

Rapport

**La place et le rôle du secteur
privé dans la transformation
du système de soins**

présenté au

Conseil de la santé et du bien-être

par

**André-Pierre Contandriopoulos
Jean-Louis Denis
Carl-Ardy Dubois**

Département d'administration de la santé et
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)

Université de Montréal

Novembre 2000

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

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

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

Dépôt légal - 2001
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN : 2-550-37165-8
© Gouvernement du Québec

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

Préface

Des inquiétudes importantes sont à l'origine de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, qui a initié ses travaux le 20 juin 2000 et qui a rendu public son rapport le 17 janvier 2001. Ces inquiétudes portaient notamment sur les facteurs d'accélération des coûts du système que représenteraient le vieillissement de la population et le développement technologique. En conséquence, on s'inquiétait de la viabilité du système public et du besoin d'un plus grand recours au financement privé des services. L'organisation des services et la gouverne du système de services suscitaient eux aussi beaucoup d'interrogations.

Pour apporter une contribution à cette réflexion, le Conseil de la santé et du bien-être a demandé à trois groupes d'universitaires de faire des études sur les thèmes de l'impact du vieillissement sur les coûts du système, la participation du public aux décisions du système, et la contribution du secteur privé au système.

La présente étude sur la place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins, que rend publique le Conseil, a été réalisée par André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Carl-Ardy Dubois, du Département d'administration de la santé et du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, à l'Université de Montréal.

Au nom du Conseil de la santé et du bien-être, je remercie bien sincèrement ces auteurs. Toutefois, comme il se doit, les opinions formulées dans l'étude n'engagent que leurs auteurs.

La présidente,

Hélène Morais

SOMMAIRE

Les inquiétudes sont fortes quant à la capacité du système public de soins à répondre à long terme aux attentes de la population et à réagir efficacement aux pressions qui menacent sa capacité à garantir l'accès équitable de l'ensemble des citoyens à des soins de qualité. L'interaction entre le vieillissement de la population et le développement technologique a été identifiée comme le facteur principal qui contribuerait à creuser le fossé entre les ressources disponibles et l'évolution des coûts de santé, ce qui rendrait ainsi peu viable le système de soins actuel. Pour répondre à ces pressions, la privatisation est présentée comme la meilleure alternative capable à la fois de régler les problèmes de financement du système et de dissiper un ensemble de symptômes (listes d'attente, engorgement des urgences, manque de médecins et d'infirmières, retard technologique, fragmentation des soins) qui témoignent du malaise ressenti au niveau de l'accès aux services. En partant de l'idée que les décisions sur le système de soins peuvent être classées en fonction de leurs niveaux d'action (gouverne, financement, organisation, clinique), ce dossier analyse les potentialités à la fois de la privatisation du financement et de la privatisation des modes de production. Il en vient à conclure que la privatisation ne peut avoir un rôle utile qu'au niveau de l'organisation de la production de soins à condition que soient résolues en amont les questions relatives à la gouverne et au financement du système de soins (questions pour lesquelles la privatisation ne peut apporter de réponse satisfaisante) et que soit protégée en aval la liberté professionnelle des cliniciens.

Pour bien comprendre les enjeux de la transformation du système de soins, il importe d'abord d'en définir les différents niveaux de structuration :

- un niveau macro qui réfère essentiellement aux dispositifs institutionnels relatifs à la gouverne et au financement du système;
- un niveau méso qui concerne essentiellement les modes d'organisation et les mécanismes qui permettent d'assurer la prestation des services, de distribuer les ressources, de payer les fournisseurs, de créer les incitatifs à l'efficacité et à la qualité;
- un niveau micro qui réfère plutôt aux conditions entourant la prise de décision clinique. Il concerne essentiellement l'organisation de la relation dans laquelle sont impliqués le médecin et son patient durant le colloque singulier.

Pour accroître la performance du système de soins en matière d'équité, d'efficacité, d'autonomie des professionnels, de liberté de choix des usagers, il est primordial d'identifier clairement auquel de ces niveaux se situent les problèmes rencontrés en vue

d'y apporter les solutions appropriées. La capacité du système à atteindre ses objectifs est fonction de sa capacité à répondre aux exigences différentes de ces trois niveaux.

Face aux exigences posées par le niveau macroscopique, l'existence d'un financement public permet de circonscrire un espace de décisions où les règles démocratiques sont dominantes. Le financement public constitue ainsi l'un des outils essentiels dont dispose un État pour réaliser les arbitrages nécessaires entre ses diverses responsabilités. Sans prétendre établir un seuil critique au-delà duquel il serait déraisonnable d'investir davantage dans la production des soins, on ne peut nier que des dépenses de soins élevées au-delà d'un certain seuil ou l'impossibilité à maîtriser les coûts dans ce secteur pourraient traduire un arbitrage implicite défavorable à d'autres dépenses publiques susceptibles pourtant de générer un bien-être supérieur, voire des conditions sanitaires meilleures. L'analyse comparée des systèmes de santé montre que c'est dans les pays où le financement public est prédominant que le contrôle des dépenses de santé a le mieux réussi. Parallèlement, on constate qu'en dépit de la thèse de l'insuffisance des ressources publiques utilisée pour justifier l'augmentation de fonds privés, le Canada se classe encore parmi les cinq pays de l'OCDE qui allouent le plus de ressources au secteur des soins et la part privée y est déjà très importante, plus que la moyenne des pays de l'OCDE. Beaucoup d'autres pays ayant des systèmes de santé comparables sont parvenus à faire face aux mêmes types de pression non pas en transférant les responsabilités de financement sur le privé mais plutôt en maintenant une part plus importante de dépenses publiques dans les dépenses totales et en adoptant, dans beaucoup de cas, des stratégies différentes d'allocation des ressources et d'organisation du système.

Sur le plan de l'équité, différentes évidences permettent de montrer que le mode de financement public s'avère le meilleur garant d'une offre équitable de services. Aux États-Unis, le financement privé qui prévaut se solde par de fortes inégalités de santé. Les mécanismes de copaiement ou de paiement direct mis en œuvre dans différents pays n'ont pu réduire la croissance des dépenses de santé en raison du développement d'assurances complémentaires, mais plutôt ont réduit l'accessibilité aux soins pour certaines franges de la population. Dans d'autres cas, l'imposition de tickets modérateurs entrave l'équité de la contribution financière sans pour autant être en mesure de contenir les dépenses totales de santé ou même dans certains cas de modérer la consommation.

En ce qui concerne la mutualisation des risques, la logique marchande inhérente aux formes d'assurances privées s'avère à la fois inéquitable et non efficiente. Elle est inéquitable en ce qu'elle lie les primes individuelles au risque escompté contrairement aux assurances publiques qui reposent plutôt sur le principe de solidarité et lient la contribution au revenu. Les possibilités offertes par l'assurance privée sont donc souvent limitées aux plus fortunés, sélectionnent les bons risques, pénalisent les plus pauvres qui sont souvent aussi les plus malades. Sur le plan de l'efficacité, de nombreuses études concordent à reconnaître les coûts de gestion plus élevés associés aux systèmes d'assurances privées.

Par ailleurs, la sauvegarde de l'autonomie professionnelle est critique au bon fonctionnement de la clinique (niveau micro). La prédominance d'une logique économique menace cette autonomie en ce qu'elle assujettit les professionnels à des contraintes externes et des préoccupations qui ne sont pas dans l'intérêt des patients. La prise de décision clinique doit plutôt se faire de façon dominante en fonction de considérations scientifiques et déontologiques. Plutôt qu'une intrusion des assureurs dans le colloque singulier pour contrôler le volume des prestations, il s'agit de miser sur le jugement clinique en vue de faire les meilleurs arbitrages en matière d'utilisation des ressources et de placer les professionnels dans un environnement organisationnel leur permettant d'exercer leurs responsabilités professionnelle et clinique de manière adéquate.

C'est au niveau de l'organisation de la production de soins (niveau méso) que la privatisation peut constituer un atout à la fois pour garantir l'efficacité des mécanismes d'allocation des ressources et pour permettre le renouvellement des pratiques. Au Québec, les problèmes auxquels est confronté le système de soins se situent principalement au niveau de l'organisation de la production des soins. L'organisation déficiente des services de première ligne ne permet ni d'assurer ce contact privilégié entre le système de soins et le patient ni d'optimiser les gains associés à l'utilisation des technologies ambulatoires ou à des modes de prise en charge plus légers. Les établissements hospitaliers font face année après année à des déficits budgétaires. Les modalités actuelles de paiement de ressources ont un effet inflationniste en ce qu'elles ne comportent aucune incitation à l'efficacité. En dépit des ressources considérables consacrées à la santé, la disponibilité des lits hospitaliers et de médecins par 1 000 habitants reste peu enviable par rapport à d'autres pays. Les variations importantes de pratiques témoignent de problèmes d'adéquation au niveau de l'utilisation des ressources. La segmentation des champs d'expertise professionnelle associée, entre autres, à un mode de rémunération à l'acte mine les opportunités de travail en équipes multidisciplinaires et compromet une approche globale du patient. Ces différentes évidences sur l'état d'un système de soins qui, en dépit des compressions des dernières années, reste parmi les mieux financés au monde, amènent à une autre constatation majeure. C'est que pour résoudre les problèmes ressentis au niveau du système, nous avons davantage misé sur la quantité de ressources, revendiquant toujours plus, plutôt que de renouveler les mécanismes incitatifs et d'agir sur les modes d'organisation, de coordination et de gestion des processus de soins. Le principal défi posé au système est donc la dynamisation de la production et de l'organisation de l'offre. C'est en regard de cet enjeu que le potentiel du privé peut être apprécié et peut permettre la mise en œuvre de changements. Toute une gamme d'outils fournis par la nouvelle gestion publique peuvent ainsi être mis à contribution : la stimulation de la concurrence entre les prestataires, la contractualisation, la décentralisation, la séparation des fonctions d'achat et de prestation, l'intégration des services, etc. Il reste cependant que la mise en œuvre de cette logique économique au niveau de l'organisation de la production et l'introduction de la concurrence supposent le maintien et même le renforcement de la régulation du système de soins par les pouvoirs

publics pour fixer les priorités, définir les biens et services couverts, évaluer la performance, encadrer la concurrence à l'intérieur du système public.

Enfin, il importe d'apprécier la viabilité du système public dans un contexte de croissance technologique, de vieillissement de la population, d'intensification de la concurrence économique internationale et d'incertitude face à l'évolution de l'économie. Un premier facteur qui semble crucial pour garantir cette viabilité est la capacité du système à s'adapter pour faire face aux pressions. Le vieillissement de la population ne peut constituer un argument valide en faveur d'une privatisation accrue du financement. Il met plutôt en question la capacité d'adaptation du système. L'expérience des pays scandinaves montre que ces derniers ont su faire efficacement face à la transition démographique non pas en sapant les fondements de leur système de protection sociale mais plutôt en adaptant cette dernière et en mettant en œuvre les réformes appropriées pour ajuster l'offre de services. Un autre facteur important pour garantir la viabilité du système public de soins est la maîtrise de la croissance technologique, ce qui met en jeu deux impératifs fondamentaux. Le premier concerne l'évaluation des technologies en vue de leur acquisition contrôlée et de l'optimisation de leur utilisation. L'enjeu est de s'assurer que les nouvelles technologies qui s'ajoutent aux anciennes ou les remplacent sont susceptibles d'améliorer les résultats et sont fiables à la fois sur le plan de leurs propriétés techniques, de leur efficacité clinique, de l'efficacité économique, de leur impact organisationnel et social. Le paradoxe entre le rang mondial du Canada pour les dépenses totales de soins de santé et sa difficulté à renouveler son parc technologique montre que le système doit encore faire des gains sur le plan de l'efficacité. Des pays qui investissent moins que le Canada dans les soins de santé arrivent à entretenir un parc technologique beaucoup plus important. Dans un autre ordre d'idées, il importe de miser sur l'endogénéisation du développement technologique. La croissance technologique ne constitue pas une entrave insurmontable à la viabilité d'un système public de soins de santé au Canada et au Québec, dans la mesure où nos sociétés participent à un tel développement et ne se limitent pas à être seulement des importatrices de technologies. Différentes données indiquent que le Québec et le Canada possèdent les atouts nécessaires pour participer à un tel développement. Enfin, quelles que soient les mesures prises pour améliorer l'organisation des services, les résultats économiques futurs resteront déterminants pour le financement continu et le maintien d'une offre équitable de services de santé. Mais, le secteur de services, avec au premier chef la santé et l'éducation, même s'il est fortement consommateur de ressources, peut être aussi porteur d'une valeur ajoutée pour l'économie en créant les conditions permettant de développer le capital humain, en participant au développement des secteurs à haute rentabilité de la nouvelle économie (industrie biotechnologique et pharmaceutique, systèmes d'information et imagerie), en mettant à profit les innovations technologiques pour améliorer la productivité.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
1. TROIS NIVEAUX DE STRUCTURATION DES SYSTÈMES DE SOINS	13
2. LES CONDITIONS D'UNE BONNE COHÉRENCE DU SYSTÈME DE SOINS.....	15
2.1 Le niveau macroscopique.....	15
Arbitrage entre le secteur de la santé et les autres secteurs de l'économie	15
Équité de l'offre de services.....	19
La fonction d'assurance	22
2.2 Le niveau microscopique	24
2.3 Le niveau mésoscopique	25
3. LES DÉFIS AU NIVEAU MÉSOSCOPIQUE	29
4. LES CONDITIONS DE VIABILITÉ DU SYSTÈME	33
BIBLIOGRAPHIE	41

