



SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

TEXTE DE BASE POUR LE GROUPE DE DISCUSSION

Par : Louis Côté, Benoît Lévesque, Guy Morneau

CONTEXTE

Le contexte du système de santé et de services sociaux du Québec présente plusieurs points communs avec celui des pays développés, tout en ayant des caractéristiques spécifiques. Il nous semble bien important de voir que dans tous les pays développés, les États-providence (ce qui inclut la santé et les services sociaux) sont en état de crise et à la recherche de pistes de renouvellement des approches.

La mise en place des systèmes de santé et de services sociaux dans le cadre des États-providence reposait sur la révolution keynésienne qui prônait l'intervention de l'État dans l'économie pour assurer le plein emploi, quitte à soutenir la demande solvable par la redistribution. S'appuyant sur cette théorie économique, Beveridge montra que les investissements dans le développement social pouvaient être favorables au développement économique. À la suite de l'ouverture des économies, les dépenses dans le social et la santé sont apparues de plus en plus non comme des débouchés (un élargissement de la demande interne), mais comme des coûts rendant les entreprises moins compétitives. De plus, les conditions prévalant au moment de l'établissement de ces systèmes se sont profondément modifiées, notamment avec l'entrée des femmes sur le marché du travail et la montée d'un chômage de longue durée. Sur le plan de la protection sociale, il s'agissait de réparer et de fournir un filet pour des risques relativement aléatoires, alors qu'aujourd'hui ces risques ont pris une ampleur nouvelle, comme la nouvelle pauvreté et les maladies causées par un développement économique peu respectueux de l'environnement – les principales

causes de mortalité au Québec sont les maladies de l'appareil circulatoire avec 35 % et les cancers avec 30 %.

Trois crises propres à l'État-providence peuvent être identifiées (Thériault, 2004). En premier lieu, une crise fiscale provenant d'une croissance quasi exponentielle des besoins dont la satisfaction est reportée sur l'État dans un contexte d'effritement des solidarités basées sur la proximité. Cette crise fiscale devient une crise politique puisqu'une partie croissante des citoyens s'inquiète de prélèvements fiscaux qui pourraient dépasser les 50 %. D'où la réponse des gouvernements avec l'obligation du déficit zéro et la proposition de baisses d'impôts. En deuxième lieu, une crise de rigidité provenant d'une gouvernance centralisée et hiérarchique propre à la société industrielle de l'après-seconde-guerre, gouvernance de moins en moins adaptée aux sociétés complexes qui reposent sur la mobilisation d'une grande diversité d'acteurs et de ressources. D'où la popularité de nouvelles gouvernances faisant appel à la participation des parties prenantes et misant sur l'horizontalité plutôt que sur la verticalité. En troisième lieu, une crise ré-

sultant d'un déficit de démocratie dans les États-providence où la participation des usagers est d'autant plus nécessaire que ces derniers sont coproducteurs avec les professionnels des services personnels. Dans cette visée, le pouvoir et la gestion doivent se rapprocher du citoyen et de son milieu de vie.

À ces chocs internes aux divers États-providence, s'ajoutent maintenant des chocs externes bien identifiés par Esping-Andersen (1999). Ces chocs externes sont la transformation de la structure familiale (instabilité de la famille, famille monoparentale, incapacité de la famille à assumer certaines formes d'entraide), la multiplication de nouveaux risques (chômage de longue durée, exclusion, notamment des jeunes, vieillissement de la population combiné à un faible taux de natalité, nouvelles maladies liées au développement économique), la mondialisation (l'État-providence ne saurait exister dans un seul pays en raison des interdépendances), les nouvelles technologies et les recherches des sciences de la vie. Autre choc, celui de l'asymétrie générationnelle d'autant plus ennuyeuse que, d'une part, « les risques et les besoins sont de plus en plus concentrés sur les jeunes » et que, d'autre part, « l'alliance électorale dominante préfère le maintien du statu quo au service de la structure de risque de nos parents et de nos grands-parents. » (Esping-Andersen, 1999 : 285). Donc, grande difficulté de procéder aux transformations nécessaires.

