Le graphique 3 montre que les dépenses hôpitaux/médecins ont légèrement diminué en pourcentage du PIB depuis 1981, passant de 5,1 % à 4,8 %. Il s'agit d'une stabilité remarquable des coûts qui relèvent du système public.

Présenté sous un autre angle, si la part des dépenses de santé publique (+28 %) avait augmenté entre 1981 et 2012 au même rythme que celle des dépenses privées (+113,9 %), les dépenses totales atteindraient aujourd'hui 18 % du PIB. Ce pourcentage serait alors comparable au niveau de dépenses actuel des États-Unis²⁵, le seul des pays de l'OCDE dont les dépenses privées surpassent celles du public. Les États-Unis sont par ailleurs les seuls à ne pas avoir mis en place un mécanisme de contention des coûts et l'ampleur des dépenses en santé y est aujourd'hui exceptionnellement élevée²⁶.

Un rôle accru du secteur privé en santé peut aisément mener à une explosion des coûts. À l'inverse, plus les dépenses

en santé sont la responsabilité d'un payeur unique (l'État) et plus la possibilité de contrôler efficacement ces dépenses apparaît élevée. Déjà en 1990, c'était la conclusion de l'économiste de la santé Robert Evans: «Single-payer public financing creates an institutional environment, encouraging the supply of ingenuity to contain cost. These are higher in multi-source funding systems where ingenuity is diverted into shifting costs onto someone else²⁷.»

CYCLES ÉCONOMIQUES, TRANSFERTS FÉDÉRAUX ET RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

D'autres facteurs ont directement affecté le niveau des dépenses de santé au fil des ans, notamment les cycles économiques et les transferts fédéraux.

Au graphique 7, les zones ombragées désignent les périodes de ralentissement ou de récession économique tandis que la courbe du bas correspond au pourcentage des dépenses de santé par rapport à l'ensemble des dépenses budgétaires et celle du haut, pointillée, montre le pourcentage de toutes les autres dépenses.

Chaque fois que les cycles économiques entrent dans une phase de ralentissement ou de récession, donc lorsque l'intensité de l'activité économique diminue, que les recettes du gouvernement fléchissent, que les déficits se creusent et que les paiements du service de la dette augmentent, la part des dépenses de santé augmente.

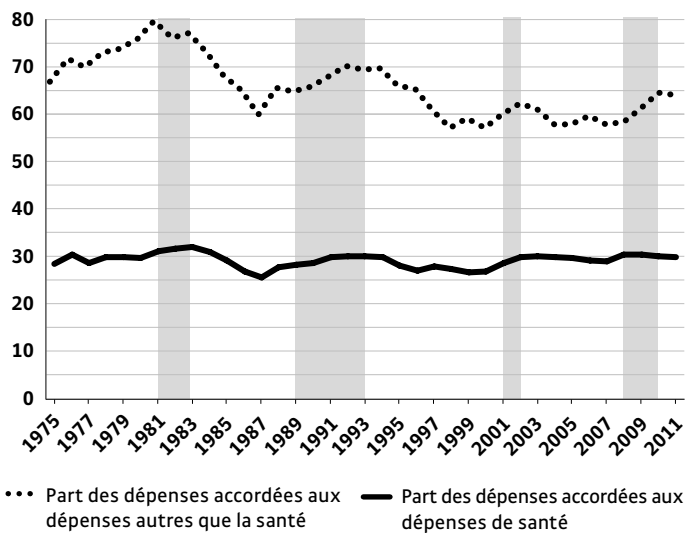
Au sujet de l'évolution de la proportion des dépenses qui vont à la santé, Béland et Galland remarquent qu'une correction se produit après chacune de ces périodes. Cette réduction

du ratio survient habituellement trois ans après le déclenchement du ralentissement ou de la récession²⁸. Ces diminutions s'expliquent par les compressions plus ou moins grandes des dépenses, par l'effet de la relance économique qui augmente les recettes du gouvernement et par la diminution du service de la dette. Les autres dépenses (hors santé), bien qu'elles fluctuent davantage, connaissent une évolution similaire.