INTRODUCTION

Toutes les enquêtes conduites au cours des dernières années, y compris celles effectuées dans le cadre du Forum national sur la santé (1997), ont été à chaque fois, l'occasion pour une forte majorité de Canadiens de toutes les provinces de réaffirmer leur accord sur les grands principes structurants du système de soins, leur haut niveau de satisfaction à l'égard de ce système, leur attachement à son maintien pourvu qu'il arrive à continuer à fournir des soins de qualité, accessibles à tous et à prix abordables. Deux enquêtes transnationales réalisées en 1988 et 1994 avaient déjà confirmé que les Canadiens étaient plus satisfaits de leurs systèmes de santé que ne le sont les Américains et les Britanniques. Une majorité d'Américains avouaient une nette préférence pour le système de santé canadien (Blendon, 1989, Blendon & al. 1995). Des données encore plus récentes font état d'un taux de satisfaction de 61 % qui reste encore très élevé par rapport à d'autres domaines de production publique, comme le secteur de l'éducation par exemple où le taux de satisfaction affirmée ne dépasse pas 35 % (EIU, 1998). Une enquête internationale conduite en 1998 révèle que 54 % de Canadiens évaluent les soins reçus comme étant très bons ou excellents (Donelan & al., 1999). Mais en même temps, une majorité tout aussi forte de citoyens se disent inquiets face à un certain nombre de problèmes perçus au niveau du système et dont les médias en font largement écho : listes d'attente, engorgement des urgences, manque de médecins et d'infirmières, retard technologique dans certains cas, financement insuffisant, faible réactivité du système face aux besoins des patients, fragmentation des soins. Même si les citoyens ont tendance à déclarer des niveaux de satisfaction élevés pour les soins reçus, très peu, seulement un sur cinq, admet que le système pourrait continuer à fonctionner dans sa forme actuelle (Donelan & al., 1999). En fait, l'appréciation que l'on peut faire de la dynamique actuelle du système est paradoxale. Un premier paradoxe concerne l'écart actuel, révélé par un rapport de l'OMS, entre la capacité du système à atteindre ses objectifs et son efficience. Sur 191 systèmes nationaux de santé évalués par l'Organisation Mondiale de la Santé, le Canada se situe au 7^e rang pour la *réalisation globale des objectifs*, indice synthétique qui mesure à la fois les résultats de santé, la distribution des états de santé, l'équité de la contribution financière et la réactivité du système. Par contre le Canada traîne au 30^e rang pour ce qui concerne la *performance globale*, c'est-à-dire les résultats de santé obtenus par rapport aux ressources investies (OMS, 2000). Un deuxième paradoxe concerne l'écart entre les coûts du système et sa capacité à fournir des services en quantité suffisante. En effet, même si le Canada dispose de l'un des systèmes de soins les plus coûteux au monde, la disponibilité des lits hospitaliers et de médecins par 1 000 habitants est peu enviable par rapport à d'autres pays qui investissent moins dans les soins de santé (SESI, DIRIS, & MSSS, 1994; OCDE, 1999). Par ailleurs même si le système de soins est peu efficace et même si la population est inquiète, les résultats de santé restent très enviables, ce qui indique que ces résultats ne sont qu'en partie tributaire du système de

soins. L'état de santé de la population canadienne, au regard des indicateurs de santé, s'est amélioré tout au long de la dernière décennie et figure parmi les meilleurs au monde. Le Canada fait partie du groupe des cinq pays de l'OCDE ayant la plus longue espérance de vie (OCDE, 1999; ICIS, 2000). Le taux de mortalité évitable, considéré comme un indice discriminatif qui permet de mesurer spécifiquement l'impact des services de soins plutôt que celui des déterminants généraux de la santé situe le Québec et le Canada en tête de file. Des données de 1994 montrent que le Québec et le Canada présentent le plus faible niveau de mortalité évitable (11 décès pour 100 000 habitants) par comparaison à d'autres pays comme la France (13,5), le Royaume-Uni (16,5), l'Allemagne (18,7) et les États-Unis (19,2) (SESI, DIRIS, & MSSS, 1994).

Élucider ces paradoxes et contradictions peut aider à mieux définir les niveaux où il faut agir pour pouvoir répondre à cette demande que les Canadiens et Canadiennes, en tant que citoyens et contribuables, ne cessent d'exprimer de manière quasi unanime, c'est-à-dire, avoir accès de façon équitable, chaque fois que la maladie le rend nécessaire, à des soins de qualité. Cette demande rejoint en fait les trois critères d'analyse de la performance d'un système de soins, à savoir : l'équité, l'efficacité et le respect des libertés individuelles. Mais elle s'est heurtée au cours des dernières années aux multiples pressions et aux difficultés auxquelles a dû faire face le système.

La question de la viabilité financière est au cœur des inquiétudes suscitées par le devenir du système et amène plus d'un à défendre le principe d'un accroissement du financement privé comme un passage incontournable. Une telle argumentation qui s'appuie sur une conception figée du système a été toutefois reprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux et repose sur les quatre affirmations suivantes très généralement acceptées comme allant de soi (MSSSa, MSSSb, 2000) :

1. Le vieillissement de la population et le développement technologique exercent sur le système de soins des pressions considérables.
2. Cette augmentation des besoins engendrera un accroissement important des coûts des services de santé. Cet accroissement est estimé à environ 3,0 à 3,5 % annuellement (dollars constants) dont 1,5 % relié au vieillissement et 1,5 % au développement technologique.
3. Cette dynamique d'accroissement des dépenses dépasse la capacité de financement des pouvoirs publics. Ce dépassement est estimé à environ 0,5 % et 1,0 % annuellement, soit l'écart entre l'accroissement prévu des coûts des services de santé (3,0 % et 3,5 %) et l'accroissement de la richesse collective (accroissement du PIB de 2,5 %).
4. La seule façon de sortir de cette impasse est de trouver un nouvel équilibre entre le privé et le public dans le financement des services de santé, nouvel équilibre qui conduit inévitablement vers une augmentation de la part du financement privé.

En fait, ces affirmations sont souvent utilisées pour justifier la place de plus en plus importante occupée par le privé dans le système de soins : désassurance de certains services dentaires et d'optométrie autrefois couverts par le régime public, application de frais accessoires pour certains services en clinique privée, mise à contribution de plus en plus forte des organismes bénévoles et communautaires, hausses des contributions personnelles dans le cadre du nouveau régime d'assurance médicaments. C'est ce que le rapport Arpin (1999) appelle une privatisation passive du système. Mais d'un autre côté, ces mêmes assertions sont reprises par différents groupes d'intérêts en vue d'une privatisation accrue et plus active du système. La construction annoncée de centres de santé ou d'hôpitaux privés, les demandes relatives à l'impartition de certains services auxiliaires sur le marché privé, les demandes pour une part privée des dépenses de santé qui serait plus importante que les 32 % actuels, la volonté manifestée par certains groupes d'intérêt de pouvoir accéder plus rapidement à certains services quitte à payer directement ces derniers, les propositions en faveur de la mise en place de tickets modérateurs sont autant de signes qui témoignent de cette tendance à faire de la privatisation une réponse à tous les maux du système. Qu'elles s'inscrivent dans un processus actif ou un processus passif, ces différentes propositions réfèrent en fait à deux objets de la privatisation, soit d'une part la privatisation du financement et, d'autre part, le recours à des producteurs privés.

L'objectif de ce dossier est d'apprécier le potentiel de ces différentes modalités de privatisation pour résoudre les problèmes perçus du système de soins. Pour ce faire, il semble nécessaire de comprendre avant tout que le système de soins comme tout système social complexe est organisé autour de trois niveaux : – un niveau macro (les grands principes organisateurs du système); – un niveau méso (les modalités d'organisation de l'offre de service) et – un niveau micro (les décisions cliniques), et que sa cohérence dépend de la qualité de l'intégration existante entre ces trois niveaux. De notre point de vue et comme en atteste l'analyse comparée des systèmes de santé, les problèmes ressentis par les différents systèmes de soins s'expriment surtout au niveau de l'organisation des services. C'est donc à ce niveau intermédiaire que des solutions doivent être recherchées et ces dernières doivent rester cohérentes avec les dynamiques observées aux autres niveaux d'action sous peine d'hypothéquer les principes organisateurs du système et l'atteinte des objectifs globaux du système. Par ailleurs, les systèmes de soins sont marqués par une très forte inertie, ce qui rend la conduite du changement particulièrement difficile. Aucune solution simple et univoque, que ce soit l'apport de nouveaux argents, le recours aux producteurs privés, la couverture sélective, ne peut donc permettre de résoudre l'ensemble des problèmes. L'enjeu des réformes actuelles est plutôt de créer les conditions d'une adaptabilité et d'une amélioration continue du système en vue de lui permettre de pouvoir prendre en charge les problèmes de santé de tous les citoyens de façon efficiente, équitable et respectueuse des libertés individuelles.

Le texte est divisé en quatre grandes parties. La première porte sur l'architecture du système de soins. La deuxième tente de définir les conditions d'une bonne cohérence du système de soins et les éléments essentiels à sa régulation. Ces deux parties servent en

fait à exposer les éléments permettant de mieux saisir les conditions d'une contribution constructive du secteur privé au développement et à l'adaptation du système de soins. Elles analysent en même temps les conséquences potentielles des principales propositions de réforme du système de soins faisant appel au privé qui sont envisagées au Québec. La troisième section précise les principaux défis posés au niveau de l'organisation de la production de soins tandis que la dernière se penche plutôt sur les conditions de viabilité à long terme d'un système public de soins.

1. TROIS NIVEAUX DE STRUCTURATION DES SYSTÈMES DE SOINS

Dans cette section, nous définissons les grandes composantes du système de soins et faisons ressortir les implications de ces dernières pour une meilleure compréhension du développement du système. En fait, l'architecture des systèmes de soins peut être saisie à travers trois niveaux de structuration : un niveau macroscopique, un niveau mésoscopique et un niveau microscopique (Contandriopoulos, Fournier, Denis, Champagne & Arweiler, 1999).

Le niveau macro réfère essentiellement aux dispositifs institutionnels relatifs à la gouverne et au financement du système de soins. Il s'agit à ce niveau de préciser, dans le cadre du débat démocratique, les modalités macroscopiques du système relatives aux prérogatives de l'État, à la portion de dépenses de santé que l'État finance, à l'étendue de la couverture du régime public d'assurance, délimitant en même temps le champ à l'intérieur duquel le privé pourra avoir soit un rôle prédominant soit un rôle secondaire. Ces modalités à définir se rapportent également à la répartition des pouvoirs et responsabilités entre le centre, le régional et le local, c'est-à-dire à la définition du niveau où les décisions sur le système de santé seront prises. Il s'agit, à cet égard, de circonscrire les formes de la décentralisation, de préciser les termes de l'arbitrage entre l'unité nationale et les diversités locales, de mettre en place les dispositifs qui seront utilisés pour organiser la participation de la population et des professionnels aux processus de décision dans les établissements, dans les instances régionales ou dans les instances nationales. Et enfin, c'est également à ce niveau que sont définis les champs de compétence, c'est-à-dire les mécanismes qui permettent non seulement de régler les domaines dans lesquels les différentes professions peuvent exercer de façon exclusive mais aussi de délimiter le champ à l'intérieur duquel la logique et l'autonomie professionnelles peuvent avoir libre cours. Autant dire que c'est à ce niveau macro que se retrouvent les mécanismes fondamentaux qui définissent une logique spécifique de production et de redistribution des ressources dans une société donnée et qui indiquent dans quel cadre la production des soins devient possible.

Au niveau méso, les principales préoccupations réfèrent à la recherche d'une forme d'organisation, d'utilisation et d'emploi des ressources qui améliore la productivité des moyens de santé et l'efficacité du système. Il permet de prendre en compte toute la dynamique liée à la demande et à l'utilisation des services de santé : les modalités d'accès aux services, les comportements de la population, les obstacles à l'utilisation. Mais il concerne aussi au premier chef la dynamique de l'offre par le biais des mécanismes d'allocation et de paiement des ressources. En effet, c'est à ce niveau que se mettent en place les modes organisationnels et les mécanismes qui permettent d'assurer la prestation des services, de distribuer les ressources, de payer les fournisseurs, de créer les incitatifs à l'efficacité et à la qualité.

Le niveau micro réfère plutôt aux conditions entourant la prise de décision clinique. Il concerne essentiellement l'organisation de la relation d'agence dans laquelle sont impliqués le médecin et son patient dans un *colloque singulier*. Il prend ainsi en compte le rôle accordé au patient dans cette relation, le rôle joué par le médecin et l'autonomie dont dispose ce dernier, les mécanismes incitatifs susceptibles de porter le médecin à agir ou non dans le meilleur intérêt de ses patients.

Ces trois niveaux de structuration d'un système de soins sont importants à rappeler pour plusieurs raisons. Premièrement, ils amènent à préciser les fondations sur lesquelles s'appuie le développement du système de soins et le cadre dans lequel s'inscrit le choix gouvernemental de s'engager à l'égard des soins de santé. Deuxièmement, ils permettent de reconnaître l'impact potentiel des décisions en matière de régulation macroscopique sur les dynamiques observées aux niveaux des organisations et de la clinique. Troisièmement, ils conduisent à identifier exactement à quel niveau se situe l'origine des *pathologies diagnostiquées* du système de soins. Dans le débat actuel, il arrive souvent que pour des problèmes diagnostiqués à un niveau donné, les solutions suggérées concernent plutôt un autre niveau. Comme nous le montrerons plus tard, la plupart des difficultés auxquelles font face les systèmes de santé relèvent souvent d'un niveau spécifique et ne peuvent être résolues en apportant des palliatifs à un autre niveau. Les problèmes posés par exemple par la gestion des urgences qui relèvent au premier chef du niveau méso pourront difficilement être résolus de manière durable par des mesures d'ordre macro. Une étude pilote nationale a démontré que dans 85 % des cas, pendant qu'un patient attendait pour plus d'une journée un lit en salle d'urgence, un autre patient dans le même hôpital, au même moment, était, selon les médecins, assez bien pour se faire soigner ailleurs (ICIS, 2000). Un tel constat amène à dire que les solutions viables au problème des urgences passent d'abord par des changements au niveau des modes d'organisation qui ont une influence déterminante sur l'utilisation des ressources.

2. LES CONDITIONS D'UNE BONNE COHÉRENCE DU SYSTÈME DE SOINS

L'impératif de cohérence globale et de régulation du système de soins met d'emblée en avant les liens d'interdépendance entre les trois niveaux de structuration décrits plus haut. Ces relations d'interdépendance sont importantes en ce qu'elles peuvent permettre de mieux comprendre ce qu'un système de soins est capable d'atteindre par rapport aux objectifs d'équité, d'efficacité, d'autonomie des professionnels, de liberté de choix des usagers. De notre point de vue, la capacité d'un système à répondre de manière satisfaisante à ces différents objectifs est fonction d'une bonne cohérence dans l'agencement entre les trois niveaux, conditionnée par une triple exigence : l'efficacité des fonctions macroscopiques du système, la sauvegarde de l'autonomie et de la responsabilité professionnelle au niveau microscopique, l'efficacité des mécanismes d'allocation des ressources et la capacité à renouveler les pratiques, les modes d'organisation, les mentalités et les règles du jeu au niveau mésoscopique. Dans cette section, nous nous proposons d'analyser les implications que comporte le recours au privé par rapport à cette triple exigence.

