

Mémoire

**Finir ce que l'on entreprend...  
Préparer l'avenir**

présenté à la

**Commission d'étude sur les  
services de santé et les services sociaux**

**Conseil de la santé et du bien-être**

Octobre 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, R.-C.**  
**Québec (Québec) G1S 2L2**  
**Téléphone : (418) 643-3040**  
**Télécopieur : (418) 644-0654**  
**Courrier électronique : [csbe@msss.gouv.qc.ca](mailto: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 : 2-550-37078-3  
© Gouvernement du Québec

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

**Comité de travail  
formé par le Conseil de la santé et du bien-être**

**Membres**

**MORAIS**, Hélène, Présidente  
**TRUDEAU**, Jean-Bernard, Vice-président  
**AUGER**, Christophe  
**BOISJOLI**, Guy  
**BOUCHER**, Gylaine  
**DUSSAULT**, Gilles

**Recherche et rédaction**

**LAPLANTE**, Éric  
**ROBERT**, Lionel

**Soutien technique**

**LANGLOIS**, Ginette  
**NOËL**, Carole  
**VAILLANCOURT**, Céline  
**VÉZINA**, Lyne



## **SOMMAIRE**

### **1 Compléter le diagnostic**

Le Conseil invite la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux à compléter un diagnostic courant qui conclut, devant l'impact appréhendé du vieillissement et du développement technologique, à l'incapacité du système public de répondre aux attentes, au sous-financement du système, ainsi qu'à la nécessité de recourir davantage au financement privé. Aux yeux du Conseil, quatre considérations doivent être faites pour compléter ce diagnostic : – des solutions sont connues, il faut pousser la réflexion pour mieux pouvoir les réaliser; – le financement public est sous contrôle, cependant des ajustements sont à faire; – des défis d'envergure doivent être relevés, en regard du vieillissement et des technologies; – un système public, avec un apport bien circonscrit du système privé, offre de meilleures garanties de performance et d'équité.

1.1 Alors qu'elle est satisfaite de leur qualité, la population rencontre des difficultés d'accès aux services. La main-d'oeuvre vit un essoufflement et sa répartition et l'organisation du travail posent problème. La pression pour l'augmentation des ressources est très forte. Les causes de ces problèmes sont en partie reliées aux transformations rapides que le système a connues au regard du financement et de l'organisation entre 1995 et 1999. Toutefois, les problèmes ont souvent des causes connues et des solutions connues. L'implantation de ces solutions exige des changements de comportements et d'attitudes qui suscitent des résistances qu'il faut gérer dans le temps avec des moyens appropriés à tous les paliers d'action.

1.2 Les finances du système sociosanitaire québécois doivent nous préoccuper en considérant notamment les dimensions suivantes :

- l'évolution des dépenses sociosanitaires est avantageuse lorsqu'on la compare à l'évolution de notre richesse collective, mais la réduction des années 1995-1997 a créé un déséquilibre en plus d'exercer une pression importante sur les coûts;
- le niveau de dépenses totales est avantageux si on compare le Québec à l'échelle internationale tant pour la part du PIB consacrée aux services que pour le per capita;
- la position relative du Québec a chuté durant cette période 1995-1997 pour les dépenses totales de services de santé per capita; elles sont moins élevées au Québec que dans l'ensemble du Canada;
- le Québec a connu une progression des dépenses privées: de 1979 à 1997, les dépenses privées ont contribué davantage, toutes proportions gardées, à l'augmentation des dépenses totales que les dépenses publiques;

- certaines composantes du système ont besoin de réinvestissements publics pour compléter la transformation et corriger certaines lacunes.

### 1.3 L'examen des facteurs d'évolution des coûts doit être complété :

- en plus d'exercer une pression sur les coûts et considérant sa rapidité d'évolution au Québec, le vieillissement de la population pose un défi d'envergure à notre système, celui d'apprendre à intervenir différemment auprès des personnes âgées, d'une manière plus adaptée à leurs besoins et plus respectueuse de leur autonomie et de leur milieu de vie;
- en plus d'exercer une pression sur les coûts, le développement technologique pose un défi d'envergure à notre système, celui d'appriivoiser la technologie, c'est-à-dire apprendre à choisir parmi les possibilités qu'elle nous offre, celles qui nous conviennent vraiment, se doter de mécanismes d'évaluation et de décision se fondant sur des critères de pertinence, de qualité, d'efficacité, et des critères économiques, sociaux et éthiques.

1.4 Une gestion publique de notre système sociosanitaire, avec un apport approprié du secteur privé, offre de meilleures garanties de qualité dans les services offerts et d'efficacité dans leur prestation. La présence accrue du secteur privé dans la structure de production peut améliorer l'efficacité dans l'allocation des ressources et faciliter le renouvellement des pratiques et de l'organisation des services. Lorsque des réinvestissements sont requis pour consolider certains éléments du système, comme la première ligne, c'est par le financement public que le système de services de santé et de services sociaux a plus de chance de demeurer efficace et efficient. C'est aussi par un financement public de son système de services de santé et de services sociaux que la société a plus de chance de demeurer solidaire et d'assurer une sécurité à ses membres.

## 2 Des suggestions pour éclairer les choix

En vue de guider le système de services dans les choix qu'il doit faire quant à sa gouverne, son financement et son organisation, le Conseil encourage la Commission à considérer les diagnostics posés précédemment sur le système et à s'interroger sur les raisons pour lesquelles les solutions déjà proposées tardent à être appliquées ou complétées.

De façon plus spécifique, **le Conseil propose de :**

- ♣ renouer avec des valeurs – équité, solidarité, autonomie – fondamentales à notre système de services de santé et de services sociaux depuis plus de trente ans. L'affirmation claire des valeurs qui fondent le système sociosanitaire nous fournirait des critères pour prendre des décisions lorsque des choix s'imposent;

- ♣ faire des choix conséquents avec ces valeurs : soutenir un système public de services et lui reconnaître comme finalité d'améliorer la santé et le bien-être et de réduire les écarts de santé et de bien-être;
- ♣ choisir, parmi les voies de solutions – connues –, celles qui vont permettre d'*orienter*, de *mieux intégrer*, de *mobiliser* le système sociosanitaire et la population qu'il dessert.

### **3 Des recommandations pour orienter, mieux intégrer, mobiliser le système**

#### 3.1 Afin d'*orienter* le système

##### **Le Conseil propose que :**

- ♣ le gouvernement se dote d'une stratégie de développement social, au sein de laquelle serait définie la contribution du système de services de santé et de services sociaux;
- ♣ le Ministère et son réseau se dotent d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée, qui se caractériserait par la distinction de différents types d'objectifs (par exemple : objectifs de santé et de bien-être, objectifs de réduction d'écarts, objectifs d'action intersectorielle, objectifs d'organisation de services, objectifs liés aux pratiques professionnelles), et par un processus interactif d'élaboration et de reddition de compte entre le Ministère, son réseau, et les organismes du milieu.

#### 3.2 Afin de *mieux intégrer* le système

##### **Le Conseil recommande :**

- ◆ que soient intégrées les enveloppes budgétaires dédiées aux services hospitaliers, à la rémunération des médecins et à l'achat de médicaments pour permettre de choisir le service approprié au moindre coût.

##### **Le Conseil recommande :**

- ◆ la mise en oeuvre d'une organisation intégrée de services qui présente les caractéristiques suivantes :
  - une porte d'entrée unique;
  - une accessibilité à une gamme de services de première ligne en tout temps;
  - une intégration des services de soutien dans la communauté y associant la famille, les organismes communautaires, les CLSC, les centres de santé, les centres hospitaliers et les cabinets privés de médecins;

- une imputabilité des équipes d'intervenants face à la santé d'une population et aux besoins des personnes, face à des résultats à atteindre et aux ressources qui sont allouées aux services qui lui sont destinés pour l'atteinte des résultats;
- une coordination et une coopération entre les services de première ligne et de soutien dans le milieu, d'une part, et des services plus spécialisés et hospitaliers, d'autre part;
- la participation et l'information des citoyennes et citoyens et des communautés.

### 3.3 Afin de *mobiliser* le système

#### **Le Conseil recommande :**

- ◆ que soit accordée aux régions et aux localités une plus grande autonomie dans la prise de décision, notamment par la gestion des ressources financières affectées aux services destinés aux populations régionales et par une imputabilité mieux articulée.



# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	9
<b>1 UN DIAGNOSTIC SUR L'ÉTAT DU SYSTÈME DE SERVICES</b> .....	11
1.1 Un diagnostic généralement présenté ... ..	11
1.2 Un diagnostic à compléter.....	12
1.2.1 Des problèmes et des solutions connus.....	13
1.2.2 Des finances publiques sous contrôle, qui doivent être ajustées .....	14
1.2.3 Des défis d'envergure .....	16
1.2.4 À propos de la performance du secteur public.....	17
<b>2 FINIR CE QUE L'ON ENTREPREND... PRÉPARER L'AVENIR</b> .....	21
2.1 Préciser les finalités du système de services.....	22
2.1.1 Problème de précision .....	22
2.1.2 Problème de clarté .....	23
2.1.3 Choix des finalités, choix des valeurs.....	24
2.2 Un système à mieux intégrer.....	25
2.3 Un système qui doit faire plus de place aux citoyennes et citoyens.....	26
<b>3 TROIS VOIES DE SOLUTION : ORIENTER, INTÉGRER, MOBILISER</b> .....	29
3.1 Orienter, par des objectifs partagés pour lesquels il faut rendre des comptes.....	29
3.2 Intégrer, par la fusion des enveloppes budgétaires et la constitution d'une première ligne de services .....	30
3.2.1 Intégrer les enveloppes budgétaires .....	30
3.2.2 Une organisation locale des services supportée par une première ligne orientée vers une population.....	32
3.3 Mobiliser, par une plus grande décentralisation.....	33
<b>CONCLUSION</b> .....	35
<b>NOTES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	37



## **INTRODUCTION**

Le Conseil partage la préoccupation de la Commission à l'égard de la recherche de solutions aux difficultés affectant notre système de services. Il est d'accord pour orienter sa réflexion dans cette direction. Il juge cependant que cela n'est utile que si, d'une part, le diagnostic des problèmes est valide et si, d'autre part, les critères – principes et valeurs – qui guident le choix des solutions sont formulés explicitement.

Ce mémoire compte trois parties. Le Conseil souhaite, dans un premier temps, contribuer à la compréhension que nous avons des problèmes affectant notre système sociosanitaire. Aussi, il invite la Commission à compléter le diagnostic courant qui semble guider le choix des options suggérées par la Commission. Ce diagnostic conclut, devant l'impact appréhendé du vieillissement et du développement technologique, à l'incapacité du système public de répondre aux attentes, au sous-financement du système ainsi qu'à la nécessité de recourir davantage au financement privé. Le Conseil avance, dans un second temps, des suggestions susceptibles de guider le système de services dans les choix qu'il doit faire quant à sa gouverne, son financement et son organisation. Il encourage à cette fin la Commission à considérer les diagnostics posés précédemment sur le système et à s'interroger sur les raisons pour lesquelles les solutions déjà proposées tardent à être appliquées. Dans un dernier temps, le Conseil invite la Commission à retenir comme solutions des propositions concrètes de changement qui favorisent l'initiative et l'innovation.

Rappelons, finalement, que le Conseil puise l'inspiration de ce mémoire dans les avis et les rapports qu'il a produits antérieurement sur le thème des services de santé et des services sociaux<sup>1</sup>, d'études qu'il a financées sur des aspects particuliers du système de services<sup>2</sup>, de même que de multiples consultations auprès de membres de son Conseil, d'experts et de représentants et représentantes d'organismes et d'institutions.



## **1 UN DIAGNOSTIC SUR L'ÉTAT DU SYSTÈME DE SERVICES**

Le système québécois des services de santé et des services sociaux vit des difficultés importantes, cela est indéniable. Bien que la population se dise satisfaite de la qualité des services, elle rencontre des difficultés d'accessibilité et manifeste des inquiétudes sur la capacité du système à faire face aux besoins. La main-d'oeuvre vit un essoufflement. Le système connaît des pressions importantes pour accroître ses dépenses. Si nous partageons une perception des manifestations de ces difficultés, il en va tout autrement à l'égard de leurs causes. Aussi, le Conseil est d'avis que la première tâche qui nous incombe consiste à statuer sur un diagnostic, et non à en élargir un ... *déjà largement établi*<sup>3</sup>». Un portrait des difficultés affectant notre système sociosanitaire capte actuellement l'attention populaire, en raison vraisemblablement de la force des intérêts qui le soutiennent et de sa couverture médiatique. Le Conseil choisit de nuancer ce portrait pour mieux cerner les enjeux qui nous interpellent vraiment.

### **1.1 Un diagnostic généralement présenté ...**

Notre système de services vit une *crise* : personnes en attente de chirurgie cardiaque, engorgement de salles d'urgence, manque de services à domicile, personnel exténué et souvent désabusé, pénurie de médecins dans certaines régions, différends entre le Ministère et des régies régionales, etc. Selon un diagnostic généralement présenté, le financement du système est au cœur de cette crise : les ressources financières consacrées à la santé seraient insuffisantes pour offrir des services en quantité et en qualité satisfaisantes à la population québécoise.

Selon ce diagnostic, le manque de ressources financières est accentué par deux phénomènes majeurs : le vieillissement rapide de la population québécoise et l'accroissement des coûts associés aux nouvelles technologies (équipements, médicaments, système d'information et de communication).

Les développements technologiques exercent sur le système de soins une pression structurelle<sup>4</sup>. L'expansion des technologies est considérée comme une des principales causes – voire la principale cause – de croissance des dépenses attribuables aux soins de santé<sup>5</sup>. On affirme que les nouvelles technologies réduisent les coûts unitaires du traitement en augmentant ses capacités, mais qu'elles conduisent *inévitablement* à une hausse de dépenses, car elles accroissent ... *les services en traitant non seulement plus de patients mais également plus de maladies*<sup>6</sup>. On affirme aussi que l'évolution technologique exerce une pression importante sur le système de soins, pression entraînant un taux de croissance des dépenses de l'ordre de 1,5 %.

Le vieillissement de la population représente également un *facteur jugé incontournable*<sup>7</sup> dans la planification et le financement des services sociosanitaires<sup>8</sup>. Les seuls changements démographiques pourraient ... *faire augmenter de moitié d'ici 25 ans et*

*faire doubler d'ici 50 ans les dépenses de santé et de services sociaux, en dollars constants*<sup>9</sup>. Ces changements pourraient ...selon certaines projections, faire augmenter ces dépenses [socio-sanitaires] de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle<sup>10</sup>.

Ces phénomènes inéluctables entraîneront une croissance des dépenses socio-sanitaires supérieure à la croissance de la richesse collective. Ils provoqueront une crise dans la mesure où ils compromettent la capacité de notre société de garantir à sa population les services qu'elle demande.

Le caractère public du système de services ajouterait à la difficulté. Notre système, sous sa forme publique actuelle, aurait fait la démonstration qu'il ne dispose pas des qualités nécessaires pour s'améliorer, qu'il n'a pas la flexibilité pour s'adapter au changement, qu'il ne peut se gérer efficacement et donc dégager les masses budgétaires requises pour sa transformation.

La conclusion logique de ce diagnostic est qu'une participation accrue du secteur privé, tant au plan du financement que de ceux de la gestion et de la prestation de services, est de nature à réduire l'ampleur de la crise. D'une part, parce que le secteur privé pourrait, à défaut d'une transformation en profondeur du système public, résoudre le problème de sous-financement par une aide financière extérieure<sup>11</sup>. D'autre part, parce que le secteur privé serait davantage capable d'une gestion efficace et d'ingéniosité.

Possiblement inspirée par cette logique, la Commission invite à considérer des options relatives au financement privé (désassurance, contribution des usagers, production de services médicaux et hospitaliers privée) à telle enseigne que beaucoup de mémoires risquent de centrer leur attention au rapport public-privé, dans l'évolution future du système de services, alors que les enjeux principaux en regard de cette évolution apparaissent tout autres.

## **1.2 Un diagnostic à compléter**

On l'a dit, le Conseil est d'avis que le point de vue énoncé plus haut – crise du système de services due à un sous-financement exigeant la participation du secteur privé comme solution – mérite d'importantes nuances. Les réserves et nuances que le Conseil tient à exprimer à l'égard de ce point de vue sont de quatre ordres : des solutions sont connues, il faut pousser la réflexion pour mieux pouvoir les réaliser; le financement public est sous contrôle, cependant des ajustements sont à faire; des défis d'envergure doivent être relevés, en regard du vieillissement et des technologies; un secteur majoritairement public avec un apport bien circonscrit du secteur privé offre de meilleures garanties de performance et d'équité.

### 1.2.1 Des problèmes et des solutions connus

Alors qu'elle est satisfaite de leur qualité, la population rencontre des difficultés d'accès aux services. La main-d'oeuvre vit un essoufflement et sa répartition et l'organisation du travail posent certains problèmes. La pression pour l'augmentation des ressources est forte. Les causes de ces difficultés sont possiblement en partie reliées aux transformations rapides que le système a connues au regard du financement et de l'organisation entre 1995 et 1999. Toutefois, les problèmes ont souvent des causes connues et des solutions connues.

On se souviendra que la Commission Rochon faisait, il y a déjà plus de douze ans, un inventaire détaillé des problèmes affectant notre système sociosanitaire : services trop souvent discontinus, incomplets et impersonnels, ressources humaines mal gérées et démotivées, cloisonnement et mauvais partage des responsabilités entre les organismes et les établissements, des acquis à consolider et des priorités à établir en recherche, une technologie dont la diffusion reste à gérer, un mécanisme démocratique de participation des usagers sclérosé, une régionalisation à réaliser, un financement dont les mécanismes d'arbitrage doivent être repensés... Ce portrait est encore parlant d'actualité. Le Conseil croit qu'il en est de même de plusieurs des mesures retenues pour remédier à ces problèmes : définition d'objectifs de résultats, participation effective de la population aux processus de prise de décisions, régionalisation, allocation budgétaire régionale en fonction des caractéristiques de la population, imputabilité des régies à la population régionale et au ministre, ajustement du mode de rémunération des médecins, adaptation de l'organisation du travail, etc. Comment réussir à compléter la mise en œuvre de la réforme qui a été précédée d'une large consultation et qui a donné lieu à d'importants consensus sur le choix des mesures retenues?

