

Février 2015

Note socio-économique

## Les dépenses de santé sont-elles hors de contrôle ?

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

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

Nous verrons d'abord pourquoi l'évolution des coûts de la santé n'est pas aussi insoutenable que certains l'affirment<sup>1</sup>. Ensuite, nous verrons quelles composantes des dépenses de santé évoluent plus rapidement que les autres. Enfin, au moment où le gouvernement québécois s'apprête à centraliser plus que jamais le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), cette note socio-économique abordera le thème de la décentralisation et de la démocratisation du système de santé.

## Portrait général

Déjà en 1966, soit six ans à peine après l'entrée en vigueur au Québec de l'assurance-hospitalisation, qui rendait gratuits les services reçus dans les hôpitaux, le gouvernement libéral de Jean Lesage nomme un Comité d'étude de l'assurance-santé chargé d'évaluer, entre autres, « l'augmentation considérable des dépenses de santé<sup>2</sup> ». Depuis, cette préoccupation revient périodiquement alors que se succèdent les gouvernements et les groupes de réflexion sur l'avenir du système de santé<sup>3</sup>.

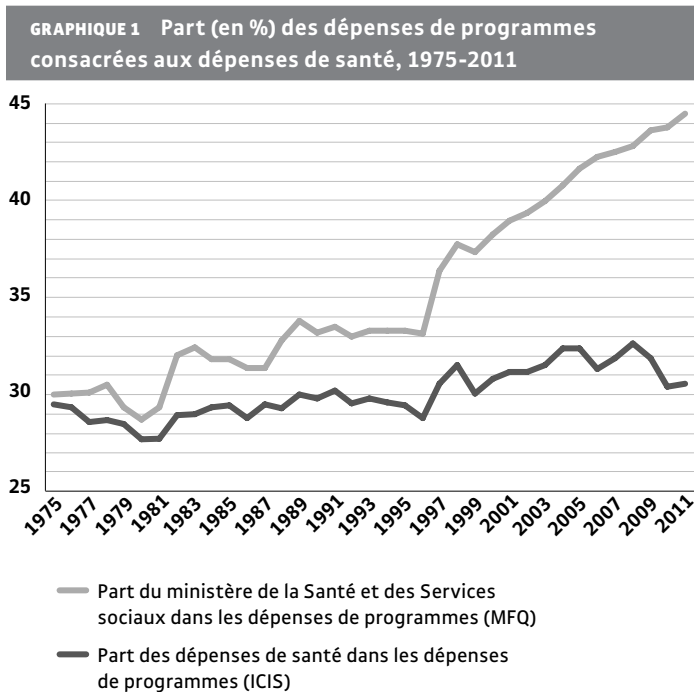
Au début des années 2000, on confie au banquier L. Jacques Ménard la présidence d'un comité chargé d'évaluer la pérennité des coûts du système sociosanitaire québécois. Publié en 2005, le rapport de ce comité prédit que si le rythme de croissance des dépenses de santé se maintient, elles engloutiraient 65 % des dépenses de programmes du gouvernement québécois en 2030<sup>4</sup>. En 2014-2015, si l'on reproduit la méthode du rapport Ménard, on obtient effectivement le ratio anticipé par le comité, la part des dépenses de programmes du gouvernement du Québec allant au MSSS atteignant désormais 50 %. Ce pourcentage, et la prédiction selon laquelle il atteindra plus des deux tiers du budget du Québec d'ici quinze ans, est habituellement mis de l'avant par ceux qui qualifient les coûts de la santé d'insoutenables.

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

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

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

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



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

Comment expliquer un écart aussi grand et des trajectoires à ce point divergentes pour l'étude du même phénomène ? Précisons d'emblée que les différences entre ces ratios de dépenses ne s'expliquent pas par le *numérateur*<sup>6</sup> de la proportion. En effet, lorsqu'ils calculent les dépenses de santé au Québec, tant le MFQ que l'ICIS parviennent à des résultats similaires. La différence réside donc dans le *dénominateur*, à savoir l'estimation du total des dépenses gouvernementales au Québec<sup>7</sup>. À partir de 1997, soit l'année d'entrée en vigueur de l'une des réformes de la comptabilité québécoise par le MFQ, différents calculs montrent une évolution distincte. Cette réforme, et celles qui suivront, ont pour objectif de mieux rendre compte à la population de l'état des finances publiques du Québec en élargissant les paramètres comptables. Les nouvelles façons de calculer les dépenses au MFQ

ajoutent de nouveaux calculs et de nouvelles colonnes qui allongent les documents budgétaires et les états financiers<sup>8</sup>.

Les paramètres comptables de l'ICIS sont plus larges<sup>9</sup>. Ils englobent davantage de dépenses que les seules dépenses de programmes et du MFQ et, par conséquent, l'augmentation qu'elles connaissent est complètement différente, comme nous le voyons au graphique 1.

En utilisant un périmètre comptable plus large et plus près de l'approche comptable recommandée maintes fois par le Vérificateur général du Québec<sup>10</sup>, les données de l'ICIS offrent un portrait plus révélateur des capacités de l'État relativement à sa mission en santé. François Béland et Claude Galland relèvent que la soutenabilité des coûts de la santé au Québec n'a que rarement fait référence aux chiffres obtenus à partir des données de l'ICIS<sup>11</sup>. La perspective plus catastrophiste qui repose sur les données du MFQ occupe d'ordinaire le haut du pavé.