La situation est un peu différente après le ralentissement économique du début des années 2000. À cette occasion, la part des coûts de la santé a moins diminué qu'à la suite des autres périodes de ralentissement. Ce résultat s'explique par le choix du gouvernement de l'époque de concéder des baisses d'impôt au moment où les transferts en provenance du gouvernement fédéral étaient en augmentation. Plutôt que de voir leur proportion se réduire dans un budget pouvant compter sur davantage de revenus, les dépenses de santé, stables, n'ont pas connu la baisse habituelle en pourcentage des dépenses²⁹.

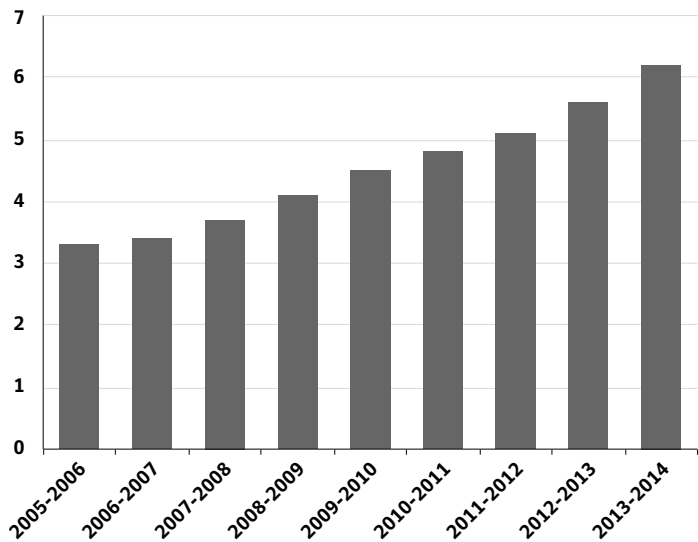
Plus tôt, dans les années 1990, dans le cadre des politiques de retour au déficit zéro, le gouvernement fédéral a drastiquement réduit les transferts fédéraux. Les montants qui servent à financer les dépenses liées à la *Loi canadienne sur la santé*, donc celles qui concernent le fonctionnement des hôpitaux et la rémunération des médecins, ont fait l'objet de compressions. Au début des années 2000, lorsque la reprise de ces transferts a permis au gouvernement québécois d'octroyer des baisses d'impôt, l'évolution des transferts fédéraux a montré qu'elle avait un impact important au fil des ans sur le niveau des dépenses de santé au Québec. Cette

GRAPHIQUE 7 Part (%) des dépenses de programmes consacrées à la santé et aux postes budgétaires autres que la santé, 1975-2011



Source : François Béland et Claude Galland, « Québec: Sustainability – Perception and Reality » dans Gregory P. Marchildon et Livio Di Matteo, *Bending the Cost Curve in Healthcare: Canada's Provinces in International Perspective*, University of Toronto Press, 2014, p. 259.

GRAPHIQUE 8 Évolution de la rémunération des médecins, enveloppe budgétaire totale, Québec, 2005-2014



Source : Amélie Daoust-Boisvert, « Revenu des médecins – Aucun domaine médical sous la barre des 200 000 \$ », *Le Devoir*, 15 juillet 2014, www.ledevoir.com/societe/sante/413464/revenu-des-medecins-aucun-domaine-medical-sous-la-barre-des-200-000/

donnée est d'autant plus importante qu'elle pourrait être à nouveau déterminante dans les prochaines années. En effet, le gouvernement de Stephen Harper a unilatéralement décidé que les transferts seraient réduits à partir de 2017. Leur niveau passera d'une augmentation annuelle de 6 % au niveau de la croissance du PIB (ou à un minimum de 3 %)³⁰. Cette nouvelle procédure réduira les transferts de 7 G\$ en sept ans et entraînera la diminution des dépenses en santé selon le gouvernement du Québec³¹.

En plus de l'enjeu des transferts fédéraux qui pourrait avoir un impact majeur sur le budget du Québec, les hausses de rémunération consenties par le gouvernement québécois aux médecins se feront également sentir (voir graphique 8). Nous avons vu au graphique 6 que la part des dépenses de santé qui vont aux médecins a légèrement augmenté entre 1975 et 2012. Mais après les dernières ententes avec le gouvernement, cette proportion est appelée à connaître sa plus forte augmentation en pourcentage des dépenses. De fait, depuis 2008, à l'exception de 2010, le taux annuel de croissance des dépenses de santé qui vont aux médecins excède chaque année le taux annuel d'augmentation des médicaments³².

