



## UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ À LA CROISÉE DES CHEMINS Réflexion d'un économiste sur sept questions<sup>1</sup>

Jean-Pierre Aubry, Président du CPP  
15 décembre 2007

Même si la qualité des soins reçus dans le système public de santé du Québec est relativement bonne, il ne se passe pas une semaine sans que nous apprenions par les médias de nouveaux problèmes dans ce système, notamment au niveau de l'accessibilité des soins. On nous parle de la longueur des files d'attente, de la difficulté de trouver un médecin de famille, du manque de soins donnés aux patients des CHSLD, des sommes considérables dépensées annuellement pour ce système, etc... Malgré une litanie de mesures prises ces dernières années par le ministère de la Santé pour améliorer la situation et malgré de fortes augmentations de son budget, les problèmes perdurent. Comble de malheur, il appert que la situation va empirer avec le vieillissement de la population. On ne semble pas trouver la solution pour redresser la situation. La seule note rassurante est le fait que les autres provinces et de nombreux autres pays développés font face à la même problématique et sont, comme nous, à la recherche de solutions.

Faut-il tout simplement mettre encore plus d'argent dans le système ? Faut-il continuer à colmater ici et là les brèches ou faut-il donner un coup de barre et envisager des solutions plus drastiques ? Faut-il s'éloigner graduellement d'un système de santé à une seule vitesse, accessible à tous et payé par l'État ? Faut-il réduire la couverture des soins offerts par le régime public ou/et le niveau de service cible de ces soins ? Faut-il mettre en place un ticket modérateur ? Faut-il confier une plus grande place au secteur privé ? Que de questions !

Le présent document ne présente malheureusement pas de réponses à toutes ces questions et encore moins de solutions miracles. Il a pour objectif de contribuer simplement à notre réflexion collective en présentant un ensemble de points qui peuvent nous aider à mieux comprendre cette problématique et à mieux orienter notre choix de solutions. Le facteur commun qui relie ces points est le souci d'utiliser un ensemble de connaissances provenant de la science économique et de règles liées à la bonne gouvernance. Voici en ensemble d'actions qui sont encouragées à travers ce document :

1. définir et respecter le contrat social entre le gouvernement qui gère le système public de santé et les citoyens;
2. stimuler la recherche de gain d'efficacité et d'efficience par la concurrence;

---

<sup>1</sup> Un merci aux membres du *Comité des politiques publiques*, tout particulièrement à Charles A. Carrier, et Luc Godbout, ainsi qu'à Jac-André Boulet pour leurs commentaires. Les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que l'auteur.

3. assurer une offre satisfaisante de ressources clefs pour réaliser de tels gains;
4. chercher des solutions hors du cadre habituel;
5. promouvoir la flexibilité dans le milieu de travail pour mettre en place de nouvelles approches et de nouvelles solutions;
6. planifier les besoins et les ressources pour remplir ces besoins à moyen et long terme;
7. trouver des solutions qui optimisent l'utilisation des infrastructures et des équipements (gestion des coûts fixes).

De façon à éviter de nous embourber dans une argumentation complexe pour analyser un système qui est lui-même extrêmement complexe, nous avons choisi de présenter peu de chiffres, de mettre l'accent sur l'argumentation et de prendre un format de présentation qui consiste à donner des réponses courtes aux sept questions suivantes :

1. Quelle est l'ampleur des pressions que mettra le système public de santé sur les finances du Gouvernement du Québec ?
2. Est-ce que le système public de santé a un effet positif ou négatif sur le potentiel économique du Québec ? Est-ce un actif ou un boulet ?
3. Est-ce que le système public de santé peut être efficace et efficient lorsqu'il opère avec un manque chronique de ressources humaines clefs ?
4. Doit-on réviser la couverture et les niveaux de service cibles des soins offerts dans le système public ?
5. Doit-on faire de la sous-traitance à l'intérieur du système public ?
6. Doit-on recourir à un ticket modérateur dans le système public ?
7. La croissance du système privé se fera-t-elle au détriment du système public ?