Si un nombre peu élevé de pays a réussi un refaçonnage pleinement satisfaisant de leur État-providence, il n'en demeure pas moins qu'un nouveau paradigme (une nouvelle vision) tend de plus en plus à s'imposer. Il s'agit de celui d'un État-providence partenarial, *enabling state* (Noel, 1996) ou encore d'un État-providence positif (Giddens, 1998). Les grandes thématiques qui tentent de fournir des réponses aux demandes et problèmes nouveaux semblent se rejoindre pour exiger un dépassement de l'État-providence traditionnel, soit la solidarité et l'équité plutôt que la seule égalité; le ciblage des interventions plutôt que l'universalité et le « mur à mur »; le développement de ressources humaines, la responsabilisation et des mesures actives d'emploi plutôt que l'assistance et des mesures passives; des inves-

tissements sociaux plutôt que des dépenses sociales orientées vers la seule réparation, etc. On passerait ainsi d'un « **État-providence négatif** » orienté vers le passé, la protection et le curatif, à un « **État-providence positif** » misant sur l'investissement social pour préparer l'avenir, permettre aux personnes d'affronter les risques plutôt que de simplement les protéger. Autrement dit, « l'État-providence positif remplacerait les aides négatives de Beveridge par des aides positives : au lieu de la dépendance, l'autonomie; au lieu de la maladie, la santé active; au lieu de l'ignorance, l'éducation permanente; au lieu de l'inactivité, l'initiative » (Giddens, 1999 : 128). Plus largement, l'État-providence se combinerait avec une société providence qui favoriserait la décentralisation, l'initiative et la prise en main, à travers, entre autres, le tiers secteur, les associations et l'économie sociale, notamment pour la livraison de certains services sociaux.

D'autres recherches notent des changements suffisamment significatifs pour laisser entrevoir un nouveau régime de gouvernance (Enjolras, 2004) ou une nouvelle architecture institutionnelle (Jenson, 2005) des systèmes sociaux et de santé. L'État-providence deviendrait de plus en plus un *welfare mix* (Pestoff, 2004) ou encore un *welfare pluralism* (Evers, 2004) caractérisé par la reconnaissance et la mise en interaction d'une diversité de composantes, soit des composantes publiques, privées et associatives auxquelles certains ajoutent la composante domestique (aidants naturels). Autrement dit, dans la plupart des pays développés, les deux dernières décennies auraient été caractérisées par la reconnaissance et même l'adoption de politiques visant à mobiliser des intervenants pour compléter l'intervention directe de l'État dans le domaine de la santé et des services sociaux. De même que les États-providence étaient déjà contrastés comme le manifeste bien la possibilité de les distinguer selon trois ou quatre catégories (État-providence libéral, État-providence conservateur, État-providence social-démocrate), ainsi les nouveaux régimes de gouvernance et les nouvelles architectures institutionnelles en émergence le seraient également. Là où les modèles libéraux ont tendance à s'en remettre au marché et à faire appel en complément à l'engagement des familles et aux contributions philanthropiques ou reli-

gieuses, les autres modèles seraient portés à mieux intégrer ce que plusieurs appellent l'économie sociale ou le tiers secteur.

Dans le cas du Québec, certaines recherches (Saint-Arnaud et Bernard, 2004) montrent de manière assez convaincante que le Québec ne se distingue pas des autres provinces canadiennes et qu'il appartient au modèle d'État-providence libéral ou anglo-saxon. D'autres recherches plus qualitatives (Vaillancourt, 2005; Jetté, 2005) suggèrent au contraire de profondes différences comme en témoignent la création des CLSC au début des années 1970 et plus récemment la loi de lutte contre la pauvreté, les centres de petites enfance, la reconnaissance des organismes communautaires dans la réforme Côté. Ainsi, le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du ministère de la Santé et des services sociaux a connu une croissance presque continue depuis sa création passant de 1 million de dollars en 1972 à 5 millions de dollars en 1980 (pour 73 organismes communautaires), puis à 50 millions de dollars en 1990 (pour 1676 organismes communautaires) pour atteindre 230 millions de dollars en 2000 (pour 2800 organismes communautaires), ce qui représente un peu moins de 2 % du budget du MSSS (Jetté, 2005). En somme, sur le plan de l'architecture institutionnelle, le système de santé et des services sociaux reposerait sur une diversité d'intervenants relativement intégrés.