Plus récemment, le Conseil médical<sup>12</sup> a posé un diagnostic courageux sur certaines lacunes de la pratique médicale et a proposé différentes mesures relatives à l'organisation des services médicaux, aux modes de rémunération des médecins, à la pertinence des services. Ces mesures sont proposées pour améliorer les services à la population et pour réduire la pression sur l'augmentation des ressources.

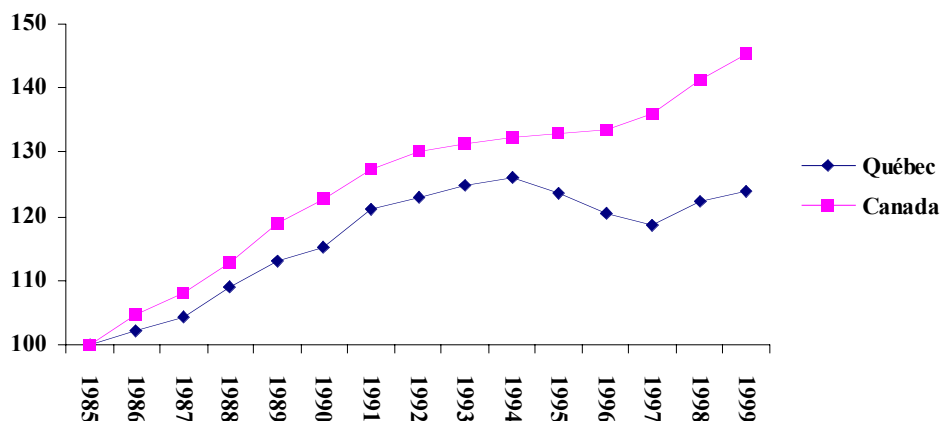
L'implantation de ces mesures exige certes des changements de comportements et d'attitudes qui suscitent des résistances qu'il faut gérer dans le temps avec des moyens appropriés à tous les paliers d'action.

*Le Conseil croit prioritaire de s'interroger sur notre capacité collective de faire face au changement, c'est-à-dire de poser des gestes qui s'imposent en dépit d'obstacles et de résistance. L'État a certes un rôle de leadership à exercer en la matière, mais il n'est pas le seul concerné : les corporations professionnelles, les syndicats, les administrateurs, et, bien sûr aussi, les usagers et les usagères le sont tout autant. La responsabilité, ça se partage!*

### 1.2.2 Des finances publiques sous contrôle, qui doivent être ajustées

- Avec une diminution durant les années 1995 à 1997 qui a pu créer un déséquilibre, les dépenses sociosanitaires du Québec sont demeurées relativement sous contrôle lors de la dernière décennie (*Graphique 1*). Ces dépenses ont connu une croissance jusqu'en 1994, mais elles ont diminué de 1995 à 1997. Cette diminution a créé un déséquilibre : la réduction des budgets, les transformations des services et des établissements, ainsi que les départs et mouvements de la main-d'oeuvre, ont touché majoritairement le secteur hospitalier, alors que la consolidation des services complémentaires dans la communauté n'a pas été complétée. Par ailleurs, tout porte à croire que les réinvestissements en cours feront croître ces dépenses de nouveau et contribueront à corriger les déséquilibres. Le Ministère partage d'ailleurs cette lecture : «Si les dépenses du secteur de la santé et des services sociaux ont pu être maîtrisées au cours des années 1990, tout indique donc que les forces sous-jacentes à l'offre et à la demande se conjugueront au cours des années à venir pour accélérer la dynamique de croissance des dépenses<sup>13</sup>».

**Graphique 1**  
**Évolution des dépenses totales des services de santé et**  
**des services sociaux**  
**(M \$, constants de 1999, 1985=100)**



Source : Calcul du Conseil sur la base de données de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1999.

- *Le Québec consacre à son système sociosanitaire des ressources financières comparables à celles que d'autres pays industrialisés y investissent.* Le Québec consacre actuellement près de 16 milliards<sup>14</sup> de dollars aux services de santé et aux services sociaux. Cela représente 33,3 % de l'ensemble des dépenses du gouvernement québécois pour 2000-2001. On peut également affirmer que la mission «santé et services sociaux» occupe une place de plus en plus importante par rapport aux dépenses gouvernementales puisque cette proportion était de 31,4 % dix ans



auparavant (données du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000). Cela peut sembler alarmant. Le Québec occupe cependant la quatrième position des pays membres du G-7 en ce qui a trait à la proportion du produit intérieur brut consacrée à la santé. Le Québec consacrait 9,2 % de sa richesse collective aux dépenses en santé en 1997 alors que les États-Unis y investissaient 14 %, l'Allemagne 10,4 % et la France 9,9 %. Lorsqu'on examine ses dépenses totales de santé per capita (en dollars américains et à parité du pouvoir d'achat), le Québec occupe la cinquième position avec 1 903 \$ derrière les États-Unis (4 090 \$), l'Allemagne (2 339 \$), la France (2 103 \$) et le Canada (2 102 \$). (Eco-Santé OCDE 1999).

- *Le Québec se positionne au dernier rang des provinces canadiennes pour les dépenses par habitant.* Les dépenses totales des dépenses de santé per capita au Québec s'élevaient en 1997 à 2 297 \$, soit 449 \$ de moins qu'en Ontario et 301 \$ de moins que l'ensemble du Canada (ICIS, 1999).
- *Malgré les investissements publics, on observe une forte croissance des dépenses privées.* De 1979 à 1997, les dépenses privées ont contribué davantage, toutes proportions gardées, à l'augmentation des dépenses totales que les dépenses publiques. En effet, pendant que ces dernières augmentaient de 178 % (dollars courants), les dépenses privées enregistraient une hausse de 454 %. En 1997, ces dépenses comptaient pour 29,7 % des dépenses totales courantes, comparativement à 17,5 % en 1979. Depuis le début des années 1980, la proportion des dépenses privées n'a cessé de croître.

Parmi les facteurs explicatifs de la hausse des dépenses privées, il faut mentionner, pour le moyen terme, la croissance continue de l'offre du secteur privé, et, de façon conjoncturelle, la réduction des dépenses publiques. Cette part de plus en plus importante des dépenses privées fonde l'inquiétude de plusieurs sur la position prépondérante de l'État québécois comme assureur principal, et, conséquemment, sur sa capacité à réguler l'ensemble du système de services.

- *Des réinvestissements sont nécessaires dans le secteur public.* Une telle exigence repose sur plusieurs facteurs : besoin de maintenir la position concurrentielle du Québec à l'intérieur des provinces canadiennes, besoin de maintenir la place prépondérante de l'État du Québec comme assureur principal, besoin de compléter la transformation de l'organisation des services, et, comme on le verra plus bas, besoin de relever des défis d'envergure. Ces réinvestissements cependant – il faut se permettre d'insister – ne devront pas obéir à une *logique du passé*.

Il faudra réinvestir, pour aligner de façon structurante l'avenir du système, notamment en consolidant ses fondements que constitue la première ligne et en déployant les leviers d'action nécessaires aux différents paliers de décision et d'action. Cela pourrait permettre par la suite de mieux contrôler l'évolution de ses coûts.

### 1.2.3 Des défis d'envergure

- *En plus d'exercer une pression sur les coûts, le vieillissement de la population québécoise pose un défi majeur au système de soins.* Ce phénomène est bien documenté. De nombreux facteurs sont susceptibles d'agir sur la demande de services des personnes âgées : l'état de santé des «nouveaux vieux», les changements dans leur prise en charge, leur attitude de même que celle des intervenants et intervenantes, surtout chez les personnes très malades et très âgées, etc. Certains constats sont déjà possibles. Ainsi, les personnes âgées seraient en meilleure santé aujourd'hui que par le passé, ce qui laisse entendre que leur consommation de services de santé et de services sociaux pourrait s'infléchir<sup>15</sup>. L'âge de la population aurait peu d'effet sur la croissance des coûts en comparaison de celui qu'entraîne l'intensité des soins<sup>16</sup>. Une étude québécoise réalisée par Demers aurait conclu que de 1982 à 1992 seulement 0,5 % de la croissance des dépenses était liée à l'âge, alors que 27 % de celle-ci était attribuable au nombre de personnes âgées et 47 % à l'intensité des services<sup>17</sup>. L'augmentation anticipée des coûts des services serait fortement tributaire de nos manières de faire. Celles-ci seraient actuellement peu adaptées aux besoins particuliers de cette partie de la population (faible développement du maintien à domicile, tendance au recours à l'hôpital, etc.) et d'une pertinence trop souvent discutable<sup>18</sup>. *En somme, le Conseil partage l'opinion selon laquelle le vieillissement de la population québécoise pose un défi majeur pour notre système de services et ce défi porte sur la manière dont celui-ci répond aux besoins des personnes âgées. Si tel est le cas, relever ce défi implique de trouver des manières plus adéquates et moins coûteuses d'intervenir auprès d'elles dans le respect de leurs besoins et de leur milieu de vie.*
- *En ce qui concerne l'impact financier du développement technologique...* On l'a évoqué précédemment, plusieurs sont d'avis que la montée de la technologie exercera sur notre système sociosanitaire une pression financière importante. Si l'information disponible ne contredit pas cette affirmation, le Conseil est d'avis qu'elle invite à reconnaître que l'évolution technologique pose aussi un défi majeur au système. *D'une part*, soulignons que toutes les innovations technologiques n'entraînent pas une hausse de coûts, pas plus qu'elles ne sont toutes, par définition, efficaces, efficientes ou souhaitables. Plusieurs ont ou peuvent avoir pour effet de diminuer les dépenses sociosanitaires. Que l'on pense à des procédures chirurgicales non invasives, des pompes autoprogrammables, la télémédecine, lesquelles peuvent contribuer à réduire ou à éviter l'hospitalisation. *D'autre part*, si elle promet des gains de santé à des coûts supérieurs, la technologie, plus que jamais semble-t-il, nous confronte à l'impératif de choisir, parmi un éventail de possibilités, celles qui nous conviennent, celles, en l'occurrence, qui s'avèrent plus efficaces, plus efficientes, plus équitables et moins coûteuses...