2.1 Le niveau macroscopique

À ce niveau du système de soins où les principaux enjeux réfèrent surtout à la gouvernance et aux modalités de financement, trois éléments semblent particulièrement critiques pour assurer une bonne cohérence et déterminer la solidité des fondations sur lesquelles vont s'appuyer les différentes structures du système. Il s'agit de la qualité de l'arbitrage entre le secteur des soins et les autres secteurs de l'économie (Forum National sur la Santé, 1997), de l'équité de l'offre de services, de l'efficacité de la fonction d'assurance. Nous tenterons de démontrer, sur la base d'évidences factuelles et d'analyses comparatives, qu'à ce niveau, les pouvoirs publics ont un rôle primordial à jouer et que les propositions de privatisation qui touchent ce niveau entrent en conflit avec certains objectifs du système et peuvent en affecter la cohérence globale. Ces propositions correspondent en fait à un objet spécifique de la privatisation, soit la privatisation du financement.

Arbitrage entre le secteur de la santé et les autres secteurs de l'économie

Les systèmes de soins ne sont que l'un des déterminants de la santé parmi plusieurs autres. Des travaux de l'OCDE rappellent que les dépenses de soins n'expliquent que 20 % des différences de mortalité entre les pays (OCDE, 1990). Il importe aussi de bien comprendre que la responsabilité de l'État de garantir des soins équitables à la population est concomitante à une autre responsabilité qui est de favoriser le développement des personnes. L'exercice de ces deux responsabilités centrales au rôle de l'État l'amène à devoir faire des arbitrages entre ces dernières et à l'intérieur de chacun de ces grands secteurs d'intervention. Au niveau du secteur de la santé, compte tenu du fait que les

besoins sont illimités alors que les ressources sont toujours limitées, ces arbitrages souvent difficiles doivent être effectués par exemple entre des technologies de plus en plus dispendieuses et les avantages des soins de santé de première ligne, entre des mesures expansives pour prolonger la vie et l'accroissement des soins périnataux, entre des interventions critiques pour maintenir la vie et la nécessité de dépenser davantage dans des programmes de santé publique (Drache & Sullivan, 1999; Forum National sur la Santé, 1997; Lewis, 1997). D'un autre côté, tout en reconnaissant que la production des soins de santé a une fonction bien spécifique dans une société donnée et tout en reconnaissant la difficulté à établir un seuil critique au-delà duquel il serait déraisonnable d'investir davantage dans la production des soins, on ne peut nier que des dépenses de soins élevées au-delà d'un certain seuil ou l'impossibilité à maîtriser les coûts dans ce secteur pourraient traduire un arbitrage implicite défavorable à d'autres dépenses publiques susceptibles pourtant de générer un bien-être supérieur, voire des conditions sanitaires meilleures. Les besoins actuels dans les secteurs de la petite enfance et de la jeunesse, dans l'accès à une eau de qualité, montrent bien qu'il importe pour une société de se garder une marge de manœuvre suffisante pour investir dans des politiques sociales et environnementales qui sont en dehors de la fourniture des soins de santé. Reconnaître la nécessité de tels arbitrages ne déprécie en rien la fonction « soins » pour une société. Elle souligne toutefois que l'objectif d'une régulation appropriée des soins suppose aussi de réaliser des compromis entre des objectifs de développement collectif et individuel. Il s'agit donc d'une triple exigence conférée aux pouvoirs publics : celle de répartir les ressources fiscales de façon optimale et avec efficacité, celle de s'assurer que la part de la richesse collective consacrée aux soins est correcte au sens où l'on ne pourrait faire mieux en utilisant plus ou moins pour les soins de santé, celle de s'assurer que les ressources consacrées au secteur sont bien utilisées au sens où l'on ne pourrait améliorer davantage l'état de santé de la population en utilisant autrement les mêmes ressources (Mougeot, 1999). Une telle façon de voir tranche sans doute avec le discours ambiant qui met surtout l'accent sur l'insuffisance de ressources au niveau du secteur des soins. Mais il y a lieu de constater que les pays de l'OCDE qui se situent en tête de liste pour les dépenses de santé ne sont pas toujours ceux qui ont les meilleurs indicateurs de santé. En dépit de la part plus importante du PIB consacrée à la santé aux États-Unis, la mortalité évitable par le système de soins affichait en 1994 des taux plus élevés dans ce pays soit 19,2 pour 100 000 habitants par comparaison au Canada (11,2), à la France (13,5), au Royaume-Uni (16,5) (SESI, DIRIS, MSSS, 1994). Le Japon qui se situe au premier rang des pays de l'OCDE pour ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance, autant chez les hommes que chez les femmes, ne consacre que 7,2 % de sa richesse collective au secteur de la santé contre 14 % aux États-Unis, 9,6 % en France (OCDE, 1999). Au Canada, en dépit de la popularité croissante que semble jouir la thèse de l'insuffisance des ressources utilisée d'ailleurs comme un argument majeur en faveur de la privatisation, ce pays se classe encore avec les États-Unis, la France, l'Allemagne et la Suisse parmi les cinq pays de l'OCDE qui allouent le plus de ressources au secteur des soins (OCDE, 1999). Historiquement, le Canada s'inscrit de 1 à 2 % au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE en ce qui concerne la part des ressources nationales consacrées aux soins de santé. Il reste que ces pourcentages doivent être interprétés avec

prudence en ce qu'ils sont fortement dépendants de l'économie (une part importante ou croissante du PIB consacrée à la santé pourrait être le reflet d'une économie stagnante) et informent peu sur les besoins de santé d'une société, sur les caractéristiques de l'organisation des soins, sur l'efficacité des services, sur la quantité des services disponibles.

Mais, quelle que soit la valeur relative de ces taux, l'enjeu est surtout de bien comprendre à la fois l'importance des soins et des actions complémentaires en faveur du bien-être des personnes, en reconnaissant qu'il s'agit de deux champs différents de l'action de l'État qui doivent être maintenus et faire l'objet d'une régulation démocratique et politique. Le débat démocratique semble indispensable pour circonscrire ce cadre où un arbitrage explicite et adapté aux besoins d'une société devient possible. La nécessité de cet arbitrage permet aussi de comprendre pourquoi la maîtrise des coûts est à l'agenda de tous les gouvernements, quelles que soient les modalités de financement du système de santé concerné. En fait, cette obligation de contenir les coûts a contraint tous les systèmes à prendre des mesures pour limiter le volume total des dépenses de santé. Aux États-Unis, ce débat s'est axé sur les réseaux de soins coordonnés et sur leur capacité à fournir une couverture de soins à un coût inférieur à celui des formules traditionnelles de rémunération à l'acte (Jönsson, 1990).

D'autres pays ont eu largement recours à des enveloppes budgétaires par hôpital avec des sanctions en cas de dépassement. Sans se prononcer spécifiquement et pour le moment sur l'efficacité relative de différentes mesures de ce type, cela témoigne de l'importance de renouveler les incitations, c'est-à-dire les règles du jeu touchant les conditions d'accès aux ressources pour les professionnels. Ailleurs, des efforts ont été faits pour limiter le nombre d'hôpitaux, de lits hospitaliers ou la diffusion d'équipements médicaux coûteux. Dans d'autres pays, le contrôle a touché plutôt les effectifs, le volume des prestations ou les taux de rémunération (OCDE, 1995a). Ce contrôle doit toutefois s'exercer à un niveau qui permet d'atteindre simultanément les objectifs d'efficacité, d'équité et de liberté d'où l'importance que nous accordons à l'instauration de modèles organisationnels et de modes de pratiques susceptibles de les rencontrer. En tout état de cause, l'analyse des différentes expériences montre qu'un facteur critique qui contribue au contrôle des coûts est l'existence d'un pouvoir monopsoniste fort dans les relations avec les prestataires (Deber & al. 1997; Wolfe & Moran, 1993). C'est dans les pays où il n'y a qu'une seule source de financement que le contrôle des dépenses de santé a le mieux réussi (OCDE, 1995a). Aux États-Unis, l'expérience des HMO conçue au départ pour limiter les coûts et étendre la couverture montre plutôt comment une logique de financement individualisé du risque dans un contexte de payeurs multiples confrontés à des logiques marchandes coûte cher : ce pays vient en tête de liste de l'OCDE pour le coût de son système de soins. Par contre, le cas du Canada ou du Québec illustre plutôt comment le mode de financement public a permis un meilleur contrôle des coûts, notamment au niveau de certains secteurs comme celui des hôpitaux où la part des finances publiques est la plus importante. Différentes données suggèrent qu'au cours de la dernière décennie, l'essentiel de la croissance des coûts des soins de santé au Canada doit être imputé aux services

financés par des fonds privés (Provincial and Territorial Ministers of Health, 2000; Deber, 2000). Le cas du médicament illustre notamment comment une situation de multiples payeurs rend plus incertaine la capacité de contrôler les dépenses (Kennedy, 1998; EIU, 1998).

À l'échelle canadienne, les dépenses en médicaments ont augmenté de 86,7 % entre 1990 et 1999 contre une augmentation de 16 % pour les dépenses hospitalières. Au Québec, le rapport Arpin relativise toutefois cette croissance des dépenses privées et souligne que la hausse de la part des dépenses privées dans les dépenses totales est liée aux rationalisations opérées dans le secteur public : gains de productivité réalisés dans le réseau des établissements, contrôle du niveau de rémunération des professionnels par le gouvernement (Arpin, 1999). D'aucuns peuvent argumenter que les gouvernements ont forcé peut-être trop sur cet objectif de maîtrise des dépenses publiques sans laisser suffisamment d'opportunités pour l'introduction de fonds privés ou la mise en œuvre des transformations nécessaires. Il reste néanmoins que le Canada avec une part publique de 68 % des dépenses totales de santé ne figurait en 1997 qu'au 14^e rang de 22 pays de l'OCDE pour ce qui concerne le ratio dépenses publiques/dépenses totales de santé (OCDE, 1999). Exception faite des États-Unis, la proportion du financement public était plus élevée dans les autres pays du G-7 qu'au Canada.

Ce qui veut dire que beaucoup d'autres pays ayant des systèmes de santé comparables sont parvenus à faire face aux mêmes types de pression en maintenant la part privée des dépenses de santé à un niveau inférieur à celui qui prévaut actuellement au Canada. Le Royaume-Uni avec une part publique de dépenses de soins de 83,4 % se situe au 12^e rang mondial pour la réalisation globale des objectifs de son système de soins (OMS, 2000). La France, avec une part publique de dépenses de soins de 74,2 % et en consacrant aux soins une part du PIB comparable à celle du Canada, se situe au premier rang mondial pour l'efficacité de son système et au 6^e rang pour la réalisation globale des objectifs (OMS, 2000). Par ailleurs, la densité de médecins par 1 000 habitants en France est parmi les plus élevées de l'OCDE : trois médecins par 1 000 habitants en 1997 en France contre 2,1 au Canada (OCDE, 1999).

Cet ensemble d'arguments laisse entendre que le financement public constitue l'un des outils essentiels dont dispose un État pour réaliser les arbitrages nécessaires à l'intérieur du secteur des soins d'une part, entre ce secteur et le reste de l'économie d'autre part. Ils rendent en même temps compte à quel point la thèse de l'insuffisance des ressources est difficile à valider quand on sait que le Canada dispose de l'un des cinq systèmes de santé les mieux financés au monde, que le système bénéficie actuellement de réinjections importantes de fonds publics permises par l'économie, et enfin que des systèmes de santé comparables sont parvenus à réagir aux mêmes formes de pressions non pas en transférant les responsabilités de financement mais plutôt en adoptant, dans beaucoup de cas, des stratégies différentes d'allocation des ressources et d'organisation du système. De telles évidences rejoignent d'ailleurs les conclusions d'une analyse récente des systèmes européens qui a montré la nécessité de se centrer sur une dynamisation de l'offre plutôt

que d'engager des réformes centrées sur la demande et visant à transférer les coûts aux individus (Saltman et Figueras, 1997, 1998).

Équité de l'offre de services

La nécessité de garantir une offre équitable de services de santé est liée à la nature même du bien santé. Il paraît toujours utile de rappeler que la santé n'est pas un bien comme les autres (Evans, 1997; Drache et Sullivan, 1999; Deber & al., 1998; Deber, 2000; Rice, 1997). Contrairement aux autres biens, la consommation des soins de santé est dictée avant tout par le besoin et non par une volonté manifeste de consommer. Il ne semble pas y avoir de limites à ce qu'un consommateur sera enclin à payer quand il s'agit de sauvegarder sa santé ou celle de sa famille. On comprend donc déjà que la nature des échanges est complètement différente par rapport aux autres biens de consommation. D'un autre côté, le marché des soins est caractérisé par une asymétrie d'information entre les producteurs et les consommateurs. Du fait qu'il est mal informé, du fait qu'il manque de connaissances pour savoir quels remèdes il peut prendre, du fait qu'il est incapable d'évaluer la qualité des soins en raison de la complexité de la technologie médicale et de l'impact possible de la maladie sur son jugement, le consommateur se trouve en position de faiblesse sur le marché des soins. Certains travaux confirment ce rôle important de l'information et montrent que des efforts pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité de l'information en viennent à modifier les comportements individuels des producteurs et éventuellement avoir des retombées positives pour les patients (Roos & Roos, 1996). Mais, il y a lieu de noter qu'au-delà de ce déséquilibre d'information existant entre le patient et le professionnel, il subsiste toujours au cœur de la clinique un noyau irréductible d'incertitude aussi bien pour le professionnel que pour le patient, et c'est cette incertitude inhérente au caractère unique de chaque individu qui est à la base du professionnalisme. Un autre argument réfère à la nature quasi publique des soins de santé. On parle de biens quasi publics pour cette catégorie spécifique de biens qui ont à la fois un impact sur la vie privée des gens et des conséquences sociales ou économiques importantes. On rejoint ainsi la théorie des externalités ou celle des biens collectifs fondée sur la distinction entre biens divisibles (c'est-à-dire, les objets de consommation classique) et biens indivisibles (c'est-à-dire, les biens dont la consommation ne peut être individualisée et qui, *ipso facto*, nécessitent une offre socialisée). Ces différents éléments traduisent en fait les défaillances du marché dans le secteur des soins et justifient l'intervention publique :

- pour garantir une organisation équitable des soins où l'accès est influencé par le besoin et non par le revenu, le groupe social ou autres caractéristiques personnelles et structurelles. Autant dire, des individus ayant des besoins identiques doivent bénéficier des mêmes traitements (équité horizontale) et des individus ayant des besoins différents doivent être traités de façon différente (équité verticale);

- pour protéger le consommateur contre les risques encourus à cause du déséquilibre d'information;
- pour corriger certaines externalités négatives ou le cas échéant, engager des actions qui ont d'importantes externalités positives et qui, dès lors, deviennent des biens collectifs.