De la même manière, au moment de considérer les données produites par le ministère des Finances du Québec, il est pertinent de comparer les dépenses de santé non pas aux « dépenses de programmes » du budget québécois, mais à l'ensemble des dépenses de l'État québécois, soit les dépenses dites « consolidées<sup>12</sup> ». On compare alors les ressources attribuées à la santé non seulement en fonction de l'ensemble des programmes, mais de toutes les opérations sur lesquels l'État est ultimement responsable. Ces dépenses consolidées du Québec



Source : MFQ, Comptes publics 2013-2014, vol. 1, *États financiers consolidés du Gouvernement du Québec, Année financière terminée le 31 mars 2014*, Gouvernement du Québec, novembre 2014, p. 49, [www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR\\_vol1-2013-2014.pdf](http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2013-2014.pdf).

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

Le tableau 1 montre ensuite différentes proportions des dépenses de santé en fonction de différents calculs des dépenses totales du gouvernement québécois. Le coût des services sociaux, évalué à 12 % des dépenses du MSSS<sup>15</sup>, a été soustrait pour isoler les dépenses de santé. Lorsque comparées aux dépenses de programmes ou aux dépenses budgétaires (qui incluent le service de la dette et donc réduisent la part relative des dépenses de santé), les dépenses de santé comptent pour approximativement 38 % des dépenses totales. Toutefois, la part des dépenses effectuées par le MSSS et qui vont à la santé est inférieure à 30 % lorsqu'elle est comparée aux dépenses consolidées.

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

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

Sources : MSSS, *Rapport annuel de gestion 2013-2014*, Gouvernement du Québec, 2014, p. 67, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-102-01F.pdf>; MFQ, *Budget 2014-2015 : Plan budgétaire*, Gouvernement du Québec, 4 juin 2014, p. D24, [www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf](http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf); MFQ, *Comptes publics 2013-2014, vol. 1, États financiers consolidés du Gouvernement du Québec, Année financière terminée le 31 mars 2014*, Gouvernement du Québec, novembre 2014, p. 23, [www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR\\_vol1-2013-2014.pdf](http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2013-2014.pdf). Calculs des auteur·e·s.

Certaines dépenses publiques de santé sont toutefois réalisées par d'autres entités que le MSSS. À cet effet, les « comptes de la santé » publiés par le MFQ depuis 2011 ont pour but de calculer l'intégralité des dépenses de santé et de services sociaux au Québec<sup>16</sup>. Lorsqu'elles sont utilisées comme numérateur et qu'elles sont comparées aux dépenses consolidées du gouvernement québécois, les dépenses de santé atteindraient cette fois une proportion d'environ 35 %.

Cette proportion s'approche davantage de celle que l'on obtient en utilisant les données de l'ICIS<sup>17</sup>. Les données pour 2014 ne sont pas encore disponibles. La tendance des dernières

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

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

## Autres perspectives sur les dépenses en santé

### PUBLIC ET PRIVÉ EN POURCENTAGE DU PIB

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

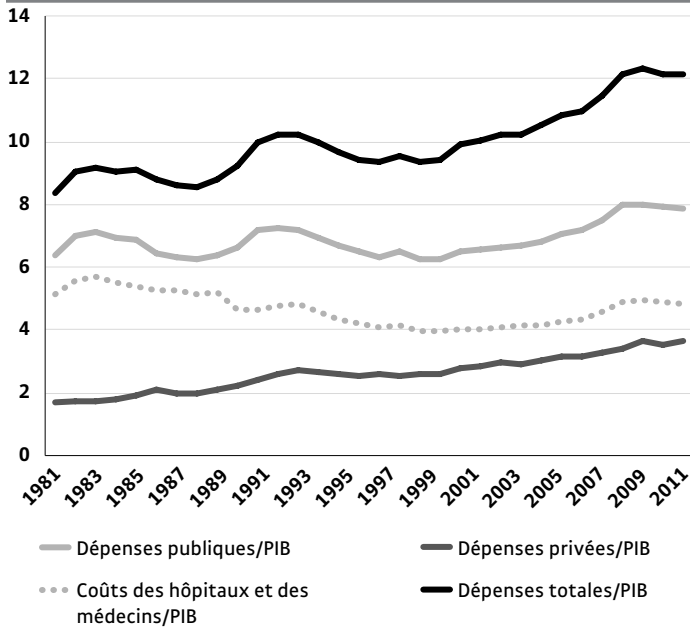
Le graphique 3 montre l'évolution des dépenses en santé par rapport au produit intérieur brut (PIB) au cours des trente dernières années. La courbe du haut, qui surplombe les autres, correspond au total des dépenses réalisées pour des services de santé au Québec. Elle inclut les dépenses publiques et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