La technologie suscite des attentes importantes et grandissantes au sein de la population, au point où celle-ci se résigne visiblement de moins en moins au caractère

inéluçtable de la maladie et de la mort. Notre système de services ne peut pourtant satisfaire tous ces espoirs. Il nous faudra choisir. Il faudra donner à la population l'information pertinente, plutôt que laisser le monopole de celle-ci à ceux qui produisent ces technologies. Ainsi, devant l'augmentation annuelle de 15 % des coûts du régime public d'assurance médicaments, il nous faudra faire intervenir des critères *sociaux* dans le choix des médicaments assurés<sup>19</sup>. Historiquement, notre système a choisi de privilégier un accès équitable pour tous à des services de santé et des services sociaux plutôt qu'un accès à des services de pointe pour un nombre restreint de personnes. Ce choix en faveur de l'équité, dans la mesure où nous y adhérons encore, devrait nous guider dans la manière dont nous utilisons la technologie au sein du système de services. Envisagé ainsi, le changement technologique nous force à un questionnement sur la couverture des services financés par l'État québécois. Quelles sont les limites de cette couverture? Quels sont les critères qui justifient le financement public de certaines technologies et non celui de d'autres? La question de l'impact financier du changement technologique apparaît en ce sens indissociable de celle de l'usage que nous en faisons.

*En somme, reconnaissons que la technologie pose et posera au système sociosanitaire un défi d'importance : elle contribue à augmenter les dépenses sociosanitaires, et nous pouvons – et devons – agir sur le choix des technologies dont nous assurons les coûts et sur l'utilisation qui en est faite.*

#### **1.2.4 À propos de la performance du secteur public...**

La question de la performance d'un système sociosanitaire public mérite une réflexion plus approfondie que le contexte du présent mémoire ne saurait permettre. Cela dit, *le Conseil constate que les études réalisées sur cette question concluent généralement sans équivoque qu'un système public à payeur unique offre de meilleures garanties de qualité dans les services offerts et d'efficience dans leur prestation*. Le Forum national sur la santé abonde dans le même sens : (...) *notre étude du financement public et privé du système de santé révèle que le financement public des soins médicalement nécessaires est sans conteste supérieur au financement privé, tant sur le plan de l'efficience que sur celui de l'équité*<sup>20</sup>. Soucieux d'en apprendre davantage, particulièrement de mieux comprendre comment le secteur privé pourrait contribuer avantageusement à notre système sociosanitaire, le Conseil a financé une étude sur la question<sup>21</sup>.

Cette étude conclut, après un examen de l'évidence disponible, qu'une privatisation qui s'opère au niveau de la gouverne du système, c'est-à-dire dans le choix des principes qui le fondent, entrerait en conflit avec ses orientations et risquerait de compromettre sa cohérence globale. Elle constate, de plus, que la prédominance d'une logique économique dans la sphère des décisions cliniques risquerait d'entraver la liberté des professionnels et d'affecter en conséquence la qualité des soins qu'ils fournissent à leurs patients : une régulation par le marché à ce niveau assujettirait les professionnels à des contraintes externes et à des préoccupations économiques qui affecteraient directement la prise de

décision clinique. Par ailleurs, *l'étude conclut qu'une présence accrue du secteur privé dans la structure de production est susceptible d'améliorer l'efficacité dans l'allocation des ressources et de faciliter le renouvellement des pratiques et de l'organisation des services*. Un tel resserrement de la participation du secteur privé au système sociosanitaire requiert toutefois un renouvellement de la gestion publique, notamment le recours à des outils tels que la contractualisation, la séparation des fonctions d'achat et de prestation, le renforcement du rôle du consommateur ainsi que la stimulation entre les prestataires.

### **Le Conseil propose de :**

- ♣ compléter le diagnostic courant, en formulant les nuances suivantes :
1. Alors qu'elle est satisfaite de leur qualité, la population rencontre des difficultés d'accès aux services. La main-d'oeuvre vit un essoufflement et sa répartition et l'organisation du travail posent problème. La pression pour l'augmentation des ressources est très forte. Les causes de ces problèmes sont en partie reliées aux transformations rapides que le système a connues au regard du financement et de l'organisation entre 1995 et 1999. Toutefois, les problèmes ont souvent des causes connues et des solutions connues. L'implantation de ces solutions exige des changements de comportements et d'attitudes qui suscitent des résistances qu'il faut gérer dans le temps avec des moyens appropriés à tous les paliers d'action.
  2. Les finances du système sociosanitaire québécois doivent nous préoccuper en considérant notamment les dimensions suivantes :
    - l'évolution des dépenses sociosanitaires est avantageuse lorsqu'on la compare à l'évolution de notre richesse collective, mais la réduction des années 1995-1997 a créé un déséquilibre en plus d'exercer une pression importante sur les coûts;
    - le niveau de dépenses totales est avantageux si on compare le Québec à l'échelle internationale tant pour la part du PIB consacrée aux services que pour le per capita;
    - la position relative du Québec a chuté durant cette période 1995-1997 pour les dépenses totales de services de santé per capita; elles sont moins élevées au Québec que dans l'ensemble du Canada;
    - le Québec a connu une progression des dépenses privées: de 1979 à 1997, les dépenses privées ont contribué davantage, toutes proportions gardées, à l'augmentation des dépenses totales que les dépenses publiques;
    - certaines composantes du système ont besoin de réinvestissements publics pour compléter la transformation et corriger certaines lacunes.

3. L'examen des facteurs d'évolution des coûts doit être complétée :
  - en plus d'exercer une pression sur les coûts et considérant sa rapidité d'évolution au Québec, le vieillissement de la population pose un défi d'envergure à notre système : celui d'apprendre à intervenir différemment auprès des personnes âgées, d'une manière plus adaptée à leurs besoins et plus respectueuse de leur autonomie et de leur milieu de vie;
  - en plus d'exercer une pression sur les coûts, le développement technologique pose un défi d'envergure à notre système : celui d'appriivoiser la technologie, c'est-à-dire apprendre à choisir parmi les possibilités qu'elle nous offre celles qui nous conviennent vraiment, se doter de mécanismes d'évaluation et de décision se fondant sur des critères de pertinence, de qualité, d'efficacité, et des critères économiques, sociaux et éthiques.
4. Une gestion publique de notre système sociosanitaire, avec un apport approprié du secteur privé, offre de meilleures garanties de qualité dans les services offerts et d'efficience dans leur prestation. La présence accrue du secteur privé dans la structure de production peut améliorer l'efficacité dans l'allocation des ressources et faciliter le renouvellement des pratiques et de l'organisation des services. Ainsi lorsque des réinvestissements sont requis pour consolider certains éléments du système, comme la première ligne, c'est par le financement public que le système de services de santé et de services sociaux a plus de chance de demeurer efficace et efficient. C'est aussi par un financement public de son système de santé et de services sociaux que la société a plus de chance de demeurer solidaire et d'assurer une sécurité à ses membres.



## **2 FINIR CE QUE L'ON ENTREPREND... PRÉPARER L'AVENIR**

Le système québécois des services de santé et des services sociaux fut, au cours des dernières années, l'objet de nombreuses études et transformations : Commission Rochon, orientations de la ministre Lavoie-Roux, réforme Côté, virage ambulatoire. Pourtant, force est de constater que de nombreux problèmes qui affectent aujourd'hui notre système sociosanitaire ne sont pas nouveaux. Ils persistent en dépit de la connaissance que l'on en a et de l'intention affirmée d'y remédier. Ils persistent en dépit des transformations dans lesquelles le système de services est engagé depuis plusieurs années. Ils exigent que nous nous interroguions collectivement sur nos manières de réaliser les changements.

- Comment faire en sorte que les modalités de financement du système sociosanitaire incitent à l'atteinte d'objectifs de résultats? Comment réussir à prendre en compte La politique de la santé et du bien-être dans le processus d'allocation budgétaire?
- Connaissant l'importance des problèmes sociaux au sein de notre société et le souci de la population à leur égard, comment faire en sorte que notre système sociosanitaire consacre davantage d'attention et de ressources à la prestation de services sociaux?
- Sans diminuer le rôle majeur et essentiel que jouent les hôpitaux au sein de notre système sociosanitaire, comment réussir à reconnaître le rôle d'autres institutions et leur nécessaire interrelation dans l'offre de services de qualité. Comment pouvons-nous parvenir à organiser une première ligne de services qui soit cohérente? Comment faire en sorte à cet égard que les médecins en cabinet et les CLSC collaborent davantage?
- Quelles sont les étapes et les obstacles à franchir pour faire en sorte que le mode de rémunération à l'acte, encore dominant, soit transformé en mode de rémunération lié à la responsabilité?
- Comment prévoir les pénuries d'effectifs professionnels et éviter qu'elles se répètent?
- Sachant que le travail d'équipe est une nécessité, comment faire en sorte que les conventions collectives et les lois professionnelles cessent d'y faire obstacle? Comment les milieux de formation peuvent-ils préparer les professionnels à travailler ensemble?
- Comment faire en sorte d'investir significativement dans l'évaluation des technologies et d'en dégager des gains d'efficacité et des économies substantielles?
- Comment faire en sorte que les régies régionales assument pleinement leur responsabilité de planification et d'allocation des ressources au niveau régional?