L'analyse du fonctionnement et de l'évolution des systèmes de santé servira encore une fois à illustrer comment le mode de financement public s'avère le meilleur garant de cette offre équitable de services. Aux États-Unis, le mode de financement privé qui prévaut se solde par de fortes inégalités de santé et une stratification de la population en trois groupes de citoyens : 10 % qui se rangent parmi les gens ayant la meilleure santé au monde, 80 % qui sont dans une situation intermédiaire et 10 % qui vivent dans des conditions équivalentes à celles d'Afrique subsaharienne (The Economist, 2000). Un rapport du Conseil d'Analyse Économique en France souligne qu'un certain désengagement public du financement à partir des années 70 dans ce pays s'est traduit par une inégalité d'accès aux soins, en conduisant à une augmentation de la part laissée à l'assurance complémentaire et aux ménages (Mougeot, 1999). La frange la plus pauvre de la population voyait sa consommation médicale baisser alors que l'ensemble de la population connaissait plutôt une augmentation de la consommation. En fait, on peut relever un grand nombre de situations où des phénomènes de copaiement ou de paiement direct destinés à lutter contre des phénomènes de risque moral, non seulement n'ont pu réduire la croissance des dépenses de santé en raison du développement d'assurances complémentaires, mais plutôt ont réduit l'accessibilité aux soins pour certaines franges de la population (Mougeot, 1999; Newhouse 1996). Dans certains cas, ils peuvent même devenir contre-productifs en ce qu'ils entraînent un déplacement des soins de première ligne ou des soins préventifs vers des soins hospitaliers plus coûteux (Lurie & al. 1987). Au Québec, les frais imposés aux personnes âgées pour l'acquisition des médicaments qui leur sont prescrits ont entraîné pour certains patients défavorisés des conséquences aussi dramatiques que l'impossibilité d'avoir accès à des médicaments essentiels pour leur santé, des admissions à l'hôpital ou des complications pour des maladies non traitées (Tamblyn, 1999; MSSS, 1999). Evans présente les tickets modérateurs comme des "zombie masters", terme emprunté à la mythologie haïtienne pour signifier qu'en dépit de la faiblesse théorique et empirique de leur argumentation, les promoteurs de telles mesures viennent de manière récurrente hanter le débat sur le financement des soins de santé (Evans & al., 1994). Faudra-t-il encore une fois rappeler toutes les évidences empiriques qui tendent à montrer que l'imposition de tickets modérateurs s'avère inefficace à la fois sur le registre de l'équité et de la maîtrise des coûts. Elle entrave l'équité de la contribution financière sans pour autant être en mesure de contenir les dépenses totales de santé ou même dans certains cas de modérer la consommation.

Sur le plan de l'équité, du fait de l'étroite corrélation entre utilisation des services de santé, pauvreté et maladie, il paraît évident que tout système de soins financé sur la base de paiement direct ou de ticket modérateur distribue la charge de paiement sur les plus

pauvres et le plus malades et entraîne par le fait même un transfert de revenus ou de ressources des plus pauvres et des plus malades vers les plus riches et les mieux portants. Par ailleurs, certaines études confirment que le taux de souscription à une assurance complémentaire qui prend généralement en charge les tickets modérateurs ou des services non assurés publiquement varient fortement en fonction du revenu ou de la catégorie socioprofessionnelle (Mormiche, 1995; ICIS, 2000; Rupprecht, 1999). Ainsi, des fractions importantes de populations cumulant de faibles ressources et des conditions de vie peu favorables à un état de santé satisfaisant n'ont pas accès au système de l'assurance complémentaire et doivent, de ce fait, soit baisser leur consommation de soins de santé, soit payer directement de leurs poches quand ils y arrivent. Au Canada, les données disponibles témoignent d'une inégalité d'accès aux services laissés à l'assurance complémentaire. Les Canadiens à faible revenu et avec des niveaux de scolarité peu élevés sont beaucoup moins susceptibles d'avoir une assurance complète ou partielle pour les soins dentaires, les soins de la vue et les médicaments de prescription que les Canadiens mieux nantis et plus instruits. De même, les aînés et les jeunes adultes étaient moins susceptibles de bénéficier d'une couverture pour les lunettes et les lentilles cornéennes (ICIS, 2000).

Sur le plan de la maîtrise des coûts, l'imposition de tickets modérateurs devrait pouvoir associer quatre conditions essentielles pour pouvoir influencer de manière significative sur la dépense globale (Stoddart, Barer, & Evans, 1994; OCDE; 1995). Premièrement, l'augmentation du ticket modérateur doit être suffisante pour pouvoir avoir une incidence sur les comportements des consommateurs. Mais encore faut-il que cette augmentation soit socialement acceptable et n'entraîne pas des effets néfastes pour les groupes sociaux défavorisés. Deuxièmement, il ne faudrait pas que l'assurance privée remplace la couverture supprimée par le ticket modérateur dans le régime public. Le développement d'assurances complémentaires prenant en charge le ticket modérateur annule les effets recherchés sur le comportement des consommateurs et correspond simplement à un transfert des responsabilités financières sans incidence sur les dépenses globales. Troisièmement, les prestataires ne devraient pas pouvoir ajuster les prix pour compenser les effets de volume. Cependant, il arrive souvent que la baisse de volume induite par le ticket modérateur est compensée par des hausses des prix des soins de santé et des revenus des médecins, de sorte que le montant des dépenses de santé ne diminue pas. Quatrièmement, le coût de recouvrement ne doit pas être supérieur à l'augmentation du ticket modérateur. En Nouvelle-Zélande, des tickets modérateurs instaurés pour les hospitalisations ont dû être annulés parce que les patients refusaient tout simplement de payer leurs factures, ce qui se traduisait par une augmentation substantielle des coûts de recouvrement (Stocks, 1993; OCDE, 1995).

Il reste aussi que le mode de financement public des services de santé reste fortement associé à des choix collectifs en faveur d'une redistribution de la richesse collective. Henriet et Rochet (1999) ont montré une forte corrélation entre le degré d'intervention publique dans le financement des soins et le degré de redistribution de la richesse nationale. Le taux de réduction de la pauvreté imputable à l'ensemble des dispositions

fiscales dans un pays donné (qui mesure l'intensité de la politique redistributive) est corrélé positivement à la part du financement public des dépenses de santé. Ces dispositions fiscales restent intimement liées à la nature des rapports de force qui se sont établies sur le plan politique en faveur ou non d'une protection sociale et collective forte. L'analyse comparée de l'évolution des politiques américaines et canadiennes en matière de santé montre combien les choix qui sont faits résultent de la capacité de certains groupes à infléchir les politiques en faveur d'une responsabilité collective ou individuelle en matière de soins (Maioni, 1994; 1995). Comme l'ont démontré les conclusions du Forum national sur la santé (1997), le système de santé public au Canada et son mode de financement publics sont le résultat d'une évolution politique supportée par des valeurs sociales fortes qui accordent une place importante à la solidarité collective et à l'égalité d'accès aux soins. Les populations semblent encore attachées à ces valeurs qui doivent toutefois se concilier avec le maintien sinon l'amélioration de la qualité des soins.

La fonction d'assurance

La fonction de financement considérée précédemment et qui réfère aux différents mécanismes de prélèvement des ressources ou de paiement est distincte de la fonction d'assurance. Cette dernière se rapporte plutôt à la mutualisation des risques et se justifie d'autant plus pour les soins de santé, eu égard aux caractéristiques du bien santé déjà développées, à l'incertitude en regard de la maladie, aux conséquences économiques et sociales de cette dernière. Cependant cette fonction d'assurance peut se solder par des effets différentiels importants suivant qu'elle est exercée dans le cadre d'une logique économique ou d'une logique d'intervention publique. Le principe de neutralité actuarielle retenu par les différentes formes d'assurances privées lie les primes individuelles au risque escompté alors que les assurances publiques reposent plutôt sur le principe de solidarité qui déconnecte les primes des risques individuels et lie plutôt la contribution de l'individu au niveau de son revenu. On peut démontrer à la fois sur le plan de l'équité, de l'efficacité et de l'efficience la supériorité des systèmes d'assurance maladie universelle, fondés sur des primes indépendantes des risques individuels.

Sur le plan de l'équité, on peut se référer au système de soins des États-Unis qui s'appuie sur des assurances de type actuariel et favorise la concurrence entre les assureurs. Ce système se solde par 44 millions de personnes non couvertes aux USA, soit 16 % de la population (The Economist, 2000; Kuttner, 1999). Ce système illustre bien les risques que comportent les modalités d'assurance privée en termes d'absence de couverture pour une large fraction de la population.

Sur le plan de l'efficacité, la tarification au risque, principale condition du fonctionnement d'un marché efficace de l'assurance, s'avère inapproprié pour le risque maladie. Les études menées jusqu'ici particulièrement aux USA et aux Pays-Bas ont montré que les caractéristiques individuelles facilement disponibles comme l'âge et le sexe n'expliquent qu'une très faible part de la dispersion des dépenses de santé. Les

assureurs privés n'ont alors d'autre choix que de recourir à des stratégies d'écrémage pour éliminer les mauvais risques au sein d'une même classe de tarifs. D'un autre côté, pour être assurable, le risque maladie devrait répondre à deux critères essentiels : être individuel et aléatoire. L'application de ces deux critères apparaît tout aussi problématique dans le contexte des soins car le risque n'est pas toujours individuel et dans certains cas peut devenir certitude, notamment pour ce qui concerne certaines catégories de population soumises à des conditions de vie spécifiques ou confrontées à des pathologies chroniques qui génèrent une dépense quasi prévisible (Bocognano & al. 1999). Le marché privé reste peu enclin à assurer ce type de risque. Par ailleurs, comme le fait remarquer Deber (2000), au Canada, le marché potentiel offert par la grande majorité des provinces canadiennes reste inférieur à celui dont profitent la plupart des assureurs de soins de santé américains. Or, pour des raisons actuarielles, les assureurs ont intérêt à maximiser la taille de leur marché. Il semble donc à cet égard qu'aucune juridiction canadienne ne possède un marché suffisamment important pour supporter une compétition efficace au niveau de l'assurance maladie, même s'il fallait sacrifier le principe d'équité pour des raisons de valorisation des préférences de certains groupes sociaux.

Dans un contexte de mondialisation et de libre échange des marchés nord-américains, l'ouverture d'une compétition au niveau de l'assurance maladie risque davantage de profiter aux assureurs américains qui verront sans doute là un moyen d'étendre leurs juridictions et de briser les barrières qui protègent jusqu'ici le marché des soins au Canada. C'est donc dire que les possibilités offertes par l'assurance privée sont encore peu convaincantes. On a la quasi-certitude que les segments pris en charge par l'assurance seront très étroits. La frange de population qui pourra se prévaloir d'une protection suffisante par ces mécanismes assurantiels reste limitée aux plus fortunés. De surcroît cette option parallèle offerte aux groupes de population les plus riches et souvent les plus influents risque de créer une érosion du support au système public. Au bout du compte, on risque de se retrouver avec un système public affaibli et un système privé parcellaire incapable de répondre à la demande de l'ensemble des citoyens.

Sur le plan de l'efficience, les stratégies d'écrémage des risques qui prévalent sur le marché de l'assurance posent problème en ce qui a trait aux soins de santé. On peut constater que dans les pays où l'assurance santé est privatisée totalement ou partiellement, les risques les plus lourds, qui représentent d'ailleurs une part importante des dépenses totales, restent pris en charge de manière universelle et obligatoire par des programmes publics. C'est le cas du Medicare aux USA, de l'assurance socialisée pour les risques catastrophiques Pays-Bas, de Medishield et de Medifund à Singapour (Bocognano & al., 1999). De ce fait, les stratégies d'écrémage garantissent aux assureurs une rente qui n'est aucunement liée à des efforts pour mieux gérer, ce qui est socialement contre-productif. Les problèmes d'efficience peuvent être aussi liés aux coûts de régulation de la concurrence entre de multiples assureurs privés (par rapport au monopole public). De nombreuses études concordent à reconnaître des coûts de gestion plus élevés associés aux systèmes d'assurances privées (Himmelstein & Woolhandler, 1986; Woolhandler,

Himmelstein, & Lewontin, 1993; Diamond, 1992; Marchand; 1997). De plus, au-delà de la recherche d'une sélection des bons risques, la régulation par l'assurance va donner lieu à des mesures administratives fortes pour contrôler la pratique professionnelle de façon à réduire l'impact des décisions cliniques sur les coûts encourus par les assureurs. Une régulation par l'assurance se frappe toujours au problème de devoir intervenir pour réduire les incertitudes économiques associées à l'autonomie clinique.

Dans l'ensemble, les évidences sur le plan macroscopique montrent que l'État ne peut assumer ses responsabilités en matière de soins de santé pour l'ensemble de sa population et de façon équitable si elle réduit la part du financement public des soins. Les systèmes européens qui ont dans bien des cas une couverture mixte (publique et privée) des soins médicaux et hospitaliers ont maintenu une part aussi sinon plus importante de financement public. C'est pour cela que ces systèmes ont été en mesure de valoriser les principes d'équité et de liberté professionnelle dans des contextes sociaux et historiques différents qui les ont amenés à exercer la fonction de protection sociale différemment mais fortement. Enfin, seule une régulation macroscopique forte exercée par l'État peut permettre l'intégration des différentes enveloppes budgétaires (médecins, médicaments...) de manière à se donner des leviers cohérents d'intervention pour agir sur l'organisation des soins et favoriser la responsabilité professionnelle.