## **I QUELLE EST L'AMPLEUR DES PRESSIONS QUE METTRA LE SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ SUR LES FINANCES DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ?**

Dans cette première section, nous tentons de donner un ordre de grandeur des pressions que la hausse des coûts de notre système de santé public risque d'engendrer sur les finances publiques du Québec. Avant de parler des dépenses futures, il est important de réaliser que le budget du ministère de la santé et des services sociaux a connu une croissance très élevée ces huit dernières années. Pour l'exercice 1999-2000, les dépenses ont été de 14,8 milliards de dollars; dans le budget 2007-2008, elles sont de 23,8 milliards de dollars, ce qui représente une augmentation de 10 milliards de dollars, soit 68%. En termes réels, ce taux de croissance est de 35%. En proportion des dépenses de programmes, elles ont augmenté en 8 ans de 5 points de pourcentage, passant de 39% à 44%.<sup>2</sup>

**Pour un instant**, faisons l'hypothèse que nous ne pourrions pas compter sur des gains importants de productivité et, par conséquent, que nous continuerons à avoir un système public de santé dont l'efficacité et la productivité demeure au même niveau que nous avons présentement. Faisons également l'hypothèse que les hauts dirigeants du

---

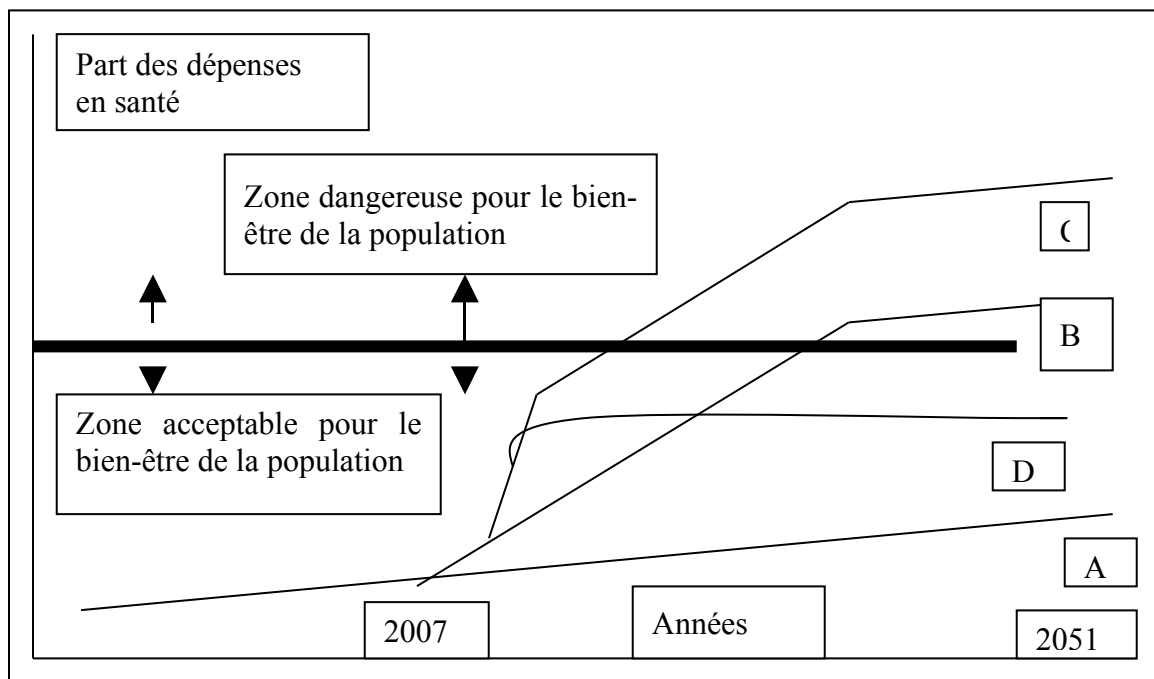
<sup>2</sup> Voir [http://msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats\\_sss/index.php?id=135,96,0,0,1,0](http://msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=135,96,0,0,1,0) et [http://msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats\\_sss/index.php?id=135,95,0,0,1,0](http://msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=135,95,0,0,1,0)

Le système public de santé ont accès à toutes les ressources humaines (médecins, infirmières, gestionnaires...) qu'ils désirent. Dans un tel environnement, nous posons alors deux questions :

1. De combien faudrait-il augmenter les budgets alloués au système public de santé pour faire face au vieillissement de la population, tout en maintenant le niveau de service que nous avons présentement, lequel est jugé inférieur à celui qui est jugé acceptable ?
2. De combien faudrait-il augmenter les budgets alloués au système public de santé pour obtenir un niveau de service jugé acceptable ?