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

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

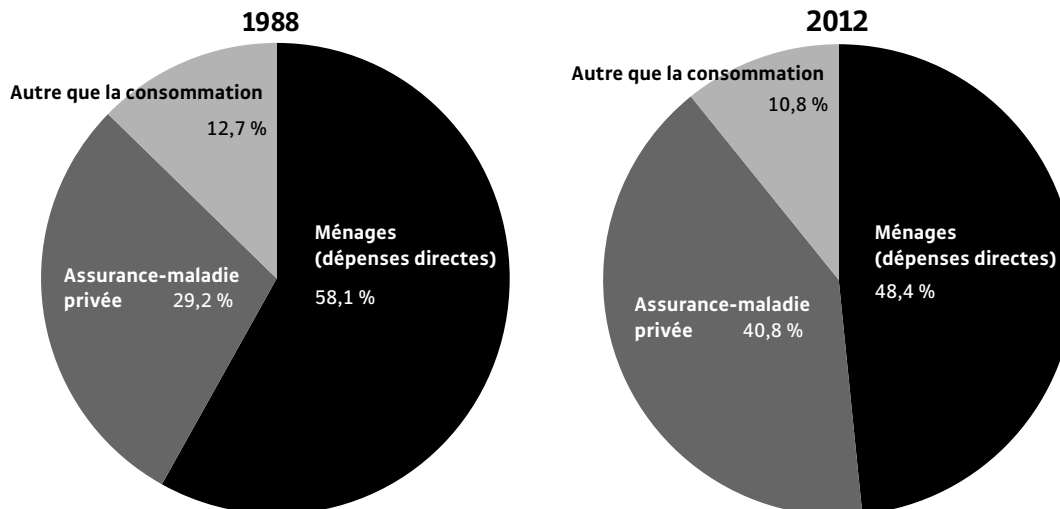
coûts. Pourtant, les dépenses publiques, même si elles atteignent un sommet de 8,7 % du PIB en 2009, ne s'éloignent guère de la

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



Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, tableaux D1 (Dépenses totales de santé par affectation de fonds, Québec, de 1975 à 2014 – Dollars courants), D2 (Dépenses de santé du secteur privé par affectation de fonds, Québec, de 1975 à 2014 – Dollars courants), D3 (Dépenses de santé du secteur public par affectation de fonds, Québec, de 1975 à 2014 – Dollars courants) et annexes A-D, octobre 2014, [www.cihi.ca/web/ressource/fr/nhex\\_2014\\_datatables\\_fr.zip](http://www.cihi.ca/web/ressource/fr/nhex_2014_datatables_fr.zip). Calculs des auteur-e-s.

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



Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2014*, rapport annuel, octobre 2014, p. 40, [www.cihi.ca/web/ressource/fr/nhex\\_2014\\_report\\_fr.pdf](http://www.cihi.ca/web/ressource/fr/nhex_2014_report_fr.pdf).

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

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

Pourquoi ces dépenses privées augmentent-elles autant ? Qu'englobent-elles ? Des données pour le Canada (graphique 4) montrent que la composition des dépenses privées a changé depuis 1988<sup>18</sup>. Les dépenses directes des ménages ont reculé au profit des dépenses des assureurs privés. Ces dépenses sont passées de 29,2 % à 40,8 % de l'ensemble des dépenses privées.

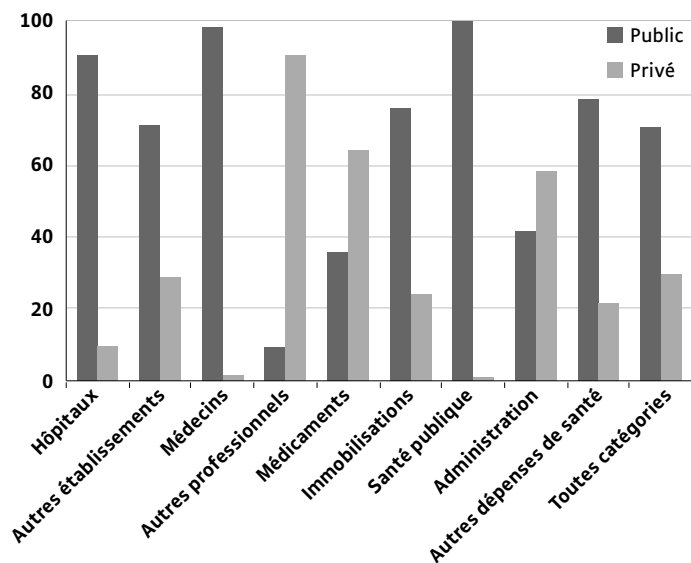
Selon les données de l'ICIS, 37,6 % des dépenses privées en santé sont attribuables aux médicaments. Comme on peut le voir au graphique 5, il s'agit effectivement de l'une des affectations de fonds où le privé est le plus présent. La catégorie des médicaments est, de loin, celle qui a le plus augmenté depuis 1981 parmi les dépenses de santé, sa proportion par rapport aux dépenses totales en santé au Québec étant passée de 7,6 % à plus de 20 % en 2010<sup>19</sup>. Tant le régime public (introduit en 1997) que les régimes privés d'assurance médicament sont sensibles à l'augmentation des coûts des médicaments puisque ni l'un ni l'autre de ces secteurs ne parvient ou ne tente de négocier à la baisse les achats de produits pharmaceutiques.