- Comment adapter les règles administratives et budgétaires, les conditions de travail du personnel et celles des cadres aux nouvelles réalités des établissements, par exemple ceux à vocation multiple?
- Sachant qu'il importe d'intervenir sur les déterminants de la santé en promotion et en prévention quand pourrions-nous compter sur un budget accru à cet égard?

*Le Conseil suggère à la Commission de centrer son attention sur les manières de remédier aux blocages qui font que des solutions connues à des problèmes connus tardent à être mises en œuvre ou complétées. En conséquence, le Conseil insiste sur l'importance de finir collectivement ce que l'on entreprend... de reconnaître que cela exige des changements de comportements et d'attitudes, du temps, de la continuité ainsi que de la cohérence et des moyens appropriés aux différents paliers d'action.*

## **2.1 Préciser les finalités du système de services**

Le Conseil est d'avis qu'une large part des difficultés affectant notre système sociosanitaire découle d'un manque de précision et de clarté dans les finalités qu'il poursuit. Problème de précision, d'une part, parce le système de services arrive difficilement à s'orienter vers la production de résultats. Problème de clarté, d'autre part, parce que ce système semble poursuivre en même temps des finalités différentes, voire incompatibles. Remédier au manque de précision et de clarté dans les finalités de notre système sociosanitaire ne saurait toutefois se faire sans un choix de valeurs.

### **2.1.1 Problème de précision**

La Commission Rochon constatait, il y a plus de douze ans, que notre système de services n'était pas orienté vers la production de résultats et qu'il ne disposait guère d'informations sur les résultats qu'il produit. Le problème soulevé par la Commission Rochon, au sens général du terme, était le suivant : notre système dessert-il les gens et leurs besoins qui sont, après tout, sa raison d'être? La Commission constatait que la personne, le citoyen, ne figurait pas au centre du système de services, que ce système ne répondait pas à ses besoins parce que prisonnier de groupes d'intérêt. Ce diagnostic est-il encore d'actualité? Le Conseil croit que oui. Y a-t-il réellement eu des changements depuis? Le système a-t-il retenu comme orientation la poursuite de résultats? A-t-il déployé les efforts nécessaires pour appliquer une telle orientation? Ses efforts à cet effet se sont-ils avérés efficaces? La politique de la santé et du bien-être a-t-elle réellement contribué à orienter le système vers des objectifs de résultats? A-t-elle favorisé l'organisation des services offerts en fonction de priorités régionales? Si oui, lesquelles?

Au début des années 1990, les citoyennes et citoyens de toutes les régions du Québec furent consultés, par l'entremise de leurs régies régionales, sur des priorités de santé et de bien-être. Le message émanant de cet exercice était clair : la population se préoccupe avant tout de la qualité de la vie et des facteurs qui lui nuisent. Les problèmes de santé



mentale ou d'alcoolisme, de même que ceux affectant les enfants et la famille étaient jugés prioritaires. Quel fut l'impact de ce message sur le système de services? On se questionnera également sur notre connaissance des besoins de la population : La politique de la santé et du bien-être est-elle perfectible à cet égard? Quels sont les systèmes d'information qui nous offrent un portrait des besoins de la population québécoise? Quelle utilisation fait-on de ce portrait pour orienter le système de services? Répondre à ces questions nous aiderait à cerner les résultats poursuivis par le système de services et à chiffrer leurs implications financières.

### **2.1.2 Problème de clarté**

On peut identifier différentes finalités que poursuit l'État par l'intermédiaire du système de services de santé et de services sociaux. Trois de ces finalités retiennent l'attention. Premièrement, l'État peut offrir tous les services, sans autre véritable limite que sa capacité de payer<sup>22</sup>. Deuxièmement, l'État peut avoir pour finalité d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population, de réduire les écarts de santé et de bien-être entre les individus. C'est ce que la Commission Rochon, la réforme Côté, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, La politique de la santé et du bien-être et le virage ambulatoire ont tenté de traduire avec un succès relatif... Finalement, l'État peut intervenir seulement pour remédier aux problèmes les plus graves et assurer les services les plus coûteux. Ces trois finalités cohabitent actuellement sans susciter de véritables débats. Chacune d'entre elles influence pourtant la manière dont l'État et le Ministère jouent leur rôle, notamment en ce qui concerne le financement et l'administration du système de services. Cette situation est évidemment source de confusion.

Le Conseil privilégie une approche où l'État reconnaît au système la finalité de dispenser des services pour contribuer à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des individus et des groupes et pour réduire les écarts de santé et de bien-être. En conséquence, l'État fixe des priorités et des objectifs pour son système de services. Il veille à ce qu'on finance ce qui est efficace et il outille en conséquence les professionnels et les établissements. Il s'assure aussi que la population soit informée afin qu'elle fasse des choix éclairés et qu'elle influence la prise de décisions. Il importe que le système de services se dote de mécanismes qui permettront aux différents niveaux du système de poursuivre des objectifs précis quant aux besoins à satisfaire, aux services à offrir, aux ressources à mobiliser et d'évaluer les résultats.

Le Conseil suggère à cet égard trois critères susceptibles de guider le système des services de santé et des services sociaux dans ses choix d'orientation, de financement et d'organisation :

1. faire prédominer le point de vue de l'utilisateur. Par exemple, toujours se mettre à la place de la personne malade qui doit chercher la bonne porte à laquelle cogner, qui est ballottée d'un service à un autre et qui souhaite s'informer adéquatement avant de prendre une décision importante concernant sa santé;

2. rejeter les « solutions » que n'appuient pas suffisamment de données probantes. Exiger de celles et ceux qui proposent des changements, qu'ils apportent des preuves à l'appui de ce qu'ils avancent. Ne pas laisser prédominer les arguments d'autorité du style : « Cela est bon, parce que nous sommes les experts... »;
3. favoriser les « solutions » qui, à la fois, contribuent à l'amélioration de l'équité, sont efficaces et répondent aux attentes légitimes des usagers et usagères et de la population en général.

### **2.1.3 Choix des finalités, choix des valeurs**

Le choix des finalités du système sociosanitaire dépend des choix de valeurs que nous faisons comme société. Pourtant, aussi fondamentaux soient-ils, le Conseil est d'avis que ces choix restent actuellement ambigus. La tournure que prend actuellement le débat sur l'avenir du système de services laisse entendre que nous doutons des valeurs qui lui servent d'assise depuis plus de trente ans.

Ainsi, le Conseil a insisté récemment en commission parlementaire sur la nécessité de doter le Québec d'un véritable régime de protection sociale en matière de médicaments. Il l'a fait au nom de ce principe cher à la société québécoise selon lequel les Québécois et les Québécoises doivent être égaux devant ce risque, quel que soit leur revenu. Le Conseil invoquait une autre valeur pour justifier la création d'un tel régime, à savoir celle de la solidarité. Le Conseil estimait alors nécessaire qu'un régime d'assurance médicaments répartisse le risque entre tous, qu'il le mutualise en rendant la contribution de chacun et chacune proportionnelle à sa capacité de payer. Cette proposition n'a pas trouvé écho dans les changements apportés récemment au régime public d'assurance médicaments.

Signe particulier d'ambivalence à l'égard des valeurs fondamentales à notre système de santé, la contribution financière privée, de particuliers ou d'entreprises, apparaît maintenant souhaitable, pour préserver un système aux services disponibles et accessibles. Ainsi, il semble de plus en plus aller de soi que l'on exige une contribution financière de la part d'usagers et d'usagères du système, pour l'achat de médicaments par exemple. Cette contribution apparaît justifiée par le fait qu'elle freine les gens dans leur consommation de services de santé et de services sociaux. D'une manière similaire, certains comprennent mal pourquoi nous empêcherions des gens mieux nantis de se prévaloir de certains services de santé s'ils ont la capacité de se les payer. On semble croire que la vente de services aurait pour effet d'ajouter de l'argent au système et donc d'alléger ses difficultés financières. Ce que ces exemples ont de surprenant, c'est que l'on semble prêt à accepter qu'on fasse dépendre l'accès des personnes à des services de qualité en fonction de leur capacité financière de se les payer. Est-ce à dire que nous sommes disposés à accepter que nous ne sommes pas égaux et solidaires devant la maladie, que le risque que la maladie nous fait courir est différent selon notre naissance et

nos revenus, que nous n'ayons chacun pour souci devant ce risque que notre individualité?