Voici un schéma qui a été conçu dans le but de nous permettre de mieux aborder ces deux questions en termes de la part du budget du Gouvernement du Québec alloué à la Santé jusqu'en 2050.

**Effet de divers scénarios sur la part des dépenses en Santé dans les dépenses de programme du budget du Québec**



Scénario A : Sans l'effet du vieillissement et une réponse à 85% des demandes  
 Scénario B : Avec l'effet du vieillissement et une réponse à 85% des demandes  
 Scénario C : Avec l'effet du vieillissement et une réponse à 95% des demandes  
 Scénario D : Avec l'effet du vieillissement et une réponse à 95% des demandes, un coup de barre dans la gestion et des gains additionnels de productivité  
 Note : Les paramètres 85% et 95% sont fictifs et n'ont qu'un but illustratif.

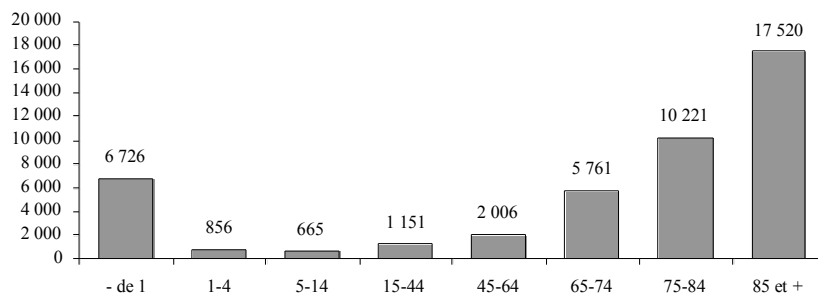
Le Scénario A représente un scénario de base où, même sans le vieillissement de la population, la part des dépenses en santé aurait augmenté et où il y a, comme présentement, une demande insatisfaite (files d'attente, accès limité dans certains domaines, soins non offerts, ...). Il est possible d'envisager qu'un tel scénario de base

implique une croissance de la part des dépenses en santé d'au moins 5% d'ici le milieu du vingt-et-unième siècle, la faisant passer de 44% à 49 %, notamment à cause des progrès de la médecine qui tente de repousser les limites de ce qu'elle peut faire (traitements plus complexes, équipements plus sophistiqués, médicaments plus coûteux, virus plus résistants...).

La différence entre le Scénario B et le Scénario A représente l'effet du vieillissement de la population qui engendre une augmentation de la demande tout simplement parce que les personnes âgées demandent plus de services à notre système public de santé et parce qu'il y aura plus de personnes âgées.

**Graphique 1 : Dépenses de santé par habitant du gouvernement du Québec selon le groupe d'âge – 2004 (en dollars)**

Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2006*, Ottawa, 2006.



Selon les travaux d'Arseneau, Fortin, Godbout et St-Cerny<sup>3</sup>, le

vieillissement de la population pourrait accroître la proportion des dépenses de programme d'au moins 20 points de pourcentage, la faisant passer de 40% en 2005 à plus de 61% en 2051.

La différence entre le Scénario C et le Scénario B représente l'augmentation nécessaire des dépenses pour atteindre un niveau de service plus acceptable (réduction des files d'attente à un niveau plus conforme à nos attentes). Il nous semble raisonnable de penser qu'une augmentation minimale de 10% des budgets de la santé serait nécessaire pour atteindre ce niveau de service acceptable; ceci aurait pour effet de hausser la part des dépenses de santé dans le budget du Québec de 44% à 49%. Souvenez-vous que nous faisons ici l'hypothèse que les ressources en personnes, équipement et infrastructure sont disponibles.

Si nous faisons la somme de ces trois effets, nous obtenons une augmentation de 22 points de pourcentage, soit de 44% à 66%, de la part des dépenses de programmes allouée au système public de santé vers le milieu du vingt-et-unième siècle. Il est clair que de telles pressions mettraient en danger le montant de ressources disponibles pour les autres programmes publics (éducation, services sociaux, infrastructures collectives, protection de l'environnement...) et donc le bien-être de la population lié à l'offre de ces

<sup>3</sup> Luc Godbout, Pierre Fortin, Mathieu Arseneau, Suzie St-Cerny, *Oser choisir maintenant*, Les Presses de l'Université Laval, 2007.

services. Une telle situation est illustrée par la ligne horizontale dans notre schéma au-dessus de laquelle on entre dans une zone où la part des dépenses allouées au système de santé public atteint un niveau qui mettrait en péril le bien-être de l'ensemble de la population.. Ce sujet sera de nouveau abordé dans la section suivante.