Enfin, notons que le Québec est la province canadienne qui dépense le moins d'argent par habitant pour les services de santé, ce qui ne correspond pas à l'image dépeinte par le point de vue qui présente les coûts du système de santé québécois comme incontrôlables. C'est ce que montre le tableau 2. Pour l'ensemble du Canada, la moyenne est de 6045 \$. À titre indicatif, la moyenne pour les États-Unis atteignait 8745 \$ en 2012 et doit être désormais supérieure à 9000 \$ par habitant·e·s

TABEAU 2 Dépenses par habitant·e·s, provinces canadiennes, 2014 (projetées)

Province	Dépenses
Terre-Neuve-et-Labrador	6 953 \$/habitant
Alberta	6 783 \$/habitant
Nouvelle-Écosse	6 761 \$/habitant
Manitoba	6 689 \$/habitant
Île-du-Prince-Édouard	6 477 \$/habitant
Saskatchewan	6 472 \$/habitant
Nouveau-Brunswick	6 340 \$/habitant
Ontario	5 894 \$/habitant
Colombie-Britannique	5 865 \$/habitant
Québec	5 616 \$/habitant

Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, rapport annuel, octobre 2014, p. 68, www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex_2014_report_fr.pdf.

Néanmoins, les dépenses totales de santé du Québec en pourcentage du PIB (11,9 %) sont légèrement plus élevées que pour le Canada (11,0 %)³³. La moyenne canadienne se situe parmi celles des pays de l'OCDE où les dépenses de santé correspondent à une part relativement élevée de l'économie.

Déficit budgétaire ou démocratique ?

La section précédente a montré comment les différents facteurs influençant l'estimation des dépenses en santé ne reçoivent pas tous la même attention et ne mènent pas aux mêmes constats concernant la soutenabilité du système de santé. Un autre facteur mérite davantage de considération, celui de la détermination des besoins sanitaires de la population.

Année après année, les sondages révèlent que la santé est en tête de liste des priorités des Québécois·es³⁴. Mais des sondages ne suffisent pas à rendre compte de la diversité des besoins ni de leur évolution en fonction de l'âge, du sexe, du statut socio-économique et de la localisation géographique. D'autres outils doivent, par conséquent, être utilisés pour évaluer ces besoins et allouer adéquatement les ressources au sein du système.

Au tournant des années 1970, la Commission Castonguay-Nepveu avait recommandé la création de départements de santé communautaire (DSC) partout au Québec pour prendre en charge cette évaluation et cette allocation de ressources. D'autre part, les centres locaux de santé communautaire (CLSC) devaient former une première ligne de soins tout en étant, eux aussi, réceptifs aux besoins sociosanitaires des citoyen·ne·s résidant sur leurs territoires.

Durant les années 1980, à la suite de l'étude de l'affectation des ressources sur les territoires des CLSC, Claude Barriault et Charles Côté ont soumis à la Commission Rochon (1985-1987) un rapport dévoilant les disparités entre les besoins des populations et la répartition géographique des ressources disponibles. Ce rapport notait qu'un manque de ressources favorisait dans certains cas le sous-développement social des communautés rurales alors qu'une surconcentration de ressources en milieu urbain favorisait ailleurs un autre type de sous-développement social³⁵. Une étude publiée en 2013 fait écho des mêmes constats relativement à la répartition des ressources dévolues aux services sanitaires³⁶. Elle estimait que les budgets globaux historiquement versés aux établissements de santé sont mal arrivés aux besoins de la population³⁷.

Le MSSS avait entamé en 2004 une transition vers un budget basé sur les « besoins de la population », c'est-à-dire un budget dont les dépenses correspondraient aux caractéristiques démographiques ayant un impact sur la demande de soins et services. Cette transition est demeurée limitée dans sa portée car elle n'est pas appliquée à tous les programmes³⁸. Plutôt que de remédier à ces lacunes, le gouvernement a annoncé qu'il migrerait vers le financement à l'activité des établissements et des incitatifs à la performance. Cette avenue qui mise sur la

compétition ne prévoit aucune amélioration quant à la continuité des soins entre le domicile, la communauté et l'hôpital et laisse de côté la compréhension des besoins en soins et services; ce qui relègue les patient·e·s au rang de simples consommatrices et consommateurs dans un marché.