L'ambiguïté de nos convictions est également manifeste dans la tension entre la volonté de développement économique et le maintien de la solidarité. Nous sommes tiraillés entre notre désir d'offrir des services équitables à l'ensemble des Québécois et des Québécoises et celui d'encourager le développement de l'industrie. Ce tiraillement était palpable lors des débats récents sur la révision du régime public d'assurance médicaments : les intérêts de l'industrie pharmaceutique et des milieux d'assurance étaient bien représentés. Il en est de même dans le débat actuel sur l'avenir de notre système de services : les intérêts privés – ceux des entreprises, des assurances, des compagnies productrices de technologies, etc. – y occupent une place significative. Il n'est pas illégitime de poursuivre à la fois des objectifs de solidarité sociale et de développement économique en soutenant l'industrie pharmaceutique. Le Conseil souhaite cependant que cela se fasse de façon transparente, avec le souci que les objectifs de développement économique s'harmonisent à ceux de la solidarité sociale, et non l'inverse.

En bref, si nous adhérons effectivement à des valeurs d'équité, de justice, d'autonomie et de solidarité, le Conseil est d'avis que la cohérence exige que cette conviction se reflète dans les décisions prises au sein de notre système sociosanitaire.

## **2.2 Un système à mieux intégrer**

On a affirmé et réaffirmé l'importance d'offrir à la population québécoise des services de santé et des services sociaux de qualité. Plusieurs ingrédients sont certes requis pour satisfaire à cette exigence. Le fonctionnement en *système* des diverses institutions et du personnel oeuvrant au Québec dans le secteur des services de santé et des services sociaux constitue manifestement un ingrédient essentiel à cet égard. Une telle intégration permet d'assurer une continuité dans la prestation de services aux personnes et donc de leur offrir des services plus adaptés, plus personnalisés. Elle permet également davantage d'efficacité et d'efficience dans la reddition de ces services dans la mesure où les institutions et les praticiennes et praticiens se concertent pour améliorer la santé et le bien-être de la population qu'ils desservent.

Comme le Conseil le remarquait dans son avis *Un juste prix pour les services de santé*, le système sociosanitaire québécois s'est davantage construit par sédimentation. L'assurance des services médicaux s'est ajoutée à l'assurance hospitalisation. Plus récemment, l'assurance médicaments est venu étendre la couverture d'assurance des Québécoises et des Québécois. Il n'y a toutefois pas d'intégration du fonctionnement des régimes d'assurance qui la constitue. Autre exemple, nous ne disposons toujours pas, depuis le temps qu'on en parle, d'une première ligne intégrée de services de santé et de services sociaux. Malgré l'importance d'offrir aux personnes une «porte d'entrée»

adéquate, les institutions et le personnel offrant des services de première ligne au Québec continuent d'opérer, trop souvent, d'une manière éclatée.

### **2.3 Un système qui doit faire plus de place aux citoyennes et citoyens**

Une participation accrue de la population québécoise aux décisions du système sociosanitaire représente également un souhait exprimé de longue date. Ainsi, la commission Rochon formulait deux recommandations pour faire contrepoids à l'emprise des groupes d'intérêt sur le système de services, à savoir, d'une part, *orienter le système vers des objectifs de résultats*<sup>23</sup> et, d'autre part, *accroître la participation de la population aux processus de prise de décisions*<sup>24</sup>. Ces recommandations furent reprises dans bon nombre de documents ministériels d'importance<sup>25</sup> et servirent en quelque sorte de fer de lance aux réformes récentes du système de services.

Ce souhait de voir la population québécoise participer davantage au système sociosanitaire se justifie d'autant que celle-ci est bien placée pour comprendre les problèmes sociaux et de santé qui l'affectent, que son initiative et sa marge de manœuvre sont grandes et que son autonomie constitue, à elle seule, un facteur contribuant à l'amélioration de sa condition. Pourtant, les limites des efforts consacrés à la réalisation de ce souhait sont évidentes. La manière dont on envisage la décentralisation et dont on conçoit la participation populaire aux décisions du système de services ne témoigne pas d'une forte conviction dans la participation des personnes et de leurs communautés au système sociosanitaire.

Quel est le bilan des efforts consacrés par le Ministère et son réseau afin d'accroître la participation populaire aux processus de prise de décisions? La population régionale est-elle adéquatement représentée au sein des régies régionales? Les régies remplissent-elles effectivement le mandat de permettre à la population régionale une plus grande participation à la prise des décisions les concernant? Si les assemblées régionales, mécanisme créé pour assurer une imputabilité des régies face à la population, ont été abolies, peut-on envisager d'autres moyens pour atteindre cet objectif? Autant de questions jusqu'ici sans réponse, en dépit du souhait qu'on exprime depuis longtemps à l'égard de l'implication des gens dans leur système sociosanitaire.

*En vue de guider le système de services dans les choix qu'il doit faire quant à sa gouverne, son financement et son organisation, le Conseil encourage la Commission à considérer les diagnostics posés précédemment sur le système et à s'interroger sur les raisons pour lesquelles les solutions déjà proposées tardent à être appliquées ou complétées.*

De façon plus spécifique, **le Conseil propose de :**

- ♣ renouer avec des valeurs – équité, solidarité, autonomie – fondamentales à notre système de services de santé et de services sociaux depuis plus de trente ans. L’affirmation claire des valeurs qui fondent le système sociosanitaire nous fournirait des critères pour prendre des décisions lorsque des choix s’imposent;
- ♣ faire des choix conséquents avec ces valeurs : soutenir un système public de services et lui reconnaître comme finalité d’améliorer la santé et le bien-être et de réduire les écarts de santé et de bien-être;
- ♣ choisir, parmi les voies de solutions – connues –, celles qui vont permettre d’*orienter*, de *mieux intégrer*, de *mobiliser* le système sociosanitaire et la population qu’il dessert.



### **3 TROIS VOIES DE SOLUTION : ORIENTER, INTÉGRER, MOBILISER**

Pour finir ce que l'on entreprend et préparer l'avenir, le Conseil dégage, des commentaires qui précèdent, trois voies de solution. La première consiste à donner des orientations claires et partagées au système sociosanitaire québécois et à le rendre imputable à l'égard de celles-ci. La seconde préconise l'intégration des services particulièrement par la fusion des enveloppes budgétaires des grands régimes d'assurance et par la consolidation d'une première ligne. La troisième vise la mobilisation de ceux que la santé et le bien-être de la population québécoise concernent – professionnels et personnels du système, citoyennes et citoyens, familles, communautés – et propose à cette fin une décentralisation accrue.

#### **3.1 Orienter, par des objectifs partagés pour lesquels il faut rendre des comptes**

L'état de santé et de bien-être des Québécois et des Québécoises s'est amélioré mais les écarts entre les groupes ont tendance à s'accroître. Voici quelques illustrations de cette réalité<sup>26</sup>. D'une part, l'espérance de vie des Québécois et des Québécoises est parmi les meilleures au monde. Neuf québécois sur dix s'estiment en bonne ou en excellente santé. Trois aînés sur quatre estiment leur santé de bonne à excellente comparativement à d'autres personnes de leur âge. D'autre part, les personnes les moins scolarisées ou ayant le moins de revenus sont les plus nombreuses à se percevoir en moyenne ou en mauvaise santé. La pauvreté, une scolarisation faible, l'absence d'emploi et l'isolement social caractérisent les groupes les plus touchés par la maladie, les problèmes sociaux et les traumatismes. Six ans d'espérance de vie séparent encore les groupes favorisés et défavorisés au Québec. Les effets de la pauvreté étant encore plus marqués pour le développement des enfants, ces derniers et les jeunes sont proportionnellement les plus touchés par la pauvreté. Le Québec a un des taux de suicide les plus élevés des pays industrialisés. Le risque de mourir jeune, de problèmes de santé souvent inévitables, est plus élevé au Québec que dans les autres provinces canadiennes.

Le Conseil a réalisé une analyse<sup>27</sup> de l'implantation de La politique de la santé et du bien-être, laquelle fixait, en 1992, des objectifs de réduction de problèmes de santé et de bien-être et des stratégies d'action pour les atteindre. Cette analyse rend compte des forces et des faiblesses de l'implantation de la politique. On a constaté une importante mobilisation régionale autour de la politique au cours des trois années qui ont suivi sa publicisation. À partir de 1995, cette mobilisation s'est amoindrie : d'une part, en raison de la plus grande mobilisation requise par la transformation du système (virage ambulatoire, atteinte du déficit zéro) et, d'autre part, parce que peu de signaux ne sont venus encourager le suivi et l'évaluation de La politique.

Cependant, avec l'accord du ministre de la Santé et des Services sociaux, le Conseil a initié une importante mobilisation sur le développement social au cours des années 1997-

1998. Analogiquement avec ce qui a pu être observé ailleurs<sup>28</sup>, le succès de cette mobilisation<sup>29</sup> intersectorielle peut s'expliquer par le fait qu'elle portait sur des problématiques sociales communes et que le leadership était assumé par des acteurs autres que ceux du système de santé, même si ce dernier y a toujours été très actif.

Ailleurs dans le monde, on observe une évolution dans la définition des politiques de santé. Alors que dans *La santé pour tous en l'an 2000*, l'Organisation mondiale de la santé proposait 38 objectifs, *La santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle*<sup>30</sup> en propose dix, où sont distingués des objectifs de résultats de santé, des objectifs reliés à l'action intersectorielle sur les déterminants de santé, et des objectifs portant sur les systèmes de santé. Là où des politiques de santé existent<sup>31</sup>, on observe cette tendance à la réduction du nombre d'objectifs, l'importance d'une implication et d'une marge de manœuvre laissée aux localités et aux régions, des mécanismes de reddition de compte sur l'évolution des objectifs à partir de données mesurables.