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

Le graphique 6 permet de mieux saisir comment ont évolué les différents types de dépenses qui sont compris dans la catégorie des dépenses publiques. Le premier chiffre que l'on remarque est celui des dépenses pour les services hospitaliers dont la part a diminué de 17,3 % entre 1975 et 2012. Certaines politiques comme le virage ambulatoire<sup>20</sup> des années 1990 ont contribué à réduire l'utilisation des hôpitaux. Cette baisse de la portion hospitalière des coûts de la santé tend également à remettre en doute

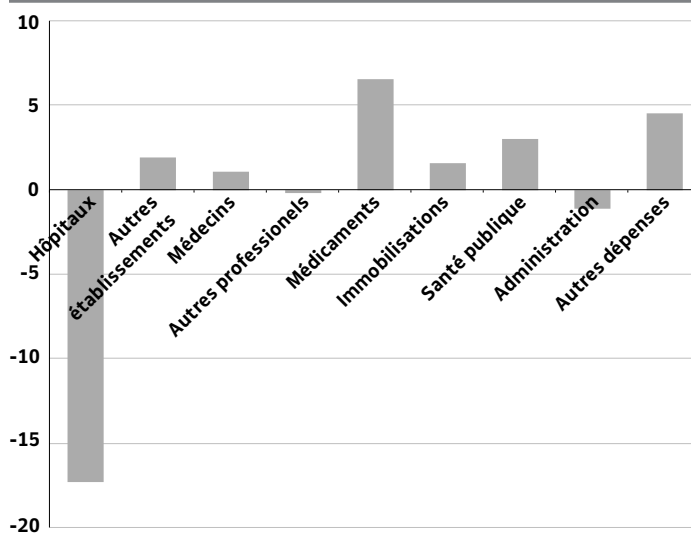
la pertinence de l'introduction de mécanismes de gestion tels que la méthode Lean-Sigma qui doit notamment servir à réaliser des économies par des gains de productivité<sup>21</sup>. Cette approche apparaît comme une diversion vis-à-vis des affectations de fonds dont la proportion des coûts augmente.

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



Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2014*, rapport annuel, octobre 2014, p. 46, [http://www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex\\_2014\\_report\\_fr.pdf](http://www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex_2014_report_fr.pdf).

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



Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, tableau D.3.5.1 (Dépenses de santé du secteur public par affectation de fonds, Québec, de 1975 à 2014 – Dollars courants), octobre 2014, [www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex\\_2014\\_datatables\\_fr.zip](http://www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex_2014_datatables_fr.zip). Calculs des auteurs-e-s.

À cet égard, le type de dépenses qui a le plus augmenté parmi les dépenses publiques est celui des médicaments, comme c'était également le cas pour les dépenses privées. Au Québec comme ailleurs, les prix des médicaments sont réglementés. Toutefois, plutôt que d'user de cette capacité de réglementation pour diminuer le coût, le gouvernement s'est davantage évertué à garantir un « climat d'investissement favorable » à l'entreprise pharmaceutique par des politiques telles que la règle de quinze ans ou le remboursement de prix gonflés pour les médicaments<sup>22</sup>. Nous avons expliqué ailleurs comment la création d'une assurance médicament publique universelle et le remplacement des largesses à l'endroit de l'industrie pharmaceutique, par l'exercice d'un rapport de force permettant la négociation de meilleurs prix, permettraient la réalisation d'économies substantielles<sup>23</sup>.

La deuxième catégorie ayant le plus augmenté est celle des « autres dépenses », qui inclut notamment les dépenses liées aux soins à domicile, au transport des malades, à différents types de prothèses et à la recherche<sup>24</sup>. Le vieillissement de la population peut expliquer une part de cette augmentation étant donné la hausse de la part de la population requérant des soins à domicile.

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

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

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

Présenté sous un autre angle, si la part des dépenses de santé publique (+28 %) avait augmenté entre 1981 et 2012 au même rythme que celle des dépenses privées (+113,9 %), les dépenses totales atteindraient aujourd'hui 18 % du PIB. Ce pourcentage serait alors comparable au niveau de dépenses actuel des États-Unis<sup>25</sup>, le seul des pays de l'OCDE dont les dépenses privées surpassent celles du public. Les États-Unis sont par ailleurs les seuls à ne pas avoir mis en place un mécanisme de contention des coûts et l'ampleur des dépenses en santé y est aujourd'hui exceptionnellement élevée<sup>26</sup>.

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

en santé sont la responsabilité d'un payeur unique (l'État) et plus la possibilité de contrôler efficacement ces dépenses apparaît élevée. Déjà en 1990, c'était la conclusion de l'économiste de la santé Robert Evans: «Single-payer public financing creates an institutional environment, encouraging the supply of ingenuity to contain cost. These are higher in multi-source funding systems where ingenuity is diverted into shifting costs onto someone else<sup>27</sup>.»