2.2 Le niveau microscopique

Comme nous l'avons souligné d'emblée, le principal enjeu à ce niveau est le degré d'autonomie dont peuvent jouir les professionnels dans la prise de décision clinique. L'analyse du fonctionnement des systèmes de soins permet de démontrer que la prédominance d'une logique marchande à ce niveau microscopique du système peut entraver la liberté des professionnels et, conséquemment, la qualité des soins fournis aux patients en assujettissant les professionnels à des contraintes externes et des préoccupations économiques qui affectent directement la prise de décision clinique. Au modèle professionnel qui valorise le jugement clinique et consacre les incitatifs professionnels se substitue dans la logique marchande un modèle managérial qui valorise des incitatifs marchands, des mécanismes de contrôle des professionnels et la liberté de choix de consommateurs avertis. L'exemple le plus éloquent à cet égard est celui des réseaux de soins coordonnés aux États-Unis. En dépit de la rhétorique d'un discours libéral qui met l'accent sur la liberté des professionnels et des patients, ces réseaux de soins sont le lieu de mécanismes importants de contrôle de la profession médicale (McKinlay & Arches, 1985, 1986, 1988). On en arrive même à des pratiques qui consistent à interdire aux praticiens d'informer leurs patients de l'existence d'un traitement plus onéreux que celui suggéré par les réseaux de soins (Szacka, 2000). Ces derniers qui ont un impératif de rentabilité économique incontournable interviennent de plus en plus directement dans la relation médecin-patient pour réduire le volume des prestations dispensées et maintenir les coûts à un niveau acceptable pour les entreprises qui assument une part importante des primes d'assurance. Cette intrusion dans le colloque singulier conduit à une gestion micro-économique de l'offre sous forme

d'incitations négatives : il s'agit d'inciter les prestataires à réduire le flux de ressources à transférer aux patients pour une affection donnée avec comme conséquences des atteintes potentielles à la qualité des soins. L'alarme a d'ailleurs été sonnée aux États-Unis par des leaders du champ en vue d'une amélioration urgente de la qualité des soins (Iglehart, 1999; Chassin & Galvin, 1998).

Ces arguments plaident donc pour la valorisation du modèle professionnel qui mise de préférence sur le jugement clinique en vue de faire les meilleurs arbitrages en matière d'utilisation des ressources. Le rationnement est présent dans tout système de soins (Klein, 1992, 1994). L'enjeu est de déterminer comment doit s'exercer ce rationnement pour limiter les préjudices et tirer le meilleur bénéfice des ressources investies dans les soins. Dans le cas du système américain, ce rationnement s'opère par les prix, par l'exclusion d'une frange importante de la population et par l'intrusion des assureurs dans le colloque singulier pour contrôler le volume des prestations. Dans les systèmes publics, ce rationnement s'opère de manière implicite par les listes d'attente ou, dans une moindre mesure, par l'acquisition contrôlée des nouvelles technologies. Si dans le premier cas, il y a une atteinte directe à l'autonomie des professionnels, le deuxième propose plutôt de mettre à contribution le jugement et l'autonomie de ces derniers dans l'exercice d'un rationnement qui malheureusement reste inévitable.

2.3 Le niveau mésoscopique

Si, comme nous l'avons montré, la logique économique peut porter entrave aux fonctions macro et micro du système, il semble cependant qu'au niveau mésoscopique du système, elle peut constituer un atout à la fois pour garantir l'efficacité des mécanismes d'allocation des ressources et pour permettre le renouvellement des pratiques et des modes d'organisation. Il paraît de plus en plus évident aujourd'hui que nombre de difficultés auxquelles font face les différents acteurs du système de soins renvoient à des problèmes d'organisation, de coordination et de gestion de la structure de production. Les cloisonnements institutionnels, les modes de rémunération pratiqués, la spécialisation croissante des intervenants, la multiplicité des portes d'entrée sont autant d'éléments qui ne conduisent pas spontanément à optimiser le processus de soins tant en termes de qualité que de coût. Une autre évidence frappante est qu'aujourd'hui aucun acteur n'est responsable de la prise en charge globale d'un patient donné. La conséquence en est une fragmentation des services, une dispersion des ressources, une dilution des mécanismes incitatifs, une perte d'efficacité. Toute une gamme d'outils fournis par la nouvelle gestion publique peuvent contribuer à dynamiser la production des services de soins en misant par exemple sur la stimulation de la concurrence entre les prestataires, la contractualisation, la décentralisation, la séparation des fonctions d'achat et de prestation, l'intégration des services, le renouvellement des modes de budgétisation et de rémunération, le renforcement du rôle du consommateur, la production et la diffusion de l'information relative à la performance des prestataires (Ferlie & al., 1996; Hood, 1991; Hogget, 1991). Ce sont autant d'options qui peuvent contribuer à créer un environnement dans lequel les prestataires seront incités à rechercher de manière constante les meilleures

interventions disponibles pour répondre aux attentes légitimes des patients, à prévenir les problèmes de santé des clients potentiels, à agir dans le sens du meilleur rapport qualité/prix des prestations (OMS, 2000).

Entre autres exemples, le Royaume-Uni est peut-être le cas par excellence pour aborder les effets possibles des réformes au niveau méso. Il permet de comprendre les limites de l'initiative privée sur le plan du financement dans la résolution des problèmes du système et illustre, en même temps, comment la logique économique au niveau de la structure de production s'accommode bien d'une régulation publique au niveau macroscopique, tout en favorisant l'autonomie professionnelle au niveau microscopique du système. Depuis plusieurs années déjà, un certain nombre d'initiatives ont été prises pour dynamiser l'offre de services au Royaume-Uni. Une première concerne la séparation des fonctions d'achat et de prestations qui visait à responsabiliser davantage les acteurs, à instituer des producteurs indépendants clairement responsables de l'utilisation des ressources, à introduire, notamment en ce qui concerne les hôpitaux, la possibilité d'un paiement en fonction des résultats et des besoins plutôt qu'en fonction de l'utilisation des ressources comme dans le budget global (Jönsson, 1996). Une deuxième initiative réfère l'établissement de contrats avec des généralistes entrepreneurs de soins qui devraient, par ce biais, être davantage incités à réduire les coûts des prestations. En impliquant les généralistes dans la coordination des processus de soins, le système britannique est parvenu en même temps à passer d'un mode de rémunération à l'acte à une formule de paiement fondée sur la répartition des risques, c'est-à-dire la capitation. Cette formule, caractérisée par le versement d'une somme forfaitaire à un entrepreneur de soins censé fournir toute une gamme de services, favorise la prise en charge globale du patient mais aussi la prévention et la maîtrise des coûts dans la mesure où le prestataire va bénéficier des deux. Au Royaume-Uni, elle a de surcroît joué un rôle important dans la répartition des risques avec l'instauration de l'auto-responsabilité financière des généralistes et la possibilité d'investir les surplus dans le cabinet médical. On substituait ainsi à des mécanismes de paiement basés sur l'offre des mécanismes de paiement basés sur la demande où l'argent suit le client et où il y a une plus forte incitation à répondre aux besoins. Une troisième concerne une plus forte implication des instances décentralisées dans la planification des services. Les commissions sanitaires de district avaient ainsi pour rôle de déterminer les services nécessaires pour répondre aux besoins et de passer des contrats auprès de différents prestataires mis en concurrence pour la fourniture de ces services.

Cependant ces initiatives n'auront pas été suffisantes. La compétition entre hôpitaux s'est avérée un faible levier pour l'amélioration des services dans certaines zones où les hôpitaux sont peu nombreux. La plupart des incitatifs actuels privilégient l'efficacité mais tiennent peu compte de la qualité et de la réactivité du système. Des frontières inutiles séparent encore les professions et empêchent le travail en équipes. L'absence de standards nationaux clairs complique la planification, le déploiement des ressources et l'évaluation de la performance. Les modalités contractuelles actuelles établies avec les généralistes entrepreneurs de soins semblent mettre davantage l'accent sur le nombre de

patients recrutés et la quantité de services que sur la qualité. Fort de ces constatations, le gouvernement de Tony Blair a donc décidé d'accompagner son plan de réinvestissement en santé d'un nouveau plan de réforme du secteur. Ce dernier reconnaît encore une fois l'avantage comparatif d'un mode de financement public pour atteindre notamment les objectifs d'équité et d'efficacité du système de soins. Pour relever les défis auxquels le système doit faire face, ce plan mise davantage sur le renforcement des mesures incitatives, le développement et l'optimisation de la main-d'œuvre, la réorganisation des processus de soins en vue de les centrer davantage sur le patient, le renforcement des services préventifs. Les innovations annoncées incluent notamment : un système d'inspection et d'imputabilité à tous les niveaux du NHS, l'intégration des services de santé et des services sociaux au niveau local, la refonte du contrat avec les généralistes entrepreneurs de soins en vue d'y inclure des incitations à la qualité, l'établissement de standards nationaux de performance, la création d'un fonds national pour la performance destinés à récompenser les établissements et les professionnels qui atteignent les standards nationaux de performance, l'extension des habiletés des infirmières en vue du développement d'une nouvelle catégorie d'infirmières cliniciennes, une importance accrue à l'information et à l'implication des patients (NHS, 2000).

Au total, cette expérience britannique qui n'est pas unique met en valeur la capacité que peut posséder un système de soins à adapter ses modes de production et indique un large éventail de mesures incitatives qui peuvent être mobilisées pour dynamiser la production des soins, en maintenir la qualité et en contrôler les coûts, tout en restant dans le cadre d'un financement public. Les analyses de Saltman et Figueras (1997, 1998) vont dans le même sens en soulignant l'importance de restructurer les systèmes de santé en responsabilisant davantage les médecins dans la gestion et l'utilisation des ressources. Dans leur étude des réformes dans les systèmes de santé européens réalisée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, ces auteurs en sont arrivés à conclure que les réformes centrées sur l'offre comme la régulation du nombre de médecins, le développement des infrastructures hospitalières et le financement public et global des producteurs, permettent de mieux composer avec la rareté relative des ressources que les initiatives visant à agir sur la demande, c'est-à-dire à restructurer les comportements des usagers en les faisant participer directement aux frais.

Il reste que la mise en œuvre de cette logique économique au niveau de la structure de production et l'introduction de la concurrence ne supposent nullement un degré moindre de la régulation du système de soins par les pouvoirs publics. Cette dernière a un rôle d'autant plus important à jouer que l'établissement et le contrôle d'entrepreneurs de soins intermédiaires requièrent la fixation des priorités, la définition des biens et services couverts, l'évaluation de la performance, la définition des normes et la garantie de leur caractère exécutoire, l'encadrement de la concurrence à l'intérieur du système public.

3. LES DÉFIS AU NIVEAU MÉSCOPIQUE

Un enjeu fondamental des débats actuels est de bien s'assurer que les solutions proposées sont logiquement liées aux problèmes que l'on souhaite résoudre ou atténuer. Après avoir défini les conditions essentielles pour une cohérence globale du système de soins, il s'agira donc dans cette section de revenir sur les symptômes perçus au niveau du système en vue de préciser à quel niveau se situent les causes de ces derniers.

À divers égards, les systèmes de soins dans les pays occidentaux connaissent les mêmes évolutions et sont soumis aux mêmes formes de pressions. Ces systèmes consomment une part de la richesse collective qui a beaucoup augmenté au cours des dernières années, agrandissant dans certains cas le décalage entre le taux de croissance économique et la progression des dépenses sociales. Même si les efforts de réformes et des coupures budgétaires souvent drastiques ont permis de ralentir ces tendances, ils n'auront pas été pourtant suffisants pour supprimer toutes les pressions sous-jacentes qui contribuent à la croissance de ces dépenses. Sous l'effet de l'évolution des connaissances sur la santé et la maladie, les frontières de la médecine et le domaine des soins que l'on est susceptible d'offrir ne cessent de s'étendre. L'évolution démographique, le vieillissement de la population et une demande croissante de soins de longue durée pour les personnes âgées contribuent également à exercer des pressions sur l'organisation des soins et les dépenses. Le recours croissant à des technologies sophistiquées est un autre facteur important, d'autant que dans beaucoup de cas, ces nouvelles technologies s'ajoutent à celles déjà existantes. Entre 1996 et 1999, les dépenses de santé au Canada ont augmenté de 4,2 % annuellement en moyenne, un taux assez semblable à celui de l'économie. Mais des données prospectives indiquent que cette inflation des dépenses pourrait se situer au-delà des 5 % au cours des trois prochaines décades et dépasser ainsi le rythme de croissance de l'économie (Provincial and Territorial Ministers of Health, 2000). Parallèlement à ces pressions fiscales et inflationnistes, des pressions idéologiques soutenues par tout un corpus de théories économiques et dopées par le contexte de mondialisation des marchés remettent de plus en plus question l'État providence. Considérant l'État et ses interventions comme faisant obstacle au développement social et économique, elles promettent plutôt un nouvel équilibre fondé sur une extension de la privatisation du financement.

Cependant, l'analyse du fonctionnement des systèmes de soins nous enseigne que ces derniers ne sont pas confrontés avec la même intensité aux problèmes découlant de ces multiples formes de pressions. Certains systèmes ont su mieux que d'autres mettre en place les modalités organisationnelles leur permettant de réagir face à ces pressions. Comme le rappelle un document de l'OCDE, les pays qui ont eu recours à un système de filtrage au niveau des soins de première ligne en sont arrivés plus facilement à contenir les dépenses globales au travers des effets de cette mesure sur les dépenses hospitalières. Les systèmes de paiement à la capitation se sont avérés plus efficaces que les systèmes

de rémunération à l'acte grâce à leur effet sur les dépenses hospitalières et pharmaceutiques. L'inflation des coûts hospitaliers a été mieux contenue dans les pays qui investissent davantage au titre des soins ambulatoires (OCDE, 1995). Sans toucher aux structures financières du système, les gouvernements britanniques ont su créer une plus grande incitation à l'efficacité et à la qualité par le biais de toute une série de mesures visant à stimuler la concurrence entre les prestataires pour la fourniture des services (OCDE, 1995). Certains pays, comme le Royaume-Uni et la Suède, sont parvenus à mettre en place les incitatifs appropriés pour maîtriser l'inflation des dépenses pharmaceutiques (OCDE, 1993). Les pays scandinaves qui ont fait relativement tôt l'expérience de la transition démographique et qui ont dû depuis assez longtemps gérer un effectif relativement important de personnes âgées se sont efforcés, sans mettre en cause leur système de protection sociale, d'adopter un certain nombre de modalités organisationnelles leur permettant de contrôler l'utilisation des ressources et d'employer les moyens disponibles de façon plus souple, plus efficace et plus adaptée à l'évolution des besoins (Daatland, 1996). Ce sont autant d'exemples qui indiquent que les problèmes ressentis par la population et les producteurs dans plusieurs systèmes de soins ont tous vraisemblablement peu à voir avec le niveau de ressources disponibles et plus à voir avec la manière dont on s'organise dans un système donné pour utiliser ces ressources et planifier la disponibilité de main-d'œuvre critique au bon fonctionnement du système.