Une alternative serait alors d'accroître les taxes et les impôts. Mais, la hausse de ces entrées fiscales qui serait nécessaire serait telle qu'elle aurait également des effets extrêmement nocifs sur l'offre de travail et sur la compétitivité de l'économie québécoise. Le recours à l'endettement ne ferait que retarder le paiement de la facture, tout en l'accroissant par les coûts d'intérêt. Une autre façon de faire face à ce défi serait de commencer à engranger des surplus pour atténuer les pressions financières au moment où le choc du vieillissement sera à son maximum.

Quel est le message projeté par ces trois scénarios ? Les chocs auxquels notre système public de santé à faire face mettront des pressions considérables sur les finances publiques. **Même si nous réduisons de moitié les chiffres ci-haut mentionnés, le choc demeure énorme.** De plus, il est incorrect de penser

- que nous éviterons ces problèmes en poursuivant la recherche de gains de productivité comme nous l'avons fait dans la dernière décennie;
- que nous pourrions absorber ce choc comme nous avons absorbé l'augmentation des coûts des trente dernières années, notamment parce qu'il y aura de moins en moins de travailleurs par retraité;<sup>4</sup>
- qu'une hausse des transferts du gouvernement pourra réduire substantiellement les pressions sur la situation financière du Gouvernement du Québec. N'oublions pas que plus les transferts en santé du gouvernement fédéral seront élevés, plus il devra taxer les Canadiens (et donc les Québécois).<sup>5</sup>

Si nous ne réussissons pas à donner un coup de barre et à générer des gains importants de productivité (tel qu'illustré dans notre schéma par le scénario D), il sera difficile d'éviter une détérioration significative des services donnés par le système public de santé. La qualité des soins donnés et la couverture des soins offerts diminueront. **Il y aura de plus en plus d'occasions de profits pour le secteur privé d'offrir des soins à**

---

<sup>4</sup> En 1971, il y avait huit travailleurs pour chaque retraité. Aujourd'hui, ce ratio est de cinq pour un et dans 20 ans il sera de deux pour un. La proportion de personnes âgées a augmenté en 35 ans de 7 points de pourcentage de 1971 à 2006, passant de 7% à 14%; cette même proportion augmentera dans les 35 prochaines années de 14 points de pourcentage de 2006 à 2041, passant de 14% à plus de 28%.

L'accroissement de la demande pour les soins de santé sera donc beaucoup plus forte dans les prochaines que celui que nous avons observé dans les dernières décennies. De plus, notre capacité d'absorber un tel choc sera réduite compte tenu de la baisse sensible du ratio de travailleurs par retraité.

<sup>5</sup> La situation financière des provinces a été grandement allégée par l'accroissement des transferts du gouvernement fédéral aux provinces et territoires (transferts en matière de programmes sociaux, santé et péréquation. Entre les exercices budgétaires 2004-2005 et 2007-2008, la hausse de ces transferts a été de 12 \$ milliards (de 55 \$ milliards à 67 \$) ; pour le Québec, cette hausse a été de 5 milliards à 9 \$ milliards, voir <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/mtpf.html> ). Les gouvernements provinciaux ne peuvent compter sur des accroissements de transferts aussi importants dans le futur.

**ceux qui peuvent les payer. Un système de santé à plus d'une vitesse sera de plus en plus une réalité. Peut-on laisser le système public dériver graduellement vers un tel environnement ? Est-on prêt à donner un sérieux coup de barre pour améliorer sensiblement le système public de santé pour les prochaines décennies ?**

Il est important de comprendre que la situation du Québec que nous venons de décrire n'est pas unique. Elle est proche de celle des autres provinces du Canada. Dans certains domaines, elle est présentement légèrement meilleure que celle des autres provinces et, dans certains autres domaines, elle est moins bonne. De plus, les provinces du Canada (exception faite de l'Alberta) et plusieurs pays d'Europe qui donnent la même prépondérance à leur système public auront de plus en plus de difficultés à faire face à l'augmentation de la demande provenant du vieillissement de leur population.