Le système mis en place à partir de la Révolution tranquille a évolué comme en témoigne un aperçu des principales réformes. Ainsi, après avoir adhéré aux programmes fédéraux d'assurance hospitalisation (en 1961) et d'assurance maladie (en 1970) et sur la base des travaux conduits par la Commission Castonguay-Nepveu, l'État québécois procède en 1971 à la mise en place d'un véritable système public de santé. Au cours des vingt années qui suivent, quelques législations s'ajoutent à la Loi sur les services de santé et de services sociaux, législations qui touchent la santé publique, la protection du malade mental, la protection de la jeunesse, les droits de la personne handicapée. Mais c'est à la suite de la Commission Rochon (1985-1988) que les changements vont s'accélérer : refonte de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (1991); Politique de la santé et du bien-être (1992); réforme de 1992-1999 procédant à la régionalisation, au virage ambulatoire, à la reconnaissance des services à domicile, à la fusion d'établissements dans un contexte de compressions budgétaires et de départs massifs à la retraite; virage prévention et rôle accru de la santé publique (1998); Loi 28 (2000) appliquant au réseau sociosanitaire les principes contenus dans la Loi sur l'administration publique (gestion par résultats, transparence, imputabilité); Commission Clair (2000); Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (2000); Loi modifiant la Loi sur les services de santé et des services sociaux (2001); Comité Bédard sur les modes de financement (2002); Loi 25 (2003) qui reconfigure le réseau; Loi 30 (2003) qui regroupe les accréditations syndicales.

AXES DE RÉFLEXION

Ainsi que le bref rappel qui précède le montre, les gouvernements qui se sont récemment succédé ont entrepris de multiples actions dont on peut assurément questionner la cohérence et la continuité. Dans ce qui suit, nous nous arrêtons sur quelques défis qui apparaissent majeurs pour l'avenir du système de santé et de services sociaux et qui concernent : l'affirmation d'une vision intégrée et partagée, la gouvernance du système et son architecture institutionnelle ainsi que le financement du système.

► **Nécessité d'une vision intégrée et largement partagée**

Plusieurs interviewés ont manifesté une absence de compréhension du système socio-sanitaire québécois et de son évolution, ce qui est assez inquiétant de la part de personnes qui ont eu à assumer des fonctions de direction dans le monde politique, socioéconomique ou administratif. À leurs yeux, le système paraît trop coûteux de sorte que, devant une montée prévisible des coûts, certains proposent une révision de l'offre de service ou la création d'une caisse dédiée. Le système leur semble également trop lourd et déficient quant à sa gouvernance, trop médicalisé et trop politisé. Par ailleurs, les préoccupations portent moins sur les causes que sur les symptômes : urgences engorgées, listes d'attentes interminables, coût des médicaments, faiblesse de l'aide à domicile, désuétude des équipements et des bâtiments, insalubrité, manque d'infirmières et de médecins spécialistes. Pourtant, les enjeux auxquels est confronté le système de santé (technologie en évolution constante; vieillissement et perte d'autonomie pour une partie grandissante de la population; rareté de la main d'œuvre et distribution difficile des professionnels de la santé sur tout le territoire québécois) sont nombreux et complexes.

Si l'on considère que la crise des systèmes socio-sanitaires touche tous les pays développés, il nous semble nécessaire d'élargir la perspective et de prendre en considération ce qui semble se dégager sur le plan d'un nouveau paradigme et du renouvellement des architectures institutionnelles de ces systèmes et, ainsi, de désenclaver en quelque sorte la question du financement des soins de santé. Cette vision ne devrait-elle pas intégrer le meilleur des nombreuses expérimentations et réformes tout en mettant de l'avant une transformation majeure du système, quitte à repenser ses rapports avec les autres composantes des services collectifs et des interventions de l'État? Au Québec, cette vision devrait être élaborée sous la direction de l'État, mais en concertation avec toutes les parties prenantes (publiques, privées, associatives et domestiques) afin non seulement de mobiliser l'ensemble des ressour-

ces financières et non financières mais aussi de se donner une façon adaptée à notre époque d'aborder la question des besoins et des solutions appropriées.

Cette vision devrait être compatible avec les exigences et les attributs d'un État stratège qui a la capacité et la légitimité ultime de prendre les décisions qui guideront l'évolution et l'adaptation des services sociosanitaires, conformément à l'intérêt public et après avoir recherché et suscité des consensus auprès de la société civile et de ses représentants quant à l'incidence des décisions à prendre et pour des ajustements aux modes d'organisation. Ce faisant, on s'assurerait du pilotage stratégique d'une transformation majeure des services publics tout en faisant une large place aux débats et à la participation citoyenne garantissant une légitimité et une continuité dans la mise en œuvre.