**CYCLES ÉCONOMIQUES, TRANSFERTS FÉDÉRAUX ET RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS**

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

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

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

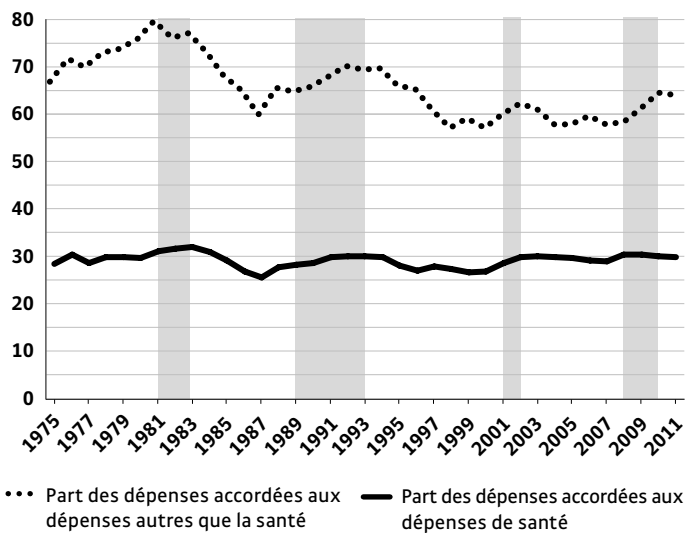
Au sujet de l'évolution de la proportion des dépenses qui vont à la santé, Béland et Galland remarquent qu'une correction se produit après chacune de ces périodes. Cette réduction

du ratio survient habituellement trois ans après le déclenchement du ralentissement ou de la récession<sup>28</sup>. Ces diminutions s'expliquent par les compressions plus ou moins grandes des dépenses, par l'effet de la relance économique qui augmente les recettes du gouvernement et par la diminution du service de la dette. Les autres dépenses (hors santé), bien qu'elles fluctuent davantage, connaissent une évolution similaire.

La situation est un peu différente après le ralentissement économique du début des années 2000. À cette occasion, la part des coûts de la santé a moins diminué qu'à la suite des autres périodes de ralentissement. Ce résultat s'explique par le choix du gouvernement de l'époque de concéder des baisses d'impôt au moment où les transferts en provenance du gouvernement fédéral étaient en augmentation. Plutôt que de voir leur proportion se réduire dans un budget pouvant compter sur davantage de revenus, les dépenses de santé, stables, n'ont pas connu la baisse habituelle en pourcentage des dépenses<sup>29</sup>.

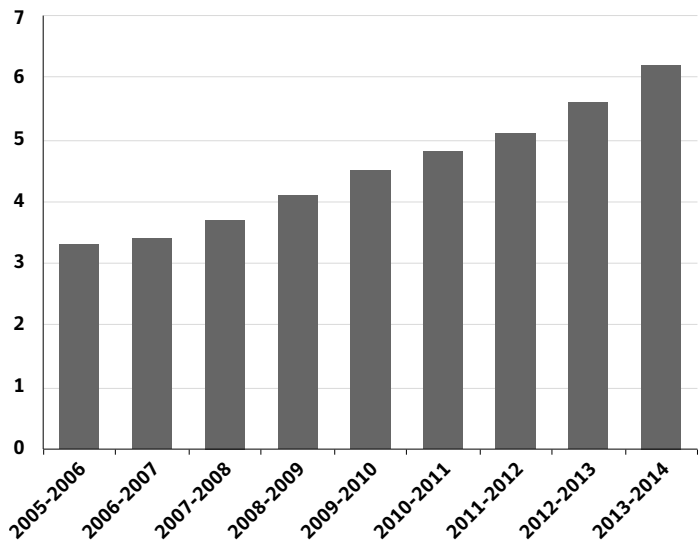
Plus tôt, dans les années 1990, dans le cadre des politiques de retour au déficit zéro, le gouvernement fédéral a drastiquement réduit les transferts fédéraux. Les montants qui servent à financer les dépenses liées à la *Loi canadienne sur la santé*, donc celles qui concernent le fonctionnement des hôpitaux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

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



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

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



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

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

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

Enfin, notons que le Québec est la province canadienne qui dépense le moins d'argent par habitant pour les services de santé, ce qui ne correspond pas à l'image dépeinte par le point de vue qui présente les coûts du système de santé québécois comme incontrôlables. C'est ce que montre le tableau 2. Pour l'ensemble du Canada, la moyenne est de 6045 \$. À titre indicatif, la moyenne pour les États-Unis atteignait 8745 \$ en 2012 et doit être désormais supérieure à 9000 \$ par habitant³³.

**TABLEAU 2** Dépenses par habitant-e-s, provinces canadiennes, 2014 (projetées)

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

Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, rapport annuel, octobre 2014, p. 68, [www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex\\_2014\\_report\\_fr.pdf](http://www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex_2014_report_fr.pdf).

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

## Déficit budgétaire ou démocratique ?

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

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

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

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

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

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

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

Certaines populations financent par le biais de leurs taxes et de leurs impôts, leur propre sous-développement économique et social, ainsi que celui des autres populations et ceci, par le biais de procédures administratives sur lesquelles elles n'ont aucune emprise<sup>39</sup>.

À l'inverse de ce qui se fait aux États-Unis, bons derniers en matière de développement de la première ligne, le Québec devrait s'inspirer du Danemark et des autres pays de l'OCDE ayant choisi d'investir davantage de ressources financières dans le développement exhaustif de la première ligne de soins de façon à répondre plus tôt aux besoins de la population. Cette initiative a permis de décentraliser la prise en charge des services de santé, de mieux répondre aux besoins des patient·e·s et d'afficher un plus faible taux de croissance des dépenses que les pays n'ayant pas investi dans la première ligne<sup>40</sup>.