Aussi, considérant l'évolution des problèmes de santé et de bien-être et l'accroissement des écarts, considérant l'implantation de La politique de la santé et du bien-être au Québec ainsi que l'expérience de pays qui se sont dotés d'une politique de santé :

**Le Conseil propose que :**

- ♣ le gouvernement se dote d'une stratégie de développement social, au sein de laquelle serait définie la contribution du système de services de santé et de services sociaux;
- ♣ le Ministère et son réseau se dotent d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée, qui se caractériserait par la distinction de différents types d'objectifs (par exemple : objectifs de santé et de bien-être, objectifs de réduction d'écarts de santé et de bien-être et d'accès aux services, objectifs d'action intersectorielle, objectifs d'organisation de services, objectifs liés aux pratiques professionnelles), et par un processus interactif d'élaboration et de reddition de compte entre le Ministère, son réseau et les organismes du milieu.

### **3.2 Intégrer, par la fusion des enveloppes budgétaires et la constitution d'une première ligne de services**

#### **3.2.1 Intégrer les enveloppes budgétaires**

L'administration actuelle des enveloppes budgétaires consacrées aux services de santé et aux services sociaux encourage un cloisonnement peu propice au choix de traitements efficaces et efficients. Le Conseil a souligné à différentes occasions la pertinence de regrouper ces enveloppes, notamment celle servant à rémunérer les médecins, celle consacrée au financement des services hospitaliers et celle dédiée à l'assurance médicaments. Ces enveloppes budgétaires sont actuellement administrées séparément et



répondent à des normes différentes. Leur administration procède comme si chacune d'elles constituait un tout, distinct des autres, doté d'une logique propre. Pourtant, chacune de ces enveloppes finance des services de santé et des services sociaux. De plus, nous savons tous qu'il importe de pouvoir, selon les circonstances, choisir le traitement qui s'impose avec un maximum d'efficacité. On connaît des exemples de personnes qui ont eu recours à l'hospitalisation pour obtenir des médicaments gratuitement. De tels exemples existent notamment parce que les règles qui régissent les médicaments en établissement sont différentes de celles qui les régissent en dehors de ceux-ci.

Les débats récents sur la révision du régime public d'assurance médicaments nous ont fourni un autre exemple de conséquences du cloisonnement des enveloppes budgétaires. Cette révision constituait une exigence en raison particulièrement des dépassements budgétaires du régime public attribuables à une hausse annuelle de 15 % des dépenses de médicaments. Mais quel est l'impact de la hausse des dépenses liées à la consommation de médicaments sur le nombre et la durée des séjours hospitaliers? Se pourrait-il que l'administration de médicaments à un plus grand nombre de personnes ait entraîné une réduction du nombre et de la durée des séjours hospitaliers et généré d'importantes économies annuelles pour les hôpitaux? Si le système s'intéresse à l'avenir de l'assurance médicaments et à ses débordements budgétaires, il doit s'outiller pour mesurer et profiter des économies qu'un usage accru de médicaments est susceptible d'entraîner sur d'autres catégories de dépenses. La situation budgétaire au sein de l'enveloppe budgétaire de l'assurance médicaments, considérée seule, peut sembler alarmante. Examinée plus globalement, cette situation peut toutefois s'avérer fort légitime.

L'intégration des enveloppes budgétaires consacrées aux services de santé et aux services sociaux augmenterait la flexibilité du système en lui permettant de choisir les modes d'intervention non seulement les plus efficaces, mais les plus efficaces. Le maintien d'enveloppes budgétaires distinctes favorise la protection des intérêts et encourage à ne pas faire de concession budgétaire, même s'il est clair que cela serait avantageux pour la qualité des services offerts et pour les finances publiques.

Dans cet esprit, le projet d'orientation ministérielle en regard des services aux aînés suggère l'implantation graduelle d'un budget personnes âgées en perte d'autonomie, peu importe la nature du service offert.

**Le Conseil recommande que :**

- ♦ soient intégrées les enveloppes budgétaires dédiées aux services hospitaliers, à la rémunération des médecins et à l'achat de médicaments pour permettre de choisir le service approprié au moindre coût;

- ◆ l'implantation de cette recommandation soit amorcée pour le programme des services aux personnes âgées.

### **3.2.2 Une organisation locale des services supportée par une première ligne orientée vers une population...**

Le Conseil est d'avis que la reconnaissance d'une organisation intégrée de services de première ligne et de soutien dans le milieu permettrait de solutionner plusieurs des difficultés d'accès aux services et de satisfaction de la clientèle, tout en laissant place à l'innovation et en réduisant la pression sur les coûts.

Il est de plus en plus crucial que la modification des pratiques hospitalières soient soutenues par un développement de services dans la communauté. Les services suivants doivent recevoir une attention particulière : les services de première ligne, les services postopératoires, les services de santé mentale, les soins continus aux personnes âgées et aux personnes qui présentent des incapacités ou des maladies chroniques et les soins palliatifs.

De nombreuses expériences québécoises de services intégrés et de gestion des ressources affectées aux services à une population sont en cours et illustrent le potentiel québécois d'innovation. Des quarante-deux projets subventionnés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), dix touchent l'intégration des services et dix-sept concernent les soins primaires et le maintien dans la communauté (selon DRE, MSSS, 3 mai 1999). Ces projets visent soit une population (MRC du Haut Saint-Laurent), soit une clientèle (personnes âgées, santé mentale...), soit des réseaux de services requérant une coordination entre des intervenants pour l'exercice de fonctions différentes (accueil, diagnostic, traitement, référence, suivi) ou de soins différents (mère – enfant, diabète, etc.). Citons également, à titre d'exemple, la Montérégie qui procède actuellement à une «réingénierie» des processus collectifs de soins pour personnes âgées dans trois sous-régions desservant environ 400 000 personnes. De même, mentionnons le cas de l'Outaouais où un projet de coordination des services en santé mentale associe les intervenants de cabinets privés, des CLSC, des centres hospitaliers et du milieu communautaire.

#### **Le Conseil recommande :**

- ◆ la mise en oeuvre d'une organisation intégrée de services qui présente les caractéristiques suivantes :
  - une porte d'entrée unique;
  - une accessibilité à une gamme de services de première ligne en tout temps;

- une intégration des services de soutien dans la communauté y associant la famille, les organismes communautaires, les CLSC, les centres de santé, les centres hospitaliers et les cabinets privés de médecins;
- une imputabilité des équipes d'intervenants face à la santé d'une population et aux besoins des personnes, face à des résultats à atteindre et aux ressources qui sont allouées aux services qui lui sont destinés pour l'atteinte des résultats;
- une coordination et une coopération entre les services de première ligne et de soutien dans le milieu, d'une part, et des services plus spécialisés et hospitaliers, d'autre part;
- la participation et l'information des citoyennes et citoyens et des communautés.

### **3.3 Mobiliser, par une plus grande décentralisation**

La décentralisation constitue un troisième levier, une troisième condition susceptible d'encourager l'initiative et l'innovation. Le Conseil a insisté à maintes reprises sur l'importance de modifier les règles politiques et administratives régissant actuellement la prise de décisions au sein du système québécois des services de santé et des services sociaux. À son sens, les communautés – celles des localités et des régions – devraient disposer davantage de latitude dans la gouvernance et la gestion de ce système. Pas simplement parce qu'elles possèdent une connaissance particulière des problèmes de santé et de bien-être de leur population du simple fait de leur appartenance et de leur proximité, mais surtout parce que l'autonomie constitue un ingrédient fondamental à l'amélioration de la santé et du bien-être, qu'elle soit le fait de personnes ou de communautés.

Le Conseil a insisté sur l'importance de revoir des modes de gestion et de financement afin de permettre aux populations locales et régionales l'apprentissage et l'expression de l'autonomie face à leur santé et leur bien-être. Il a suggéré, à titre d'exemples, de régionaliser l'enveloppe budgétaire de la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'augmenter certains des pouvoirs accordés actuellement aux régies régionales et de revoir le rôle du Ministère en conséquence.

Accorder aux régions et aux localités une plus grande autonomie dans la prise des décisions relatives à la planification, à l'organisation et au financement du système de services leur permettrait de faire preuve d'originalité dans la manière dont elles répondent aux besoins de leur population. Une marge de manœuvre accrue leur permettrait de tisser des liens particuliers entre le secteur public et le monde communautaire, entre les secteurs public et privé. Ces communautés auraient alors l'occasion d'adapter à leur situation les outils mis à leur disposition dans la lutte contre la maladie et l'incapacité. Ainsi, la régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ, assortie d'une révision en profondeur de la réglementation professionnelle, leur permettrait de gérer l'offre de services professionnels sur leur territoire.... Il y a fort à parier que les praticiennes et les praticiens suivront

l'argent, remédiant ainsi au vieux problème du manque de disponibilité de services médicaux spécialisés en région.

Finalement, les communautés sont probablement, si on leur en laisse la chance, mieux placées que quiconque pour tisser avec le secteur privé des alliances propres à améliorer l'efficacité et l'efficience du système de services. Cela semble particulièrement vrai en ce qui concerne l'organisation des services.