En somme, ce que Barriault et Côté affirmaient déjà il y a trente ans demeure d'actualité, à savoir que les problèmes de financement des services de santé sont la *conséquence* plutôt que la *cause* d'une mauvaise répartition des ressources disponibles. Ce constat met en lumière, à partir de l'observation du système sociosanitaire, une redistribution inadéquate de la richesse, une dépossession citoyenne vis-à-vis du processus administratif :

Certaines populations financent par le biais de leurs taxes et de leurs impôts, leur propre sous-développement économique et social, ainsi que celui des autres populations et ceci, par le biais de procédures administratives sur lesquelles elles n'ont aucune emprise³⁹.

À l'inverse de ce qui se fait aux États-Unis, bons derniers en matière de développement de la première ligne, le Québec devrait s'inspirer du Danemark et des autres pays de l'OCDE ayant choisi d'investir davantage de ressources financières dans le développement exhaustif de la première ligne de soins de façon à répondre plus tôt aux besoins de la population. Cette initiative a permis de décentraliser la prise en charge des services de santé, de mieux répondre aux besoins des patient·e·s et d'afficher un plus faible taux de croissance des dépenses que les pays n'ayant pas investi dans la première ligne⁴⁰.

De plus, des recherches ont montré qu'une plus grande imputabilité et une meilleure répartition des ressources résultaient de la décentralisation de l'exercice du pouvoir au sein des systèmes de santé au Brésil, au Danemark, en Suède, au Royaume-Uni et ailleurs⁴¹. Outre la dévolution de pouvoirs fiscaux et décisionnels accrus aux comtés ou aux municipalités, plus d'une centaine de pays ont fait l'expérience de formes diverses de participation citoyenne dans la détermination des politiques de santé publique : budget participatif, mise en place de jurys d'évaluation formés de citoyens, conférences ou forums citoyens fournissant des recommandations aux législateurs, élection des directeurs d'établissements ou des gestionnaires de santé publique par les citoyen·ne·s, etc.⁴².

Au Québec, ces approches visant la décentralisation ne font actuellement plus partie du débat public. Après nombre de réformes, le démantèlement des DSC, le non-parachèvement du réseau des CLSC, les fusions répétées d'établissements de santé au sein de structures toujours plus larges et plus centralisées tels que les CSSS (ou les éventuels CISSS du projet de loi 10⁴³), le problème des capacités du réseau sociosanitaire en fonction des besoins des citoyen·ne·s reste entier.

Le principe de la participation citoyenne n'a pas résisté lui non plus à l'épreuve des réformes et des fusions. Les

places qui devaient revenir à des citoyen·ne·s sur les conseils d'établissements n'existent plus. Les instances régionales n'ont jamais obtenu les moyens de fonctionner de manière réellement autonome et le projet de loi 10 prévoit désormais accentuer la centralisation des décisions.

Dans un tel contexte, se pourrait-il que le système de santé que l'on nous présente comme étant en proie à des déficits budgétaires soit en réalité atteint d'un déficit de démocratie? À en juger par les expériences tentées hors du Québec, une démocratisation des systèmes de santé faisant appel à la participation citoyenne, tant au niveau des orientations et de la prestation des services qu'au niveau budgétaire, représenterait une piste intéressante pour entreprendre de résoudre les problèmes d'allocation des ressources devant servir à répondre aux besoins sociosanitaires des populations.

Conclusion

Les observateurs s'entendent généralement sur l'idée qu'il n'existe pas de sous-financement en santé et que le système actuel pourrait mieux accomplir sa mission s'il modifiait son fonctionnement sans nécessairement recevoir des ressources supplémentaires. Les propositions formulées par des groupes d'étude nommés par les gouvernements depuis une quinzaine d'années mettent de l'avant des idées qui vont à contresens de ce qu'enseigne l'évolution des coûts du système de santé depuis le début des années 1980. Par exemple, le rapport Ménard sur la « pérennité du système de santé et de services sociaux » qui proposait en 2005 d'accroître le rôle du secteur privé⁴⁴.

Nous avons vu que les dépenses de santé n'augmentent pas aussi vite que certains l'affirment. Ce sont les dépenses privées qui augmentent le plus rapidement tandis que les dépenses presque entièrement publiques, celles qui servent à la rémunération des médecins et au fonctionnement des hôpitaux, ont vu leur part diminuer depuis 1971.