De plus, des recherches ont montré qu'une plus grande imputabilité et une meilleure répartition des ressources résultaient de la décentralisation de l'exercice du pouvoir au sein des systèmes de santé au Brésil, au Danemark, en Suède, au Royaume-Uni et ailleurs<sup>41</sup>. Outre la dévolution de pouvoirs fiscaux et décisionnels accrus aux comtés ou aux municipalités, plus d'une centaine de pays ont fait l'expérience de formes diverses de participation citoyenne dans la détermination des politiques de santé publique : budget participatif, mise en place de jurys d'évaluation formés de citoyens, conférences ou forums citoyens fournissant des recommandations aux législateurs, élection des directeurs d'établissements ou des gestionnaires de santé publique par les citoyen·ne·s, etc.<sup>42</sup>.

Au Québec, ces approches visant la décentralisation ne font actuellement plus partie du débat public. Après nombre de réformes, le démantèlement des DSC, le non-parachèvement du réseau des CLSC, les fusions répétées d'établissements de santé au sein de structures toujours plus larges et plus centralisées tels que les CSSS (ou les éventuels CISSS du projet de loi 10<sup>43</sup>), le problème des capacités du réseau socio-sanitaire en fonction des besoins des citoyen·ne·s reste entier.

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

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

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

## Conclusion

Les observateurs s'entendent généralement sur l'idée qu'il n'existe pas de sous-financement en santé et que le système actuel pourrait mieux accomplir sa mission s'il modifiait son fonctionnement sans nécessairement recevoir des ressources supplémentaires. Les propositions formulées par des groupes d'étude nommés par les gouvernements depuis une quinzaine d'années mettent de l'avant des idées qui vont à contresens de ce qu'enseigne l'évolution des coûts du système de santé depuis le début des années 1980. Par exemple, le rapport Ménard sur la « pérennité du système de santé et de services sociaux » qui proposait en 2005 d'accroître le rôle du secteur privé<sup>44</sup>.

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

Si la préoccupation est de garantir la soutenabilité des coûts de la santé, la priorité devrait être de gérer plus étroitement les coûts des médicaments, la catégorie ayant le plus augmenté dans les dépenses de santé, mais aussi de mettre un terme aux expériences de privatisation directe (ex. l'utilisation des partenariats public-privé, l'ouverture de cliniques privées) dont les coûts s'avèrent plus élevés ou encore à l'importation des mécanismes de gestion issus de l'entreprise privée au sein du système (ex. financement à l'activité) qui tend aussi à engendrer une augmentation des coûts<sup>45</sup>.