Enfin, ne faut-il pas reprendre un principe de base présent dans la proposition de Beveridge d'un État-providence, à savoir la compatibilité du développement économique et du développement social. Cette compatibilité est à redéfinir car elle semble bien se poser en des termes nouveaux en raison de la mondialisation, de la nouvelle économie et de la reconfiguration de nos sociétés, donnant ainsi lieu à de nouveaux besoins de santé et de services sociaux. Sous cet angle, un développement économique misant sur la nouvelle économie, une économie du savoir et des sciences de la vie, une économie axée sur les services relationnels, ne peut s'épanouir sans investissement dans le domaine social, soit l'éducation, la santé, les services sociaux, la culture et la cohésion sociale. Plusieurs économistes avancent que le domaine des sciences de la vie constituera le cœur des économies les plus avancées. Dans cette perspective, ne faut-il pas établir des passerelles plus fermes entre les politiques de développement économique et le développement social, entre institutions sociosanitaires et systèmes éducatifs et de recherche? Ce faisant, on s'inscrit dans la vision de l'OCDE concernant la viabilité du système socio-sanitaire. Nous pensons toutefois que cette vision doit être complétée (pour une vision intégrée) par celle de l'OMS quant aux besoins, soit une vision qui ré-

pond aux besoins dans le sens du développement durable (Imbeau, Chénard, Dudas, 2004 : 258-9).

► **La gouverne du système et son architecture institutionnelle (place des divers intervenants)**

Si une vision intégrée et cohérente s'impose comme une sorte de préalable, la question d'une gouverne appropriée, qui intègre la pluralité des acteurs, qui tient compte des nouvelles interdépendances entre l'économie et le social, de la diversité des milieux de vie et des groupes sociaux, ne s'impose-t-elle pas également comme incontournable pour délimiter les besoins, trouver des réponses et les ressources nécessaires ? Une gouverne ainsi distribuée, qui mise sur la décentralisation, l'horizontalité et la transversalité, ne devrait-elle pas se fonder sur une architecture institutionnelle faisant une place conséquente aux diverses parties prenantes et misant sur le partenariat pour la mise en œuvre dans le respect des logiques d'intervention des divers acteurs (publics, privés, associatifs et aidants naturels), à condition évidemment qu'elles contribuent à l'intérêt général tel que défini dans la vision partagée ? S'il faut être d'accord avec le principe de l'humanisation des soins, il faut reconnaître que ce principe ne saurait être concrétisé sans une gouvernance appropriée qui tient compte de la diversité des intervenants.

Plus qu'on ne le suppose spontanément, le privé est présent dans le système sociosanitaire. Il en est de même pour les organismes communautaires et les associations. Outre les cliniques médicales privées, les maisons d'hébergement pour les personnes âgées, les services auxiliaires dans certains CH et CHSLD, il ne faut pas oublier que, au Québec, environ 30 % des dépenses totales de santé et services sociaux sont privées. Pensons aux soins et aux services non couverts comme les soins dentaires, les diverses thérapies, les services de mise en forme, les services de consultation. Pensons également aux soins normalement couverts par le système public mais que certains usagers peuvent se payer pour les obtenir plus rapidement ou dans de meilleures conditions (ex. chambre privée).

Les organismes communautaires et tout ce que l'on peut regrouper dans l'économie sociale sont également présents. Ainsi, près de 3000 organismes communautaires reçoivent du financement de la part du MSSS à travers le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) pour des services à domiciles, des services à la jeunesse, des services aux femmes, des services à la communauté et autres. Ces organismes communautaires reçoivent environ 300 millions de dollars du MSSS, soit environ 1,9 % de son budget total (Jetté, 2005). Ils vont chercher d'autres ressources auprès du gouvernement fédéral, des 17 Centraide du Québec (celui de l'agglomération de Montréal fournissait en 2000, 27 millions de dollars), de fondations privées (Mc Connell, Chagnon, Coutu, etc.) et des églises. On peut faire l'hypothèse que les organismes communautaires mobilisent ainsi près d'un demi-milliard de dollars, sans compter le bénévolat et les dons en nature.