Ainsi, au Canada comme dans la plupart d'autres pays occidentaux, beaucoup d'évidences plausibles portent à faire croire que la plus grande part des problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de soins se situent au niveau méso, c'est-à-dire au niveau de l'organisation de la production des soins.

Beaucoup de faits symptomatiques témoignent de ces difficultés encourues au niveau de la structure de production. Au Québec, même si, depuis les années 60, différents rapports ou commissions ont fait état de la nécessité de renforcer les services de base, les CLSC qui devaient constituer la porte d'entrée du système n'ont jamais pu répondre à leur vocation réelle. Encore aujourd'hui, l'organisation des services de première ligne reste déficiente et l'allocation des ressources privilégie plutôt les établissements hospitaliers (MSSS, 2000). Ainsi, alors que l'ensemble des pays de l'OCDE ont amorcé depuis plusieurs années déjà une tendance à la diminution de la part relative des dépenses hospitalières dans les dépenses totales (Abel-Smith, 1992), cette diminution est moins marquée au Québec et au Canada. Ainsi, l'organisation actuelle de la première ligne ne permet ni d'assurer ce contact privilégié entre le système de soins et le patient ni d'optimiser les gains associés à l'utilisation des technologies ambulatoires ou à des modes de prise en charge plus légers. Cet état de fait se reflète aussi dans l'évolution des effectifs. Au cours des six dernières années, le nombre de spécialistes a augmenté de 7,2 %, alors que le nombre de médecins de famille a baissé de 2,8 % et le nombre d'infirmiers auxiliaires a chuté de 15 %. Malgré ces faits, et en dépit de la part des ressources consacrées aux établissements hospitaliers, ces derniers font face année après année à des déficits budgétaires que doivent combler les gouvernements. Même les réinjections importantes de fonds effectuées au niveau de la dernière année en particulier

au Québec n'auront pas permis de lever le spectre de ces déficits. D'un autre côté, les modalités de paiement de ressources contribuent, elles aussi, à renforcer la pression sur les coûts. Certaines données suggèrent que le prix des ressources est particulièrement élevé dans le système. Pour la totalité de la période 1960-1991, la hausse des prix dans le secteur de la santé a été supérieure à celle de l'indice des prix à la consommation, 6,6 contre 5,2 (OCDE, 1995). Les prestations versées aux médecins, rémunérés à l'acte, sont d'environ un tiers plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE et 3,5 fois plus élevé que le salaire moyen, ce qui place le Canada au 4^e rang de la rémunération médicale (Fournier, 1998). Cette inflation des prix peut permettre d'ailleurs de comprendre pourquoi, en dépit des ressources considérables consacrées à la santé et en dépit de la prépondérance du secteur hospitalier, la disponibilité des lits hospitaliers et de médecins par 1 000 habitants est peu enviable par rapport à d'autres pays. Au titre du ratio lits hospitaliers par 1 000 habitants, le Canada se situait en 1997 au 14^e rang de dix-sept pays de l'OCDE pour lesquels les données étaient disponibles. Pour ce qui concernait le nombre de médecins en activité pour 1 000 habitants, il se situait au 15^e rang de seize pays (OCDE, 1999).

D'autres difficultés sont liées au niveau d'adéquation de l'utilisation des ressources. Les importantes différences de traitements ou d'actes et de taux d'utilisation d'une région à l'autre, d'un hôpital à un autre, d'un médecin à l'autre ne peuvent pas toujours être attribuées à des différences de besoins des patients (Wennberg, 1987), mais peuvent avoir des incidences importantes sur la qualité et les coûts (OCDE, 1995). Suivant certaines estimations, les prestations inutiles compteraient pour 30 à 60 % des dépenses de santé au Canada (Chappel, 1993). Les variations du taux de césariennes sont notables : six des plus grandes régions du pays avaient des taux inférieurs à 15 % en 1997-1998 tandis que dans quatre autres ces taux dépassaient 25 %. Pourtant, en 1985, des experts réunis par l'OMS en étaient arrivés à conclure qu'une césarienne n'était justifiable que pour au plus 10 à 15 % des mères et bébés. Le courant de *evidence-based medicine* va dans le même sens et laisse entendre que des efforts importants restent à faire pour rationaliser la pratique médicale en fonction des évidences scientifiques et s'assurer ainsi que les interventions cliniques sont efficaces et surtout appropriées (Sackett & al, 1997, 1998).

L'absence d'intégration des services professionnels est un autre problème qui affecte la structure de production. La segmentation des champs d'expertise professionnelle transposée dans la pratique et dans l'organisation du travail et associée à un mode de rémunération à l'acte, mine les opportunités de travail en équipes multidisciplinaires, favorise le morcellement des interventions, compromet la continuité des services et l'approche globale du patient (MSSS, 2000).

Du côté des usagers, c'est souvent par l'intermédiaire des listes d'attente ou l'engorgement des urgences qu'ils sont le plus souvent confrontés à ces carences de production. Différentes enquêtes conduites autant auprès des fournisseurs que des usagers font état d'un allongement des listes d'attentes ou de difficultés d'accessibilité à différents types de services au cours des dernières années (CMA, 1998; OCFP, 1998; Walker, 1998).

Ces différentes évidences sur le fonctionnement de systèmes de soins au Canada et au Québec qui, en dépit des compressions des dernières années, restent parmi les mieux financés au monde, amènent trois ordres de constatations. La première, c'est que l'arbitrage qui devrait se faire entre le désir des citoyens-contribuables de payer moins tout en ayant un accès plus favorable aux soins et celui des offreurs d'en recevoir plus est réalisé jusqu'ici de façon implicite en faisant une pression très forte sur les ressources, sans qu'il y ait un renouveau significatif des modes d'organisation et d'allocation des ressources au niveau mésoscopique du système. L'on tente de résoudre les problèmes en misant beaucoup plus sur la quantité de ressources que sur la qualité de leur organisation et les conditions de leur utilisation. La deuxième, c'est qu'au-delà des questions de financement, se posent surtout des problèmes d'organisation, de coordination et de gestion des processus des soins. La troisième, c'est que la question du niveau de financement reste certes préoccupante étant donné les évolutions technologiques, pharmacologiques et démographiques mais il est difficile de juger de la suffisance des ressources sans un remaniement significatif des modes d'organisation et des structures d'incitation. Le principal défi posé au système est donc la dynamisation de la production et de l'organisation de l'offre. Il s'agit de faire en sorte que les réinvestissements ne consolident pas les pratiques ou positions d'acteurs dominants qui ne modifient pas leurs pratiques ou modes d'organisation. C'est en regard de cet enjeu que le potentiel du privé peut être apprécié et peut permettre la mise en œuvre de changements visant à répondre aux trois critères d'équité, d'efficience et de respect des libertés. L'introduction du privé ne peut être une fin en soi. On retiendra d'ailleurs que le fonctionnement actuel des médecins qui s'inscrit dans une logique de producteurs privés et indépendants n'a pas permis d'apporter les réponses appropriées aux problèmes de la médecine de première ligne. Le recours aux producteurs privés ne pourra être réellement constructif que dans la mesure où ces derniers opèrent dans des conditions organisationnelles et d'incitation propices à l'amélioration des soins offerts. La gestion par contrats, la compétition entre offreurs publics et privés, la liaison de la responsabilité clinique à la responsabilité financière, la décentralisation des responsabilités, la diffusion de l'information sur la performance des prestataires sont autant de modalités d'action que l'expérience britannique aura intégré pour dynamiser la production publique de soins de santé.

4. LES CONDITIONS DE VIABILITÉ DU SYSTÈME

L'architecture du système de soins dessinée ici propose donc le maintien de la gouverne et d'un mode de financement publics, le renforcement de l'autonomie des professionnels et une plus forte implication de ces derniers dans la gestion des ressources, l'organisation de la concurrence entre acheteurs et/ou prestataires privés. Il y a lieu toutefois de se questionner sur les conditions de viabilité d'un tel schéma dans un contexte de croissance technologique, de vieillissement de la population, d'intensification de la concurrence économique internationale et d'incertitude face à l'évolution de l'économie.

Un premier facteur qui semble crucial pour garantir cette viabilité est sans aucun doute la capacité du système à s'adapter pour faire face à ces multiples pressions. Le vieillissement de la population souvent utilisé pour remettre en cause les fondements actuels du système et son mode de financement ne peut constituer un argument valide en faveur d'une privatisation accrue du financement. Il met surtout en question la capacité d'adaptation du système. Des évidences factuelles tendent à montrer que seul un mode de financement public peut garantir une offre à la fois viable et équitable de soins de longue durée à condition de faire les ajustements nécessaires au niveau de l'organisation de l'offre. Les possibilités qu'offre l'assurance privée de soins de longue durée pour réduire les dépenses publiques tout en assurant une couverture efficace des risques semblent jusqu'ici peu évidentes. Aux États-Unis, seul pays de l'OCDE ayant acquis une expérience suffisante de l'utilisation de l'assurance dépendance privée, 3 % seulement des personnes âgées sont couvertes par des dispositifs de ce genre et 1 % environ seulement des dépenses de prise en charge à long terme sont financées par l'assurance privée (OCDE, 1996). Les raisons sont simples. Même si la situation économique des personnes âgées s'est améliorée depuis quelque temps, la police d'assurance privée couvrant l'aide à long terme est toujours le plus souvent au-dessus de leurs moyens (Wiener & al., 1994; Crown & al., 1992; Friedland, 1990). La prime annuelle correspondant à une couverture de bonne qualité était déjà en 1991 de 2 525 \$ en moyenne à 65 ans pour atteindre 7 675 \$ à 79 ans (HIAA, 1993). La solution pourrait être de placer ces polices auprès d'individus plus jeunes. Mais les adultes actifs qui ont souvent de multiples obligations qui pèsent sur leurs revenus sont en général peu enclins à souscrire à ce type de police dont les bénéficiaires sont encore éloignés (Wiener & Illston, 1996). Il reste aussi que, dans leur cas, la souscription à ce type de plan suppose une période de cotisation prolongée avec un risque élevé d'abandon soit 50 % à cinq ans si l'on se fie aux chiffres qui prévalent sur le marché de l'assurance (Wiener & al., 1994). Bref, quand il est, pour les personnes, de leur plus grand intérêt d'acheter une assurance couvrant les soins de longue durée, c'est-à-dire quand ils sont âgés, les individus n'en ont pas souvent les moyens. Si l'on veut donc que les services continuent à être accessibles à toutes les personnes âgées qui en ont besoin, il ne reste sur le plan financier qu'une solution, c'est d'obtenir le soutien de la population en faveur de l'investissement public. Il y va de la sauvegarde de l'objectif d'équité qui ne peut être accompli que par des politiques redistributives. Pour se

préparer au vieillissement et éviter tout déséquilibre au niveau des transferts entre générations, une société se doit d'investir dans le capital humain à la fois des jeunes et des personnes âgées de manière à en optimiser les contributions respectives (Bovenberg & van der Linden, 1997). Mais l'État a-t-il les moyens d'une telle politique ? La comparaison de la situation canadienne à celle des pays scandinaves est assez éloquent à cet égard. En 1990, la Suède avec 17,8 % de sa population dans le groupe des 65 ans et plus était, parmi les pays de l'OCDE, celui qui comptait la plus forte proportion de personnes âgées suivi par la Norvège (16,3 %). Ce n'est qu'en l'an 2020 que les pays comme le Canada, l'Australie, les États-Unis atteindront ce seuil de 17 % (OCDE, 1997). Les pays scandinaves ont su pourtant faire efficacement face à cette transition précoce non pas en sapant les fondements de leur système de protection sociale, mais plutôt en adaptant cette dernière et en mettant en œuvre les réformes appropriées pour ajuster l'offre de services : renforcement de l'intégration des services, redéploiement des services et des ressources en faveur du maintien à domicile, contractualisation, etc. (Daatland, 1996).

La gestion des listes d'attente interpelle également la capacité d'adaptation du système. Souvent présentées dans le débat comme la résultante du sous-financement du système, les listes d'attente constituent pourtant une réalité inhérente à tous les régimes publics, une modalité de rationnement qui s'oppose au rationnement par les prix ou la capacité de payer. Mais les listes d'attente peuvent aussi avoir d'autres significations : signe de l'excellence d'un service, indicateurs de variations de pratiques. Il reste néanmoins que le problème des listes d'attente est une question épineuse qui mine la confiance du public dans notre système. Mais les réponses à apporter ne se situent pas nécessairement dans une remise en cause de la structure de financement du système. Une étude récente au Manitoba (De Coster & al. 1998) a montré qu'une couverture parallèle privée pour la chirurgie de la cataracte n'est pas parvenue à régler le problème des listes d'attente mais a créé une situation de conflits d'intérêts pour les fournisseurs. Contrairement à un argument souvent entendu qui postule que l'offre d'une couverture parallèle privée libérerait des ressources dans le secteur public et améliorerait l'accessibilité, il s'est avéré dans ce cas précis que les patients du secteur public voyaient plutôt augmenter leur temps d'attente. Ce dernier était encore plus élevé pour les patients qui ne participaient pas à la couverture privée et qui étaient desservis par des chirurgiens opérant à la fois dans le secteur public et le secteur privé, ce qui fait croire que ces derniers se retrouvaient en situation de conflits d'intérêt et avaient des incitatifs forts à ce que les listes d'attente soient plus longues dans le secteur public. Une situation similaire était observée au Royaume-Uni : les listes d'attente dans le secteur public étaient plus longues pour les interventions chirurgicales dont les taux de prestation dans le secteur privé étaient les plus élevés (Bloom & Fendrick, 1987). Ces constatations amènent à dire que les initiatives qui visent à régler les problèmes des listes en mettant en cause la structure du financement risquent d'affecter la cohérence globale du système sans forcément régler le problème visé. L'allocation de ressources additionnelles, qu'elles soient publiques ou privées, ne suffira pas à résoudre les problèmes actuels des listes d'attente si des efforts

ne sont pas d'abord déployés pour revoir et adapter les modes organisationnels de gestion de ces listes.