Si la préoccupation est de garantir la soutenabilité des coûts de la santé, la priorité devrait être de gérer plus étroitement les coûts des médicaments, la catégorie ayant le plus augmenté dans les dépenses de santé, mais aussi de mettre un terme aux expériences de privatisation directe (ex. l'utilisation des partenariats public-privé, l'ouverture de cliniques privées) dont les coûts s'avèrent plus élevés ou encore à l'importation des mécanismes de gestion issus de l'entreprise privée au sein du système (ex. financement à l'activité) qui tend aussi à engendrer une augmentation des coûts⁴⁵.

La décentralisation et la démocratisation du système de santé et de services sociaux au Québec n'ont jamais été accomplies avec succès par le passé. Ces objectifs ont été carrément abandonnés au fil des ans. Il apparaît pourtant toujours aujourd'hui qu'il s'agit de passages obligés pour la

mise en place d'un système capable de bien identifier les besoins des populations et de bien allouer les ressources visant à répondre à ces besoins.

Guillaume Hébert, chercheur à l'IRIS
Jennie-Laure Sully, chercheure-associée à l'IRIS

Notes

- 1 Stéphanie GRAMMOND, « Le mur des dépenses en santé », *La Presse*, 10 décembre 2013, <http://affaires.lapresse.ca/opinions/chroniques/stephanie-grammond/201312/10/01-4719384-le-mur-des-depenses-en-sante.php>; Valentin PETKANTCHIN, *Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée*, Institut économique de Montréal (IEDM), novembre 2005, www.iedm.org/files/nov05_fr.pdf.
- 2 Le comité est présidé par Claude Castonguay, qui sera à nouveau désigné peu après par le gouvernement unioniste de Daniel Johnson pour diriger la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu), qui étudiera notamment la faisabilité et les modalités possibles de l'assurance maladie au Québec. La Loi sur l'assurance maladie sera adoptée en 1970. Benoît GAUMER, *Le système de santé et des services sociaux du Québec : une histoire récente et tourmentée, 1921-2006*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008, p. 107 et 147.
- 4 COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, Gouvernement du Québec, juillet 2005, p. 45, www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome_1_ex_1.pdf.
- 5 François BÉLAND, « Les dépenses de santé au Québec : la bataille des chiffres », mémoire déposé à la Commission des affaires sociales, Assemblée nationale du Québec, 24 mars 2006, 60 p.
- 6 Dans une fraction (par exemple 3/4), le numérateur est le chiffre du dessus, soit la valeur que l'on divisera par le dénominateur, la valeur qui se trouve au bas de la fraction.
- 7 BÉLAND et GALLAND, *op. cit.*, p. 243.
- 8 La réforme de 1997-1998 visait notamment à « élargir le périmètre comptable du gouvernement à l'ensemble des fonds spéciaux, organismes et entreprises du gouvernement, à la seule exception des entités exerçant des activités de nature fiduciaire ». OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE, *L'État québécois en perspective : les dépenses totales*, École nationale d'administration publique (ÉNAP), hiver 2013, http://cerberus.enap.ca/Observatoire/docs/Etat_quebecois/a-depenses-totales.pdf.
- 9 Les données de l'ICIS correspondent à la catégorie « Administration publique » du « Système de gestion financière » de Statistique Canada. Ce système de comptabilité inclut les ministères, les organismes, les fonds autonomes ou non, les fonds de pension et les entités qui composent les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux. BÉLAND et GALLAND, *op. cit.*, p. 245.