Enfin, on oublie trop souvent la quatrième composante (qui est généralement la première) du système sociosanitaire, celle des aidants naturels dont les conditions pourraient être améliorées, avec des retombées positives non seulement pour les premières et les premiers concernés mais aussi pour l'ensemble de la société.

Le gouvernement actuel a identifié des projets susceptibles d'être réalisés en mode de partenariat public-privé : la modernisation de 3 000 à 5 000 places d'hébergement et de soins de longue durée et la mise en place de centres médicaux chirurgicaux agréés. Cette mise en place permettrait de réduire les listes et les durées d'attente pour les services spécialisés dont l'accessibilité est la plus problématique, en accélérant le développement des installations nécessaires dans des délais beaucoup plus courts que ne le permettent actuellement les budgets disponibles, et ce, sans augmenter la dette publique. Faut-il poursuivre dans ce sens ? Quelle place accorder au privé et au monde associatif ? Ne faut-il pas penser la place de chacune des composantes dans la perspective de l'architecture d'ensemble qui en résultera ?

► Le financement du système

Le coût de financement des systèmes de santé et de services sociaux a explosé dans tous les pays. Ainsi, aux États-Unis, « les Américains dépensent plus pour leur santé qu'ils n'achètent de biens durables » (OCDE, 2000 cité Boyer, 2002 : 184). En 1960, les dépenses en biens durables atteignaient 14 % des dépenses des ménages et la santé 5 %; en 2000, les dépenses en santé et services sociaux avec 15,7 % ont dépassé celle des biens durables qui sont descendues à 12 %.

Au Québec, le secteur sociosanitaire accapare une partie croissante des ressources financières de l'État québécois. Au cours des quinze dernières années, le budget du secteur a connu une augmentation de 77 % – plus de deux fois le pourcentage d'augmentation des autres programmes gouvernementaux. En 2004-2005, il est de 20,1 milliards de dollars, ce qui représente 42,6 % de l'ensemble des dépenses de programme. La dynamique de croissance des dépenses du secteur, qui est évaluée à 5,1 % en sus de l'inflation, est liée à des facteurs structurels tels le vieillissement de la population et la transformation de la famille, le développement des technologies et des médicaments et l'évolution des pratiques médicales et chirurgicales. Malgré le rétablissement des transferts fédéraux à la santé, cette dynamique de croissance continuera à être plus rapide que celle des revenus du gouvernement, présentant un écart de 1 à 2 % par année qui est à la fois récurrent et additif. Par ailleurs, un nouveau mode d'allocation des ressources doit être mis en place. Basé sur une approche populationnelle, il permettrait de corriger les lacunes du système actuel basé sur une reconduction historique.

Faudrait-il fixer des limites aux ressources publiques à allouer au système de santé et revoir le panier de services en conséquence? Faudrait-il revoir l'assurance médicaments afin d'assurer une meilleure mutualisation des risques? Faudrait-il, ainsi que l'a recommandé la Commission Clair, créer une société d'État responsable de la gestion du système pour ne laisser au ministère que l'élaboration des politiques et des programmes et l'allocation des ressources? Toutes ces questions sont légitimes et doivent être posées. Il ne faut donc pas escamoter la question du financement.

Cela dit, pour obtenir une solution durable au problème du financement, ne devons-nous pas repenser l'ensemble du système sociosanitaire et son articulation au modèle de développement économique et social? N'y a-t-il pas un danger à poser la question du devenir du système sociosanitaire exclusivement en termes financiers comme si les besoins en soin de santé ne pouvaient que connaître une croissance illimitée et que seules les ressources financières (monétaires) pouvaient être mobilisées, négligeant ainsi la possibilité d'innovations technologiques et sociales susceptibles d'en modifier la donne? Trop de problèmes sociaux ne sont-ils pas traduits spontanément en termes médicaux? Certains problèmes de santé ne résultent-ils pas d'un mode de consommation et de production qui devrait être revu? Certaines solutions à des problèmes de santé ne pourraient-elles provenir d'une éducation sensible à la consommation durable et au développement durable? L'allongement de l'espérance de vie ne représente-t-il qu'un passif pour une société et une économie? Ne peut-il pas constituer également un actif?