Ajoutons toutefois que s'il est clair que les personnes, les familles et les communautés peuvent apporter une contribution majeure à l'amélioration de la santé et du bien-être, leur participation accrue à cet égard doit être soutenue. Une plus grande décentralisation ne devrait en aucun cas signifier un simple transfert vers eux de responsabilités assumées actuellement par l'État québécois.

**Le Conseil recommande que :**

- ◆ soit accordée aux régions et aux localités une plus grande autonomie dans la prise de décision, notamment par la gestion des ressources financières affectées aux services destinés aux populations régionales et par une imputabilité mieux articulée.

## **CONCLUSION**

Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux occupent le cœur des débats sur l'avenir du système sociosanitaire québécois, du moins si l'on en juge par les questions soulevées par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Le Conseil partage la préoccupation de la Commission à l'égard de ces questions. Les pages qui précèdent l'ont démontré. Le Conseil questionne cependant le traitement que l'on réserve à ces questions et la place qui leur est accordée.

Le Conseil est d'avis que le système sociosanitaire québécois, malgré son indéniable qualité, fait face à des difficultés d'importance. Si le sous-financement particulièrement de certains secteurs est important, à quel point les lacunes dans l'organisation des services ne le sont-elles pas encore plus? Le Conseil constate, d'une part, que malgré des difficultés, le Québec maîtrise actuellement l'évolution de ses dépenses sociosanitaires. Il remarque, d'autre part, qu'en plus d'exercer une pression sur les coûts, le vieillissement de la population et le développement technologique posent des défis à ce système. Le Conseil souligne, par ailleurs, devant l'attrait que le secteur privé à but lucratif exerce sur certains, que celui-ci peut contribuer utilement à notre système sociosanitaire, particulièrement en collaborant à l'organisation des services. Il importe toutefois de circonscrire adéquatement son champ d'opération et de reconnaître la valeur supérieure de l'intervention publique dans la gouverne, le financement et la clinique.

Au-delà de ces considérations plus spécifiques, le Conseil considère les questions du financement et de l'organisation des services comme étroitement liées. Améliorer l'efficacité et l'efficience du système aura inmanquablement, en plus d'améliorer la qualité des services qu'il offre, un impact significatif sur ses finances.

Cela dit, et c'est là l'essentiel de son propos, le Conseil considère que les questions du financement et de l'organisation des services n'ont de sens véritable que si l'on en fait l'examen à la lumière d'une discussion sur les finalités du système. Résoudre les difficultés du système implique de préciser d'abord sa mission, de lui donner des orientations claires et des objectifs de résultats mesurables. Ces finalités et ces objectifs guideront les décisions d'organisation de services et d'allocation des ressources. Elles permettront également de mobiliser et de guider les intervenants et les intervenantes œuvrant au sein de notre système sociosanitaire. Le Conseil est d'avis qu'il importe à cette fin de centrer le système sur les besoins des personnes, de leur famille et de leur communauté, d'informer et d'encourager la participation de la population à la définition de ses orientations. Il propose en conséquence des mesures concrètes : organisation locale des services, consolidation des services de première ligne, intégration des enveloppes budgétaires et gestion de ces dernières.



## NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

---

<sup>1</sup> Voir notamment *Un juste prix pour les services de santé*, avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, 1995 ; *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, rapport soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux, 1997 ; *Mémoire sur le projet de loi 33* (Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives), 1996 ; *Mémoire sur les « Pistes de révision du régime général d'assurance médicaments »*, 2000.

<sup>2</sup> CONTANDRIOPOULOS, A.P., J.-L.DENIS, C.-A.DUBOIS, *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de services*, Université de Montréal; SODESTROM, L., A. Lefebvre, *Le vieillissement de la population québécoise : implications pour le financement des dépenses publiques de santé*, Université McGill; FOREST, P.-G., J.ABELSON, *La participation de la population aux décisions dans le système de santé et de services sociaux*, Université Laval et Université MaMaster.

<sup>3</sup> COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Organisation et financement des services de santé et des services sociaux : la recherche de solutions est engagée*, Communiqué, 20 juin 2000, page 1.

<sup>4</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Financement : état de situation et perspectives*, Gouvernement du Québec, juin 2000, page 8.

<sup>5</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Financement : état de situation et perspectives*, Gouvernement du Québec, juin 2000, page 7.

<sup>6</sup> *Ibid.*, page 20.

<sup>7</sup> BEDARD, Denis, ÉNAP, *Projet de rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, Le financement des soins sociosanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, 16 décembre 1999, page 18.

<sup>8</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Financement : état de situation et perspectives*, Gouvernement du Québec, juin 2000, page 7.

<sup>9</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Financement : état de situation et perspectives*, Gouvernement du Québec, juin 2000, page 6.

<sup>10</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Financement : état de situation et perspectives*, Gouvernement du Québec, juin 2000, page 7.

<sup>11</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec : Constats et recommandations sur les pistes à explorer*, Synthèse, Gouvernement du Québec, septembre 1999, page 13.

<sup>12</sup> CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux*, Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000.

<sup>13</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Financement : état de situation et perspectives*, Gouvernement du Québec, Juin 2000, page 7.

<sup>14</sup> 15979,8 millions, dépenses brutes consolidées, *Le financement des soins sociosanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, Projet de rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, Denis Bédard, ÉNAP, 16 décembre 1999, page 9.

<sup>15</sup> «The elderly of today are healthier than ever», *Ibid.*, pages 6 et 7.

<sup>16</sup> *Ibid.*, page 5.

<sup>17</sup> DEMERS, M., «Factors explaining the increase in cost for physicians in Quebec's elderly population», *Revue de l'Association médicale canadienne*, 1996 ; 155, pages 1555-1560, cité par Rachlis.

<sup>18</sup> «Not all services for the elderly are appropriate», RACHLIS, M. M., *Modernizing Medicare for the Twenty-first Century*, page 7.

<sup>19</sup> DOUCET, H. *et al.*, *Rapport du Comité sur les questions relatives au processus de décision pour la couverture des médicaments*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999, 15 pages et annexes. Voir également la discussion de cette question dans *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2000, pages 10-14.

<sup>20</sup> FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ, *Le partage entre le public et le privé dans le secteur de la santé*, Rapport de synthèse du Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre, avril 2000, 4 pages, (<http://www.fnh.gc.ca/publicat/finvol2/balance/pubpri2f.htm>).

<sup>21</sup> CONTANDRIOPOULOS, A-P., J.L., DENIS *et al.*, *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*, 2000.

<sup>22</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services à la population : 1998-1999 à 2000-2001*, Québec, 1998, 12 pages.

<sup>23</sup> La Commission rappelait l'importance que le système de services se préoccupe davantage des retombées de son intervention, c'est-à-dire de la finalité des services qu'il offre à la population québécoise. Elle suggérait à cette fin 1) l'élaboration d'une politique de santé et de bien-être, corollaire indispensable d'une approche axée sur les résultats dans la mesure où elle favorise la définition d'objectifs précis de santé et de bien-être; 2) la définition d'outils – systèmes d'information et développement d'indicateurs – permettant de mesurer l'atteinte de résultats et 3) l'évaluation régulière du fonctionnement du système – allocations des ressources, politiques, programmes, pratiques professionnelles – en fonction des objectifs fixés et des résultats obtenus. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, pages 474-478.

<sup>24</sup> La Commission constatait à quel point le système de services était peu affecté par le jugement de ses usagers. Elle souhaitait corriger ce repli du système sur lui-même en y encourageant la participation des personnes, que ce soit à titre de citoyen, d'utilisateur ou de producteur. La Commission fait de la démocratisation du système une priorité. Elle identifie à cette fin trois modes de participation et trois groupes cibles : la participation *décisionnelle* où la population fait valoir ses opinions auprès d'instances de prise de décisions, la participation *consultative* où elle a le loisir de se faire entendre sur les orientations générales et les objectifs du système et la



participation *du type concertation* où les besoins de la population sont pris en compte, mais cette fois à travers la concertation entre établissements et organismes.

<sup>25</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour améliorer la santé et le bien-être : orientations*, Gouvernement du Québec, avril 1989, 147 pages ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Une réforme axée sur le citoyen*, Gouvernement du Québec, 1990, 91 pages ; la loi 120, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, 1992, 192 pages, etc.

<sup>26</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, direction de la santé publique, *Stratégie québécoise en matière de développement social*, 5 octobre 2000 (document inédit).

<sup>27</sup> BOLDUC, Nathalie, *Étude des orientations du gouvernement québécois à l'égard du système de services de santé et de services sociaux et mise en œuvre et évolution de La politique de la santé et du bien-être*, Conseil de la santé et du bien-être, août 2000.

<sup>28</sup> RACHLIS, Michael, *A paper prepared for a workshop on Intersectoral Action and Health*, 1999 : «Overall goals for government which focus on quality of life or well-being are also more likely to encourage intersectoral action than if they are labelled 'health' goals».

<sup>29</sup> Voir CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Forum sur le développement social, Rapport*, octobre 1998.

<sup>30</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *La santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle*, 1998.

<sup>31</sup> Voir Harry P.A. VAN WATER et Loews M. VAN HERTEN, *Health Policies on Target; Review of Health Target and Priority Setting in 18 European Countries*, TNO Prevention and Health, 1998.