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



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

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

## Notes

- 1 Stéphanie GRAMMOND, « Le mur des dépenses en santé », *La Presse*, 10 décembre 2013, <http://affaires.lapresse.ca/opinions/chroniques/stephanie-grammond/201312/10/01-4719384-le-mur-des-depenses-en-sante.php>; Valentin PETKANTCHIN, *Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée*, Institut économique de Montréal (IEDM), novembre 2005, [www.iedm.org/files/nov05\\_fr.pdf](http://www.iedm.org/files/nov05_fr.pdf).
- 2 Le comité est présidé par Claude Castonguay, qui sera à nouveau désigné peu après par le gouvernement unioniste de Daniel Johnson pour diriger la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu), qui étudiera notamment la faisabilité et les modalités possibles de l'assurance maladie au Québec. La Loi sur l'assurance maladie sera adoptée en 1970. Benoît GAUMER, *Le système de santé et des services sociaux du Québec : une histoire récente et tourmentée, 1921-2006*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008, p. 107 et 147.
- 4 COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, Gouvernement du Québec, juillet 2005, p. 45, [www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome\\_1\\_ex\\_1.pdf](http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome_1_ex_1.pdf).
- 5 François BÉLAND, « Les dépenses de santé au Québec : la bataille des chiffres », mémoire déposé à la Commission des affaires sociales, Assemblée nationale du Québec, 24 mars 2006, 60 p.
- 6 Dans une fraction (par exemple 3/4), le numérateur est le chiffre du dessus, soit la valeur que l'on divisera par le dénominateur, la valeur qui se trouve au bas de la fraction.
- 7 BÉLAND et GALLAND, *op. cit.*, p. 243.
- 8 La réforme de 1997-1998 visait notamment à « élargir le périmètre comptable du gouvernement à l'ensemble des fonds spéciaux, organismes et entreprises du gouvernement, à la seule exception des entités exerçant des activités de nature fiduciaire ». OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE, *L'État québécois en perspective : les dépenses totales*, École nationale d'administration publique (ÉNAP), hiver 2013, [http://cerberus.enap.ca/Observatoire/docs/Etat\\_quebecois/a-depenses-totales.pdf](http://cerberus.enap.ca/Observatoire/docs/Etat_quebecois/a-depenses-totales.pdf).
- 9 Les données de l'ICIS correspondent à la catégorie « Administration publique » du « Système de gestion financière » de Statistique Canada. Ce système de comptabilité inclut les ministères, les organismes, les fonds autonomes ou non, les fonds de pension et les entités qui composent les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux. BÉLAND et GALLAND, *op. cit.*, p. 245.
- 10 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (VGQ), *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 : Vérification de l'information financière et autres travaux connexes*, février 2011, p. 2-1 à 2-31, [www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr\\_publications/fr\\_rapport-annuel/fr\\_2010-2011-VIF/fr\\_Rapport2010-2011-VIF.pdf](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2010-2011-VIF/fr_Rapport2010-2011-VIF.pdf).
- 11 Jusqu'à 2009, les chiffres utilisés par l'ICIS provenaient du « Système de gestion financière » (SGF) de Statistique Canada. Dans ce qui s'est avéré un énième bouleversement de la production statistique de l'organisme fédéral, Statistique Canada a mis fin aux mises à jour du SGF. Le SGF a été remplacé par les « Statistiques de finances publiques (SFP) » qui présenteront apparemment l'avantage d'être compatibles avec celles des pays de l'OCDE. « Transition du Système de gestion financière (SGF) aux Statistiques de finances publiques (SFP) », *Statistique Canada*, [www.statcan.gc.ca/pub/13-605-x/2010001/article/11155-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/pub/13-605-x/2010001/article/11155-fra.htm) (consulté le 21 janvier 2015). Comme Statistique Canada ne fournit aucune correspondance avec les données historiques, l'organisme induit un bris de séquence qui affaiblira considérablement l'analyse de tendances historiques.
- 12 Les entités consolidées comprennent les dépenses des (1) ministères et organismes budgétaires, (2) organismes non-budgétaires (ex. : Société d'assurance automobile du Québec, Autorité des marchés financiers) et fonds (ex. : Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux, Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie), (3) organismes des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation, et (4) entreprises du gouvernement. La liste complète de ces entités apparaît dans les annexes 1 à 4 des États financiers consolidés du *Gouvernement du Québec*, [www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR\\_vol1-2013-2014.pdf](http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2013-2014.pdf). La réforme comptable de 2006-2007 a eu pour effet d'introduire 340 entités du réseau de la santé et des services sociaux dans le périmètre comptable. En 2010, les entités consolidées sont au nombre de 500. VGQ, *op. cit.*, p. 2.9 et 2.10.
- 13 MINISTÈRE DES FINANCES, *Comptes publics 2013-2014, vol. 1, États financiers consolidés du Gouvernement du Québec, Année financière terminée le 31 mars 2014*, Gouvernement du Québec, novembre 2014, p. 21, [www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR\\_vol1-2013-2014.pdf](http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2013-2014.pdf).
- 14 *Ibid.*, p. 23.
- 15 BÉLAND et GALLAND, *op. cit.*, p. 245.
- 16 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Comptes de la santé : 2008-2009 à 2010-2011*, Gouvernement du Québec, 2011, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-614-01.pdf>
- 17 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, tableau D.1.5.2. (nom du tableau), octobre 2014, [www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex\\_2014\\_datatables\\_fr.zip](http://www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex_2014_datatables_fr.zip).
- 18 Ces données ne sont pas disponibles pour le Québec.
- 19 ICIS, *op. cit.*, tableau D.1.5.2.
- 20 Le virage ambulatoire a engendré au Québec « une réduction de la durée de séjour à l'hôpital de plusieurs clientèles [sic], avec pour conséquence l'augmentation des soins à domicile dispensés par des intervenantes des CLSC, des groupes communautaires, des firmes privées, ou encore par la personne malade elle-même ou ses proches ». Éric GAGNON et autres, *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, octobre 2001, p. ii, [www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/ogc/gagnon\\_final.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/ogc/gagnon_final.pdf).
- 21 Guillaume HÉBERT, *La gouvernance en santé au Québec*, note socio-économique, IRIS, février 2014, p. 6, [www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/Note-Gouvernance-sante-WEB.pdf](http://www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/Note-Gouvernance-sante-WEB.pdf).
- 22 Guillaume HÉBERT, « L'industrie pharmaceutique au Québec : l'heure du bilan », *Blogue de l'IRIS*, 5 juin 2012, [www.iris-recherche.qc.ca/](http://www.iris-recherche.qc.ca/)