- 10 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (VGQ), *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 : Vérification de l'information financière et autres travaux connexes*, février 2011, p. 2-1 à 2-31, www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2010-2011-VIF/fr_Rapport2010-2011-VIF.pdf.
- 11 Jusqu'à 2009, les chiffres utilisés par l'ICIS provenaient du « Système de gestion financière » (SGF) de Statistique Canada. Dans ce qui s'est avéré un énième bouleversement de la production statistique de l'organisme fédéral, Statistique Canada a mis fin aux mises à jour du SGF. Le SGF a été remplacé par les « Statistiques de finances publiques (SFP) » qui présenteront apparemment l'avantage d'être compatibles avec celles des pays de l'OCDE. « Transition du Système de gestion financière (SGF) aux Statistiques de finances publiques (SFP) », *Statistique Canada*, www.statcan.gc.ca/pub/13-605-x/2010001/article/11155-fra.htm (consulté le 21 janvier 2015). Comme Statistique Canada ne fournit aucune correspondance avec les données historiques, l'organisme induit un bris de séquence qui affaiblira considérablement l'analyse de tendances historiques.
- 12 Les entités consolidées comprennent les dépenses des (1) ministères et organismes budgétaires, (2) organismes non-budgétaires (ex. : Société d'assurance automobile du Québec, Autorité des marchés financiers) et fonds (ex. : Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux, Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie), (3) organismes des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation, et (4) entreprises du gouvernement. La liste complète de ces entités apparaît dans les annexes 1 à 4 des États financiers consolidés du *Gouvernement du Québec*, www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2013-2014.pdf. La réforme comptable de 2006-2007 a eu pour effet d'introduire 340 entités du réseau de la santé et des services sociaux dans le périmètre comptable. En 2010, les entités consolidées sont au nombre de 500. VGQ, *op. cit.*, p. 2.9 et 2.10.
- 13 MINISTÈRE DES FINANCES, *Comptes publics 2013-2014, vol. 1*, États financiers consolidés du Gouvernement du Québec, Année financière terminée le 31 mars 2014, Gouvernement du Québec, novembre 2014, p. 21, www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2013-2014.pdf.
- 14 *Ibid.*, p. 23.
- 15 BÉLAND et GALLAND, *op. cit.*, p. 245.
- 16 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Comptes de la santé : 2008-2009 à 2010-2011*, Gouvernement du Québec, 2011, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-614-01.pdf>
- 17 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, tableau D.1.5.2. (nom du tableau), octobre 2014, www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex_2014_datatables_fr.zip.
- 18 Ces données ne sont pas disponibles pour le Québec.
- 19 ICIS, *op. cit.*, tableau D.1.5.2.
- 20 Le virage ambulatoire a engendré au Québec « une réduction de la durée de séjour à l'hôpital de plusieurs clientèles [sic], avec pour conséquence l'augmentation des soins à domicile dispensés par des intervenantes des CLSC, des groupes communautaires, des firmes privées, ou encore par la personne malade elle-même ou ses proches ». Éric GAGNON et autres, *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, octobre 2001, p. ii, www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/ogc/gagnon_final.pdf.
- 21 Guillaume HÉBERT, *La gouvernance en santé au Québec*, note socio-économique, IRIS, février 2014, p. 6, www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/Note-Gouvernance-sante-WEB.pdf.
- 22 Guillaume HÉBERT, « L'industrie pharmaceutique au Québec : l'heure du bilan », *Blogue de l'IRIS*, 5 juin 2012, www.iris-recherche.qc.ca/