## **II EST-CE QUE LE SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ A UN EFFET POSITIF OU NÉGATIF SUR LE POTENTIEL ÉCONOMIQUE DU QUÉBEC ? EST-CE UN ACTIF OU UN BOULET ?**

Au Québec (ainsi qu'au Canada), les dépenses totales en santé sont une importante composante du produit intérieur brut (PIB). La proportion de ce secteur dans le PIB est de 10%. Les dépenses du gouvernement du Québec en santé (le système public de santé) représentent près de 72 % de ces dépenses totales, soit une dépense de près de 3 100\$ par habitant.<sup>6</sup> Fait intéressant, ces dépenses ne sont pas concentrées en une ou deux régions mais à travers tout le territoire, selon la distribution de la population.

Un aspect intéressant des soins de santé est le fait qu'ils contribuent à la hausse du potentiel de l'économie en faisant en sorte que la main-d'œuvre soit en santé. Cette caractéristique est d'autant plus importante qu'il nous faut investir pendant de plus en plus d'années dans la formation de la main-d'œuvre par le biais du système d'éducation et les divers programmes de formation offerts par les employeurs et les gouvernements. Le rendement (purement) économique de cette formation sera supérieur si les travailleurs sont en forme et peuvent travailler plus longtemps. Ce dernier point est encore plus important dans un contexte où il est important de réduire la rareté des travailleurs engendrée par le choc du vieillissement de la population en permettant à de nombreux travailleurs de repousser l'âge de leur retraite. Il faut cependant aller bien au-delà de la mesure du PIB pour apprécier l'impact du système de santé sur la population d'un territoire.

Un bénéfice fort reconnu d'un bon système de santé est l'augmentation du bien-être qu'il procure à ses bénéficiaires. La santé, c'est important et l'individu qui recouvre la santé grâce à de bons soins valorise énormément ce service. Il ne faut pas être ou avoir été malade pour retirer un certain bien-être d'un bon service de santé; la capacité de recevoir des soins de santé génère en elle-même un bien-être un peu comme le fait la détention d'une police d'assurance feu ou vol pour le propriétaire d'une maison. La

---

<sup>6</sup> La part du secteur privé s'accroît non seulement parce que l'allongement des files d'attente dans le système public crée de nombreuses opportunités à des entreprises privées d'offrir directement des services aux citoyens, mais aussi parce que la facture des médicaments non couverts par la carte santé augmentent rapidement.

réci-proque est également vraie; les files d'attente et la difficulté de trouver un médecin de famille crée chez les personnes vulnérables de l'anxiété et implique une réduction des bénéfices générés par le système public de santé.

Il y a un bénéfice additionnel généré par le système de santé lorsqu'un groupe de personnes sont reliées entre elles par des liens émotifs. Par exemple, le bien-être généré par un bon système de santé pour une famille dépasse la somme des bénéfices individuels. La même logique s'applique au niveau d'une province ou d'un pays. Un bon système de santé public crée d'importantes synergies dont il faut tenir compte quant nous voulons faire une analyse coûts-bénéfices d'un tel système et décider jusqu'où le gouvernement doit investir dans ce système.

**Tout ceci pour dire que le gouvernement a raison d'investir dans un bon système public de santé. Cependant, nous ne vivons pas dans un système où les ressources sont illimitées.** Plus le système de santé utilise des ressources, moins il y en a pour produire d'autres biens et services qui seront consommés sur place ou qui seront exportés et échangés contre d'autres biens et services produits à l'extérieur du Québec. Il faut donc trouver l'allocation des ressources entre les divers secteurs d'activités qui maximisent le bien-être de la population. Est-ce que la population est prête, par exemple, à accepter d'être taxée plus et donc de réduire sa consommation de nombreux biens et services, pour que le gouvernement puisse offrir un niveau de service plus élevé dans le système public de santé et pour qu'il puisse faire face à une augmentation de la demande de santé engendrée par le vieillissement de la population ? Est-on prêt à accepter que la qualité des autres services offerts par le gouvernement diminue de façon à permettre que des montants plus élevés soient alloués au ministère de la Santé ?

Si le maintien d'un très bon système public de santé se fait au détriment du système d'éducation, il est possible que cela ait des effets néfastes non seulement sur le potentiel économique de la province mais aussi sur le bien-être de sa population. Dans un environnement où le vieillissement de la population mettra des pressions énormes sur les coûts de notre système public de santé, il faudra faire des choix déchirants. Plus nous réussissons à accroître l'efficacité et l'efficacité de notre système de santé, moins déchirants seront ces choix et plus le bien-être de la population et le potentiel de l'économie seront élevés.