Par ailleurs, ce qui est connu au niveau international sur la dynamique des systèmes de santé indique les risques que comporte la coexistence d'un système privé pour les plus fortunés et d'un système public pour les moins nantis. Dans son rapport sur le développement dans le monde (1993), la Banque Mondiale soulignait que des services conçus uniquement pour les pauvres seront presque inévitablement de piètre qualité et ne jouiront pas de soutien politique dont ils auraient besoin pour être correctement administrés. Des services privés parallèles financés par des fonds privés plutôt que de renforcer l'offre publique de soins risquent de créer une érosion du support au système public par des groupes influents et riches de la population qui pourront désormais se payer des services dans le privé et n'auront aucun intérêt à financer deux systèmes à la fois. La viabilité du système public ne pourra qu'en être négativement affectée.

Dans tous les pays industrialisés, l'expansion des technologies nouvelles a largement contribué à révolutionner la pratique de la médecine. L'émergence de puissants outils diagnostiques (tomographie, résonance magnétique) et de nouveaux agents ou techniques thérapeutiques (antibiotiques, antiviraux, psychotropes, chirurgie effractive minimale, etc.) ont offert de nouveaux moyens aux professionnels de la santé, mais ont aussi une incidence sur les coûts du système. Ainsi, un autre facteur important pour garantir la viabilité du système public de soins est donc la maîtrise de cette croissance technologique, ce qui met en jeu deux impératifs fondamentaux que nous allons considérer.

Le premier concerne l'évaluation des technologies en vue de leur acquisition contrôlée et de leur optimisation. Les progrès technologiques peuvent avoir un impact positif sur les systèmes de soins à divers égards. Au cours des dernières années, ils auront permis d'améliorer la qualité des soins médicaux en raccourcissant les hospitalisations, en diminuant la douleur associée à certains actes médicaux, en élargissant l'éventail des états morbides sur lesquels la médecine peut avoir une forte emprise, autant d'éléments qui peuvent être associés à des réductions du prix des services, même si le coût initial associé à la mise en œuvre de ces nouvelles technologies peut s'avérer élevé (Aaron, 1996). La radiologie interventionnelle, par exemple, permet de substituer à des interventions qui nécessitaient l'hospitalisation des patients et du temps en salle d'opération, d'autres formes d'intervention exécutées aujourd'hui dans le cadre de services ambulatoires. Il y a lieu de documenter davantage les économies qui résultent de ces nouvelles formes de pratiques. La gestion de l'information est un autre domaine où les nouvelles technologies sont susceptibles de favoriser d'importantes économies. Suivant certaines estimations, le personnel d'un hôpital passe un tiers de son temps à chercher de l'information (ORTECH, 1999). L'introduction de systèmes d'information mettant à profit tout le potentiel offert par les technologies nouvelles devrait réduire les coûts associés à cette recherche d'information même si les investissements initiaux sont élevés. On pourrait aussi citer les coûts liés aux transferts des patients. Suivant une étude effectuée en milieu rural et

rapportée par ORTECH (1999), 25 % des patients transférés l'ont été inutilement (ORTECH, 1999). La télémédecine peut jouer un grand rôle à la fois dans la réduction des coûts et des traumatismes associés aux transferts des patients. Bref les possibilités offertes par la technologie pour améliorer la qualité des soins et pour aider à résoudre certaines contraintes financières auxquelles font face les systèmes de soins sont immenses. L'enjeu est de s'assurer que les nouvelles technologies qui s'ajoutent aux anciennes ou les remplacent sont susceptibles d'améliorer les résultats et sont fiables à la fois sur le plan de leurs propriétés techniques, de leur efficacité clinique, de l'efficacité économique, de leurs impacts organisationnel et social. Abel-Smith (1996) cite de nombreux exemples de technologies qui, faute d'évaluations systématiques, ont été mises en œuvre pour être ensuite, soit abandonnées, soit utilisées de manière plus sélective : administration de forte concentration d'oxygène chez les nouveau-nés prématurés jusqu'à ce qu'on découvre un lien avec le développement de la fibroplasie rétro-lentale, recours intensif à l'amniocentèse jusqu'à ce qu'on découvre qu'elle pouvait endommager le fœtus, recours intensif à la mastectomie totale dans les cancers du sein, jusqu'à ce qu'on découvre qu'on pouvait obtenir des résultats analogues avec de petites opérations locales.

Par ailleurs, les innovations dans les systèmes de soins et les coûts qui leur sont associés ne découlent pas uniquement des technologies nouvelles. Elles peuvent aussi être liées aux nouveaux modes de pratiques et d'intervention. Ashby et Craig (1992) ont constaté qu'aux États-Unis, seulement un tiers de l'augmentation de l'intensité des prestations pouvait être imputé directement aux technologies nouvelles alors que deux tiers relevaient plutôt de modifications des pratiques ou de petites modifications apportées aux technologies existantes. C'est donc dire que la maîtrise des coûts associés à la croissance technologique concerne donc autant les technologies nouvelles et les conditions de leur utilisation que l'évolution des modes de pratiques et leur incidence sur les technologies existantes.

Au niveau du système canadien de soins de santé, un paradoxe supplémentaire est l'écart entre le rang mondial du Canada pour les dépenses totales de soins de santé et sa difficulté à renouveler son parc technologique. Différents travaux indiquent que le pays a une situation peu enviable en matière d'investissement dans les technologies de pointe, tout au moins celles relatives à l'imagerie médicale qui figurent parmi les plus coûteuses (Harriman, McArthur, Zelder, 1999; Rankin, 1999; ORTECH, 1999). Par exemple, le Canada possède 8,1 appareils de tomographie assistée par ordinateur par million d'habitants, alors que la moyenne des pays de l'OCDE est de 12,9. Autant dire, des pays qui investissent moins que le Canada dans les soins de santé et qui laissent moins de place au secteur privé dans l'offre de soins arrivent à entretenir un parc technologique beaucoup plus important. Ce déficit est révélateur de problèmes d'allocation et de répartition des ressources mais entrave aussi à la fois la prestation des soins et la capacité du système à réaliser les gains d'efficacité qu'entraînerait une utilisation appropriée des technologies.

Le deuxième impératif à considérer concerne l'endogénéisation du développement technologique. On ne peut nier les retombées économiques favorables du progrès technologique. Parmi les pays les plus prospères figurent ceux qui arrivent à intégrer le développement technologique à leur économie en étant eux-mêmes producteurs de technologies, mais aussi en ayant une capacité à adopter des technologies produites ailleurs ou en étant capables d'attirer des investissements orientés vers la production de technologies (Sachs, 2000). De manière spécifique, l'industrie pharmaceutique et des biotechnologies apporte une contribution importante au développement industriel et à la création d'emplois dans l'économie mondiale. L'imagerie médicale et les appareils médicaux au sens large offrent également un marché important estimé à plusieurs milliards de dollars. Les principaux marchés de l'imagerie médicale sont concentrés aux États-Unis, en Europe de l'Ouest et au Japon. Le Canada n'est pas un intervenant important dans ce secteur. Des données disponibles indiquent qu'en 1997, le Canada accusait une balance commerciale déficitaire pour ce qui concernait les appareils médicaux : trois milliards de dollars d'importation contre 1,4 milliard de dollars d'exportation (Industrie Canada, 2000).

Par contre, le Canada figure parmi les chefs de file mondiaux pour ce qui concerne l'industrie de la biotechnologie et l'industrie pharmaceutique. Ces deux secteurs ont connu une croissance rapide au cours des dernières années. Entre 1989 et 1993, les revenus de l'industrie biotechnologique ont augmenté de 24 % par an et les exportations ont doublé. Les emplois y sont passés de 13 800 à 23 200 (Industrie Canada, 1999). Parallèlement, les exportations de l'industrie pharmaceutique augmentaient de 4,5 % par an et le nombre d'emplois s'est accru à un taux annuel de 2,1 % (Industrie Canada, 1998). Ce sont des données qui témoignent de la contribution de ces secteurs à l'économie mais aussi de la capacité compétitive développée par le Canada dans ces domaines liés aux technologies de la santé. Le Québec possède lui aussi de sérieux atouts pour intégrer le développement technologique à son économie en général et être aussi compétitif au niveau des secteurs susmentionnés. Le niveau d'études et de qualification de la population québécoise se compare avantageusement à la moyenne des pays de l'OCDE. Le Québec peut compter sur un réseau d'universités et un potentiel clinique et de recherche élevé.

Dans plusieurs domaines d'activité et notamment pharmaceutique et biotechnologique, le Québec compte des entreprises de calibre international supportées par une industrie locale dynamique et compétente. Le Québec occupe aujourd'hui la deuxième position mondiale pour le seuil de rentabilité d'un dollar investi en R-D (MRST, 2000). En ce qui concerne l'offre de capital de risques qui constitue la source majeure de financement pour les entreprises nouvelles fondées sur la technologie, le Canada venait en 1997 en tête de file pour la part du PIB consacrée à ce marché (OCDE, 2000). Mais des données encore plus récentes indiquent que le Québec contribue à lui seul pour 27 % de tout le capital investi (MRST, 2000). L'emploi dans l'industrie québécoise des produits pharmaceutiques et des médicaments qui repose sur 160 entreprises a cru chaque année de 3 % au Québec contre 2,1 au Canada. Le Québec compte actuellement 40 % des entreprises biotechnologiques au Canada contre 27 % en Ontario.

C'est dire, au total, que la croissance technologique ne constitue pas une entrave insurmontable à la viabilité d'un système public de soins de santé au Canada et au Québec, dans la mesure où ces sociétés participent à ce développement technologique et ne se limitent pas à être seulement des importatrices de technologies. Les pressions que la technologie exerce sur les coûts peuvent avantageusement être contrebalancées à la fois par son impact sur la qualité et l'efficacité des services et par ses retombées positives sur l'ensemble de l'économie. Les différents éléments évoqués plus haut indiquent que le Québec et le Canada possèdent les atouts nécessaires pour participer au développement technologique, l'enjeu étant de favoriser à la fois le développement d'une telle industrie et d'exercer une régulation suffisante permettant de garder les prix à un niveau raisonnable et cohérent avec la recherche d'une maîtrise des coûts en santé.

C'est dire aussi que, quelles que soient les mesures prises pour améliorer l'organisation des services, les résultats économiques futurs resteront déterminants pour le financement continu et le maintien d'une offre équitable de services de santé. Mais, le secteur de services, avec au premier chef la santé et l'éducation, même s'il est fortement consommateur de ressources, peut être aussi porteur d'une valeur ajoutée pour l'économie en créant les conditions permettant de développer le capital humain, en participant au développement de secteurs à haute rentabilité de la nouvelle économie (technologies de l'information, bio-industries, biotechnologies) et en mettant à profit les innovations technologiques pour améliorer la productivité.

Par ailleurs, dans un contexte d'intensification de la concurrence internationale dans le secteur industriel, le secteur de services (que ce soit privé ou public) tourné vers la demande intérieure peut contribuer largement à maintenir ou améliorer le niveau de l'emploi. Des évidences peuvent être apportées à cet égard par les pays scandinaves dont le modèle de protection sociale privilégie les services alors que les autres pays européens font une plus large place à des prestations monétaires. En 1990, le secteur public et des services sociaux assuraient un emploi à 31 % de la population en Suède contre 16 % en Allemagne (Scharpf, 1997)¹. Dans le cadre de systèmes de protection sociale largement financés sur la base de prélèvements, cette contribution à l'emploi relève d'une sorte d'autofinancement qui peut aider à la viabilité du système. Mais il faut toutefois comprendre que ce développement de l'emploi ne sera soutenable que dans la mesure où le secteur de services agit de manière synergique avec les secteurs « rentables » de l'industrie du soin (industries biotechnologique et pharmaceutique, systèmes d'information et imagerie) pour générer de la prospérité économique et améliorer les modes de production. Il s'agit aussi de reconnaître et d'exploiter le potentiel que comporte une société vieillissante en en prenant compte dans les décisions concernant les politiques socio-économiques et la gestion du capital humain. Une société dont les personnes sont en mesure de rester actives plus longtemps accroît le rendement du capital humain en ce

¹ Par rapport à la dynamique générale de l'économie le taux de croissance annuel du PNB dans les pays scandinaves pour la période 1980-1992 restait dans la moyenne des pays de l'OCDE : 2,9 en Finlande, 2,0 en Suède, 2,5 en Norvège contre une moyenne d'environ 2,5 pour l'ensemble des pays de l'OCDE.

sens que ce dernier peut être utilisé sur une période plus longue. En vivant plus longtemps et en meilleure santé, les citoyens peuvent apporter une contribution plus importante à la société. Les pays de l'OCDE se doivent donc de développer des politiques qui favorisent une participation plus active des personnes sur une période plus longue. En fait, on peut dire que si on maintient toutes choses égales par ailleurs, le vieillissement et la croissance technologique constituent des menaces certaines et imparables à la viabilité du système de soins. Mais si nous sommes en mesure d'effectuer les ajustements nécessaires pour faire face à ces pressions, nous serons aussi en mesure de maintenir des politiques sociales fortes.

BIBLIOGRAPHIE

AARON, H. 1996. Réflexions sur le financement des soins de santé. In OCDE (éd.), *La réforme des systèmes de santé - La volonté de changement*, Études de Politique de santé, no 8. Paris: OCDE.

ABEL-SMITH, B. 1996. L'escalade des dépenses de santé: comment en sommes-nous arrivés là? In OCDE (éd.), *La réforme des systèmes de santé - La volonté de changement*, Études de Politique de santé, no 8. Paris: OCDE.

ABEL-SMITH, B. 1992. Cost-containment and the new priorities in the European Communities. *The Milbank Quarterly*, 70, 3, 393-416.

ARPIN, R., & al. 1999. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec: Rapport du groupe de travail*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

ASHBY, J.L., K.L CRAIG. 1992. Why do hospitals costs continue to increase? *Health Affairs*, 11, 2, 134-147.

BANQUE MONDIALE. 1993. *Investir dans la santé - Rapport sur le développement dans le Monde*. Washington D.C.: Banque Mondiale.

BARER, M.L., V. BHATIA, G.L. STODDART et R.G. EVANS. 1994. *The remarkable tenacity of user charges : a concise history of the participation, positions, and rationales of canadian interest groups in the debate over direct patient participation in health care financing*. Ontario: The Premier's Council on Health, Well-being and Socia Justice.

BLENDON R.J. 1989. Three systems: a comparative study. *Health Management Quarterly*, 11, 1, 2-10.