- blogue/l'industrie-pharmaceutique-au-quebec-l'heure-du-bilan. La règle des quinze ans a finalement été abolie en 2012.
- 23 Marc-André GAGNON, *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance médicaments*, Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) et IRIS, 13 septembre 2010, 92 p. ; Pierre PELCHAT, « Assurance médicaments : économies potentielles de 800 millions \$, selon Barrette », *Le Soleil*, 16 janvier 2015, [www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201501/15/01-4835655-assurance-medicaments-economies-potentielles-de-800-millions-selon-barrette.php](http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201501/15/01-4835655-assurance-medicaments-economies-potentielles-de-800-millions-selon-barrette.php).
- 24 ICIS, *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2014*, rapport annuel, octobre 2014, p. 106, [www.cihi.ca/web/ressource/fr/nhex\\_2014\\_report\\_fr.pdf](http://www.cihi.ca/web/ressource/fr/nhex_2014_report_fr.pdf).
- 25 Alain VADEBONCOEUR, *Privé de soin : contre la répression tranquille en santé*, Montréal, Lux, 2012, p. 73.
- 26 Robert EVANS et Marko VUJICIC, « Political wolves and economic sheep : the sustainability of public health insurance in Canada » dans Alan MAYNARD éd., *The Public-private Mix for Health*, Abingdon, Radcliffe Publishing Ltd, 2005, p. 117-140.
- 27 *Ibid.*, p. 122. Traduction libre : Le financement public à payeur unique crée un environnement institutionnel qui encourage l'inventivité quant au contrôle des coûts. Ces coûts sont plus grands dans les systèmes de financement à payeurs multiples parce que l'inventivité y est redirigée vers l'art de transférer les coûts à quelqu'un d'autre.
- 28 *Ibid.*, p. 254.
- 29 Les revenus autonomes ont finalement recommencé à croître, mais, pour ce faire, le gouvernement a préféré la tarification plutôt que l'impôt. Les années 2000 sont marquées par l'amorce de la « Révolution tarifaire ». Francis FORTIER et autres, *La révolution tarifaire au Québec*, rapport de recherche, IRIS, 5 octobre 2010, 44 p.
- 30 RADIO-CANADA, « Les transferts en santé réduits à la croissance du PIB », *JCI Radio-Canada*, 20 décembre 2011, <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/Economie/2011/12/19/012-provinces-sante-flaherty.shtml>.
- 31 RADIO-CANADA, « Québec abandonne la bataille des transferts fédéraux en santé », *JCI Radio-Canada*, 22 août 2014, <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/politique/2014/08/22/004-transferts-federaux-sante-couillard-charest-bataille.shtml>.
- 32 Amélie DAOUST-BOISVERT, « Revenu des médecins – Aucun domaine médical sous la barre des 200 000 \$ », *Le Devoir*, 15 juillet 2014, [www.ledevoir.com/societe/sante/413464/revenu-des-medecins-aucun-domaine-medical-sous-la-barre-des-200-000](http://www.ledevoir.com/societe/sante/413464/revenu-des-medecins-aucun-domaine-medical-sous-la-barre-des-200-000); <http://infogr.am/remuneration-moyenne-brute-par-specialite?src=web>.
- 33 ICIS, *op. cit.*, rapport annuel, p. 68.
- 34 Marco BÉLAI-CIRINO, « Sondage Senergis – Le Devoir – La santé, priorité des Québécois », *Le Devoir*, 28 décembre 2010, [www.ledevoir.com/societe/sante/313759/sondage-senergis-le-devoir-la-sante-priorite-des-quebecois](http://www.ledevoir.com/societe/sante/313759/sondage-senergis-le-devoir-la-sante-priorite-des-quebecois); RADIO-CANADA, « La santé et l'économie, les priorités des Québécois », *JCI Radio-Canada*, 10 mars 2014, <http://ici.radio-canada.ca/sujet/elections-quebec-2014/2014/03/10/007-sondage-crop-election-enjeux.shtml>.
- 35 Charles CÔTE et Claude BARRIAULT, *Les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles*, mémoire déposé à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1987, p. 12.
- 36 Jason SUTHERLAND et autres, *Financer des services de santé et sociaux à Montréal (Québec) : un examen des mécanismes de financement et du rôle des incitations*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, février 2013, 66 p.
- 37 *Ibid.*, p. 29.
- 38 *Ibid.*, p. 45.
- 39 CÔTÉ et BARRIAULT, *op. cit.*, p. 198.
- 40 Dionne S. KRINGOS, « Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending », *Health Affairs*, vol. 3, n° 4, 2013, p. 686-694; James MACINKO et autres, « The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998 », *Health Services Research*, vol. 38, n° 4, juin 2013, p. 831-865.
- 41 Sandrine CHAMBARETAUD et Diane LEQUET-SLAMA, « Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins », *Études et résultats*, n° 214, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, République française, janvier 2003; Mary COHEN, *Democratizing Public Services*, rapport de recherche, Canadian Centre for Policy Alternatives – BC Office, mars 2005, 45 p.
- 42 Mike J. CRAWFORD et autres, « Systematic review of involving patients in the planning and development of health care », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7375, 30 novembre 2002, [www.bmj.com/content/325/7375/1263](http://www.bmj.com/content/325/7375/1263); John GAVENTRA et Gregory BARRETT, *So What Difference Does it Make? Mapping the Outcomes of Citizen Engagement*, Institute of Development Studies, Working Paper n° 347, octobre 2010, 71 p.; Dolores JIMÉNEZ-RUBIO et autres, *Is fiscal decentralization good for your health? Evidence from a panel of OECD countries*, XVIIIe Encuentro de Economía Pública (Malaga, 3-4 février 2011), 30 octobre 2010, 28 p.
- 43 « Projet de loi n° 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales », *Assemblée nationale du Québec*, [www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html](http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html).
- 44 COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 69.
- 45 Guillaume HÉBERT et Minh NGUYEN, *Devrait-on racheter les PPP du CHUM et du CUSM?*, note socio-économique, IRIS, 27 octobre 2014, [www.iris-recherche.qc.ca/publications/chu-ppp](http://www.iris-recherche.qc.ca/publications/chu-ppp); Guillaume HÉBERT, *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?*, note socio-économique, IRIS, 20 juin 2012, [www.iris-recherche.qc.ca/publications/le-financement-a-l-activite-peut-il-resoudre-les-problemes-du-systeme-de-sante](http://www.iris-recherche.qc.ca/publications/le-financement-a-l-activite-peut-il-resoudre-les-problemes-du-systeme-de-sante).





# IRIS

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

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

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

**ISBN 978-2-923011-57-8**