- blogue/l'industrie-pharmaceutique-au-quebec-l'heure-du-bilan. La règle des quinze ans a finalement été abolie en 2012.
- 23 Marc-André GAGNON, *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance médicaments*, Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) et IRIS, 13 septembre 2010, 92 p. ; Pierre PELCHAT, « Assurance médicaments : économies potentielles de 800 millions \$, selon Barrette », *Le Soleil*, 16 janvier 2015, www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201501/15/01-4835655-assurance-medicaments-economies-potentielles-de-800-millions-selon-barrette.php.
- 24 ICIS, *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2014*, rapport annuel, octobre 2014, p. 106, www.cihi.ca/web/ressource/fr/nhex_2014_report_fr.pdf.
- 25 Alain VADEBONCOEUR, *Privé de soin : contre la répression tranquille en santé*, Montréal, Lux, 2012, p. 73.
- 26 Robert EVANS et Marko VUJICIC, « Political wolves and economic sheep : the sustainability of public health insurance in Canada » dans Alan MAYNARD éd., *The Public-private Mix for Health*, Abingdon, Radcliffe Publishing Ltd, 2005, p. 117-140.
- 27 *Ibid.*, p. 122. Traduction libre : Le financement public à payeur unique crée un environnement institutionnel qui encourage l'inventivité quant au contrôle des coûts. Ces coûts sont plus grands dans les systèmes de financement à payeurs multiples parce que l'inventivité y est redirigée vers l'art de transférer les coûts à quelqu'un d'autre.
- 28 *Ibid.*, p. 254.
- 29 Les revenus autonomes ont finalement recommencé à croître, mais, pour ce faire, le gouvernement a préféré la tarification plutôt que l'impôt. Les années 2000 sont marquées par l'amorce de la « Révolution tarifaire ». Francis FORTIER et autres, *La révolution tarifaire au Québec*, rapport de recherche, IRIS, 5 octobre 2010, 44 p.
- 30 RADIO-CANADA, « Les transferts en santé réduits à la croissance du PIB », *JCI Radio-Canada*, 20 décembre 2011, <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/Economie/2011/12/19/012-provinces-sante-flaherty.shtml>.
- 31 RADIO-CANADA, « Québec abandonne la bataille des transferts fédéraux en santé », *JCI Radio-Canada*, 22 août 2014, <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/politique/2014/08/22/004-transferts-federaux-sante-couillard-charest-bataille.shtml>.
- 32 Amélie DAOUST-BOISVERT, « Revenu des médecins – Aucun domaine médical sous la barre des 200 000 \$ », *Le Devoir*, 15 juillet 2014, www.ledevoir.com/societe/sante/413464/revenu-des-medecins-aucun-domaine-medical-sous-la-barre-des-200-000; <http://infogr.am/remuneration-moyenne-brute-par-specialite?src=web>.
- 33 ICIS, *op. cit.*, rapport annuel, p. 68.
- 34 Marco BÉLAI-CIRINO, « Sondage Senergis – Le Devoir – La santé, priorité des Québécois », *Le Devoir*, 28 décembre 2010, www.ledevoir.com/societe/sante/313759/sondage-senergis-le-devoir-la-sante-priorite-des-quebecois; RADIO-CANADA, « La santé et l'économie, les priorités des Québécois », *JCI Radio-Canada*, 10 mars 2014, <http://ici.radio-canada.ca/sujet/elections-quebec-2014/2014/03/10/007-sondage-crop-election-enjeux.shtml>.
- 35 Charles CÔTE et Claude BARRIAULT, *Les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles*, mémoire déposé à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1987, p. 12.
- 36 Jason SUTHERLAND et autres, *Financer des services de santé et sociaux à Montréal (Québec) : un examen des mécanismes de financement et du rôle des incitations*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, février 2013, 66 p.
- 37 *Ibid.*, p. 29.
- 38 *Ibid.*, p. 45.
- 39 CÔTÉ et BARRIAULT, *op. cit.*, p. 198.
- 40 Dionne S. KRINGOS, « Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending », *Health Affairs*, vol. 3, n° 4, 2013, p. 686-694; James MACINKO et autres, « The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998 », *Health Services Research*, vol. 38, n° 4, juin 2013, p. 831-865.
- 41 Sandrine CHAMBARETAUD et Diane LEQUET-SLAMA, « Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins », *Études et résultats*, n° 214, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, République française, janvier 2003; Mary COHEN, *Democratizing Public Services*, rapport de recherche, Canadian Centre for Policy Alternatives – BC Office, mars 2005, 45 p.
- 42 Mike J. CRAWFORD et autres, « Systematic review of involving patients in the planning and development of health care », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7375, 30 novembre 2002, www.bmj.com/content/325/7375/1263; John GAVENTRA et Gregory BARRETT, *So What Difference Does it Make? Mapping the Outcomes of Citizen Engagement*, Institute of Development Studies, Working Paper n° 347, octobre 2010, 71 p.; Dolores JIMÉNEZ-RUBIO et autres, *Is fiscal decentralization good for your health? Evidence from a panel of OECD countries*, XVIIIe Encuentro de Economía Pública (Malaga, 3-4 février 2011), 30 octobre 2010, 28 p.
- 43 « Projet de loi n° 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales », *Assemblée nationale du Québec*, www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html.
- 44 COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 69.
- 45 Guillaume HÉBERT et Minh NGUYEN, *Devrait-on racheter les PPP du CHUM et du CUSM?*, note socio-économique, IRIS, 27 octobre 2014, www.iris-recherche.qc.ca/publications/chu-ppp; Guillaume HÉBERT, *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?*, note socio-économique, IRIS, 20 juin 2012, www.iris-recherche.qc.ca/publications/le-financement-a-l-activite-peut-il-resoudre-les-problemes-du-systeme-de-sante.



IRIS

**Institut de recherche
et d'informations
socio-économiques**

L'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheur-e-s se positionne sur les grands enjeux socio-économiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.

Institut de recherche et d'informations socio-économiques
1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7
514 789 2409 · www.iris-recherche.qc.ca

ISBN 978-2-923011-57-8