BLENDON, R.J., BENSON, J., DONELAN, K., LEITMAN, R., TAYLOR, H., KOECK, C., GITTERMAN D. 1995. Who has the best health care system - a second look. *Health Affairs*. 14, 4, 220-230.

BLOOM, B., A. FENDRICK. 1987. Waiting for care, queuing and resource allocation. *Medical Care*, 25, 131-139.

BOCOGNANO, A., A. COUFFINHAL, M. GRIGNON, R. MAHIEU, D. POLTON. 1999. Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé - Théorie et bilan des expériences étrangères. In M. Mougeot, *Régulation du système de santé*, Annexe C. Paris: La Documentation Française.

BOVENBERG, L., A. VAN DER LINDEN. 1997. Avons-nous les moyens de vieillir? Adapter la politique des retraites à une société plus âgée. In OCDE (éd.), *Famille, marché et collectivité - Équité et efficience de la politique sociale*. Études de Politique Sociale, no 21. Paris: OCDE.

CHAPPELL, N.L. 1993. The future of health care in Canada. *Journal of Social Policy*, 22, 4.

CHASSIN, M.R., R.W. GALVIN. 1998. The urgent need to improve health care quality. *Journal of American Medical Association*, 280, 1000-1005.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. 1998. *Access to quality health services*. Ottawa: Canadian Medical Association.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., M.-A. FOURNIER, J.-L. DENIS, F. CHAMPAGNE, D. ARWEILER. 1999. Les mesures incitatives et le paiement des ressources. In C. Begin, P. Bergeron, P.-G. Forest, & V. Lemieux (éds.), *Le système de santé québécois - un modèle en transformation*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

CROWN, W.H., J. CAPITMAN, W.N. LEUTZ. 1992. Severely disabled elderly persons with financially catastrophic health care expenses: sources and determinants. *The Gerontologist*, 32, 391-403.

DAATLAND, S.O. 1996. Adapter le modèle scandinave en matière d'aide aux personnes âgées dépendantes. In OCDE, *Protéger les personnes âgées dépendantes, des politiques en mutation*. Études de Politique Sociale, no 19, pp. 277-292. Paris: OCDE.

DEBER, R.D. 2000. Getting what we pay for: myths and realities about financing Canada's Health care system. In *National Leadership Roundtable on Health reform*. Sponsored by Dialogue on Health Reform, Department of Health Administration, University of Toronto.

DEBER, R.D., L. NARINE, P. BARANEK, & al. 1998. Le financement des soins de santé: le partage entre les secteurs public et privé. In Forum National de la Santé, *À la recherche d'un équilibre - Le secteur de la santé au Canada et ailleurs*. Québec: Éditions Multi-Mondes.

DE COSTER, C., K. CARRIERE, S. PETERSON, R. WALD, L. MACWILLIAMS. 1998. *Waiting Times for Surgery in Manitoba*. The Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation.

DIAMOND, P. 1992. Organizing the health insurance market. *Econometrica*, 60, 6, 1233-1254.

DONELAN, K., R.J. BLENDON, C. SCHOEN, K. DAVIS, K. BINNS, K. 1999. The cost of health system change: public discontent in five nations. *Health Affairs*. 18, 3, 206-216.

- DRACHE, D., T. SULLIVAN. 1999. Health reform and market talk - Rhetoric and reality. In D. Drache, & T. Sullivan (Eds.), *Health reform - public success, private failure*. London: Routledge.
- EVANS, R.G. 1997. Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22, 2, 467-473.
- EVANS, R.G., M.L. BARER, G.L. STODDART, V. BHATIA. 1994. *It's Not the Money, It's the Principle : Why User Charges for Some Services and Not Others ?* Ontario: The Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice.
- EVANS, R.G., M.L. BARER, G.L. STODDART, V. BHATIA. 1994. *Who are the zombie masters, and what do they want*. Ontario: The Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice.
- FERLIE, E., L. ASHBURNER, L. FITZGERALD, A. PETTIGREW. 1996. *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- FORUM NATIONAL SUR LA SANTE. 1997. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Ottawa: Le Forum.
- FOURNIER, M.A. 1998. Incidence des infrastructures et des ressources humaines sur les dépenses de santé. In Forum National de la Santé, *À la recherche d'un équilibre - Le secteur de la santé au Canada et ailleurs*. Québec: Éditions Multi-Mondes.
- FRIEDLAND, R. 1990. *Facing the costs of long-term care*. Washington: Employee Benefit Research Institute.
- HARRIMAN, D., W. MCARTHUR, M. ZELDER. 1999. *The Availability of Medical Technology in Canada: An International Comparative Study*. Vancouver, A Fraser Institute Occasional Paper.
- HENRIET, D., J.-C. ROCHET. 1999. Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé. In M. Mougeot, *Régulation du système de santé*, Complément B. Paris: La Documentation Française.
- HEALTH INSURANCE ASSOCIATION IN AMERICA. 1993. *Long-term care insurance in 1991*. Washington: Health Insurance Association in America.
- HIMMELSTEIN, D.U., & S. WOOLHANDLER. 1986. Cost without benefit : administrative waste in US health care. *New England Journal of Medicine*, 314, 7, 441-445.
- HOGGET, P. 1991. A new management in the public sector. *Policy and Politics*, 19, 4, 243-256.
- HOOD, C. 1991. A public management for all seasons. *Public Administration*, 69, 3-19.

- IGLEHART, J.K. 1999. The American health care system - Expenditures. *New England Journal of Medicine*, 340, 1, 70-76.
- INDUSTRIE CANADA - Groupe des bio-industries. 1999. *La série des cadres de compétitivité sectorielle Les bio_industries*. Ottawa: Ontario.
- INDUSTRIE CANADA - Direction des industries de la santé. 1998. *La série des cadres de compétitivité sectorielle. L'industrie pharmaceutique*. Ottawa, Ontario.
- INDUSTRIE CANADA - Direction des industries de la santé. 2000. *Sommaire des statistiques sur le commerce des matériels médicaux*. Ottawa, Ontario.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. 2000. *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*. Ottawa: Institut Canadien d'information sur la santé.
- JÖNSSON, B. 1990. Que peuvent apprendre les Américains des Européens ? Dans OCDE, *Les systèmes de santé. A la recherche d'efficacité*. Paris : OCDE.
- JÖNSSON, B. 1996. Comprendre la réforme des systèmes de santé. In OCDE, *La réforme des systèmes de santé - La volonté de changement*. Études de politique de santé, no 8. Paris: OCDE.
- KENNEDY, W. 1998. La gestion des dépenses pharmaceutiques au Canada : comparaisons internationales. In Forum National sur la Santé, *À la recherche d'un équilibre - Le secteur de la santé au Canada et ailleurs*. Québec: Éditions Multimondes.
- KLEIN, R. 1992. Dilemmas and decisions. *Health Management Quarterly*, 14 ,2, 2-5.
- KLEIN, R. 1994. Can We Restrict the Health Care Menu ?. *Health Policy*, 27, 103-112.
- KLEIN, R. 1995. *The New Politics of the National Health Service*. New-York, Longman.
- KUTTNER, R. 1999. The American health care system - Health insurance coverage. *New England Journal of Medicine*, 340, 2, 163-168.
- LEWIS, S. 1997. Une brèche dans le continuum « soins curatifs – santé –bien-être » et ses conséquences pour l'hôpital de demain. *Ruptures*, 4, 2, 191-205.
- LURIE, N., W.G. MANNING, G. PETERSON, G.A. GOLDBERG, C.A. PHELPS, L. LILLARD. 1987. Preventative Care: do we practise what we preach? *American Journal of Public Health*, 77, 7, 801-804.
- MAIONI, A. 1994. Divergent Pasts, Converging Futures? The Politics of Health Care Reform in Canada and the United States. *Canadian-American Public Policy*, 18, 1-34.

- MAIONI, A. 1995. Nothing Succeeds Like the Right Kind of Failure: Postwar National Health Insurance Initiatives in Canada and the United States. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20, 1, 6-30.
- MARCHAND, M. 1997. Assurance-maladie publique et privée. *Risques*, avril-juin.
- MCKINLAY, J.B., J. ARCHES. 1986. Historical Changes in Doctoring : A Reply to Milton Roerner. *International Journal of Health Services*, 16, 3, 473-477.
- MCKINLAY, J.B., J. ARCHES. 1985. Towards the Proletarianization of Physicians. *International Journal of Health Services*, 15, 21, 161-195.
- MCKINLAY, J.B., J. ARCHES. 1988. Corporatization and the Social Transformation of Doctoring. *International Journal of Health Services*, 18, 3, 191-205.
- MORMICHE, P. 1995. L'accès aux soins: évolution des inégalités entre 1980 et 1981. *Économie et Statistiques*, 282, 3-19.
- MOUGEOT, M. 1999. *Régulation du système de santé, rapport Michel Mougeot*. Paris: La Documentation Française.
- MINISTÈRE DE LA RECHERCHE, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. 2000. *Vue d'ensemble. Pour une politique scientifique du Québec*. Québec: Ministère de la Recherche, de la Science et de la technologie.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1999. *Évaluation du régime général d'assurance-médicaments*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2000 a. *Financement: état de situation et perspectives*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2000 b. *Organisation des services: état de situation et perspectives*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- NEWHOUSE, J.-P. 1996. Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature*, 34, 1236-1263.
- NATIONAL HEALTH SERVICE. 2000. *The NHS plan - a plan for investment, a plan for reform*. England: The National Health Service.
- OCDE. 1990. *Les systèmes de santé*. Paris: OCDE
- OCDE. 1990. *Les systèmes de santé. A la recherche d'efficacité*. Paris : OCDE.
- OCDE. 1993. *Les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Faits et tendances, 1960-1991*. Paris: OCDE.

OCDE. 1995 a. *Nouvelles orientations dans la politique de santé*. Etudes de politiques de santé, no 7. Paris: OCDE

OCDE. 1995 b. *A la recherche de mécanismes de marché. Les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni*. Études de politiques de santé, no 6. Paris OCDE.

OCDE. 1996. *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation*. Études de politique sociale, no 19. Paris : OCDE

OCDE. 1999. *Logiciel Écosanté OCDE 1999*. Analyse comparative de 29 pays. Paris: OCDE.

OCDE. 2000. Quand le capital prend des risques. L'Observateur, septembre 2000.

OCFP. 1998. *CFPC headlines, 10, 2*. Ontario College of Family Physicians.

OMS. 2000. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*. Genève: OMS

ORTECH. 1999. *L'imagerie médicale: document de travail*. Report No. 98-X11-C06-1534-1 For Industry Canada Ottawa, Ontario

PROVINCIAL AND TERRITORIAL MINISTERS OF HEALTH. 2000. *Understanding Canada's Health Care Costs - Interim Report*. Canada.

RANKIN, R.N. 1999. Magnetic resonance imaging in Canada: dissemination and funding. *Canadian Association of Radiology Journal*, 50, 89-92.

RICE, T. 1997. Can markets give us the health system we want. *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 22, 2, 383-426.

ROOS, N.P., L.L. ROOS. 1996. Les variations géographiques de l'utilisation, le style de pratique et la qualité des soins. In R.G. Evans & al. (éds.), *Etre ou ne pas être en bonne santé*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

RUPPRECHT, F. 1999. Évaluation de l'efficacité du système de soins français. In M. Mougeot, *Régulation du système de santé*, Annexe B. Paris: La Documentation Française.

SACKETT, D.L., W.S. RICHARDSON, W. ROSENBERG, R.B. HAYNES. 1997. *Evidence-Based Medicine : How to Practice and Teach EBM*. New-York : Churchill Livingstone.

SACKETT, D.L., W.S. RICHARDSON, W. ROSENBERG, R.B. HAYNES. (1996). Evidence-Based Medicine : What It Is and What It Isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

SACHS, J. 2000. Sachs on globalisation - A new map of the world. *The Economist*, 355, 8176, 81-83.

SALTMAN, R.B., J. FIGUERAS. 1998. Analysing the Evidence on European Health Care Reforms, *Health Affairs*, March/April, 85-108.

SALTMAN, R.B., J. FIGUERAS. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

SCHARPF, F.W. 1997. Concilier viabilité et garanties en matière de politique sociale. In OCDE (éd.), *Famille, marché et collectivité - Équité et efficience de la politique sociale*. Études de Politique Sociale, no 21. Paris: OCDE.

SESI, MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE ET DIRIS (FRANCE) MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (Québec). 1994. *Indicateurs sociosanitaires – comparaisons internationales*. Commission Permanente Franco-Québécoise

STOCKS, P. 1993. Changes to health targeting. *Social Policy Journal of New Zealand*, 1, 60-73.

STODDART, G.L., M.L. BARER, R.G. EVANS. 1994. *User charges, snares, and delusions: another look at the literature*. Ontario: The Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice.

SZACKA, A. 2000. Les maux de la santé- Quand la santé est cotée en Bourse. *Le Devoir*, le 5 mai 2000.

TAMBLYN, R. et al. 1999. *Rapport d'évaluation de l'impact du Régime général d'assurance-médicaments (3 volumes)*, Montréal, Université McGill, Université de Montréal, Université McMaster (CHEPA).

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT LIMITED (EIU). 1998. Profile - Canadian Healthcare Struggles With Its Five Pillars of Faith ” In *Healthcare International*, chap. 4, p. 34-66.

THE ECONOMIST. 2000. America's lowly healthcare system. *The Economist*, 355, 8176, 34.

WALKER, R. 1998. Albertans wait too long for services. *Medical Post*, August 11, 6.

WENNBERG, J.E. 1987. Population illness rates do not explain population hospitalization rates. *Medical Care*, 25, 4: 354-359.

WOLFE, P., D. MORAN. 1993. Global budgeting in the OECD countries. *Health Care Financing Review*, 14, 3, 55-76

WOOLHANDLER, S., D.U. HIMMELSTEIN & J.P. LEWONTIN. 1993. Administrative costs in US hospitals. *New England Journal of Medicine*, 329, 6, 400-403.

WIENER, J.M., L.H. ILLSTON. 1996. Le débat sur la réforme des soins à long terme: le point de vue des États-Unis. In OCDE, *Protéger les personnes âgées dépendantes - des politiques en mutation*, Études de politique sociale, no 19. Paris: OCDE

WIENER, J.M., L.H. ILLSTON, R.J. HANLEY. 1994. *Sharing the burden: strategies for public and private long-term care insurance*. Washington: The Brookings Institution.