Une autre caractéristique des soins de santé est le fait qu'ils sont produits avec une haute proportion de ressources domestiques (médecins, infirmières, gestionnaires, immeubles,...). Certes, nous importons des ressources comme l'équipement spécialisé et certains médicaments, mais ces ressources ne représentent qu'une faible proportion de cette production. Cela veut dire que le Canada et le Québec n'ont pas besoin d'exporter d'autres biens et d'autres services afin de pouvoir se procurer sur le marché international ces services. Ceci implique que les effets d'entraînement des dépenses en santé sont très élevés. De plus, comme nous l'avons mentionné plus haut, ces effets seront relativement bien répartis à travers le territoire du Québec.

En théorie, il serait possible pour le gouvernement d'une province (ou d'un pays) de planifier la formation de ressources humaines et l'acquisition de ressources physiques de façon à avoir la capacité de produire plus de soins de santé que les besoins de sa population et d'utiliser ce surplus pour soigner des personnes d'autres provinces et de l'étranger afin de dégager des profits qui pourraient être utilisées pour financer une partie de son système public de santé. On semble avoir au Québec une expertise qui pourrait être à la source d'une telle activité fort rentable d'exportation de soins de santé.<sup>7</sup> Cependant, on est très loin d'une telle situation non seulement à cause de l'actuelle rareté des ressources mais aussi parce que les pressions politiques pousseraient le gouvernement à allouer toutes les capacités de production au soin de sa propre population. La santé est un domaine où on peut offrir toujours plus de soins et améliorer la qualité de ceux-ci. Il est extrêmement difficile au gouvernement de définir les limites de la couverture des soins de santé puisque les bénéficiaires ne paient pas directement pour les services reçus.

Même si l'idée d'offrir des soins de santé sur base régulière à des non résidents du Québec est rejetée, il ne faut pas rejeter l'idée de partager des coûts fixes avec d'autres provinces dans les domaines où ces derniers sont élevés et où la demande est très faible (soins très spécialisés). Le même principe de partage des coûts fixes s'applique également dans les zones frontalières. Il faut également appliquer le principe de partage des coûts fixes entre le système public et ce qui est offert à l'extérieur du système public. Même en faisant l'hypothèse que ces deux entités ont le même niveau d'efficacité et d'efficacités, il y aura des cas où il sera souhaitable que ces deux entités partagent des coûts fixes. On n'a qu'à penser au partage de certaines infrastructures (ex. des locaux, et des salles d'opération, de certains équipements, et même de certaines ressources humaines (ex. des chirurgiens dont le nombre d'heures de travail offertes par le système public est inférieur à celui que ces derniers sont en mesure d'offrir).

### **III EST-CE QUE LE SYSTÈME PUBLIC PEUT-ÊTRE EFFICACE ET EFFICIENT LORSQU'IL OPÈRE AVEC UN MANQUE CHRONIQUE DE RESSOURCES HUMAINES CLEFS ?**

Nous sommes tous d'accord sur l'importance d'adopter des mesures qui permettront de faire plus avec moins de ressources. Le bien-être de la population s'accroît si les gestionnaires du système public de santé font en sorte que ce système offre plus et de meilleurs soins avec moins de ressources; le gouvernement peut ensuite décider d'utiliser ces épargnes pour 1) accroître la quantité et/ou la qualité des soins de santé, 2) offrir d'autres services à la population ou 3) pour réduire les taxes et les impôts des citoyens et des entreprises. Même dans un environnement où il n'y aurait aucun système public de santé, la recherche de l'efficacité et de l'efficience permet d'accroître le bien-être de la population.<sup>8</sup> Les épargnes ainsi générées peuvent être utilisées à diverses fins (achats d'autres biens et service, incluant la possibilité de se procurer des soins de santé additionnels, ...). Le fait qu'il y ait en place un système public ne fait qu'ajouter à cette

---

<sup>7</sup> L'exportation de soins de santé n'implique pas seulement la production de soins de santé par des Québécois à l'extérieur des frontières du Québec, mais aussi (et surtout) l'offre de soins de santé à des non-résidents (ex. des citoyens d'autres pays ou d'autres provinces viennent se faire soigner au Québec).

<sup>8</sup> Par efficacité, je veux parler de la qualité des soins. Par efficience, je veux dire la capacité d'obtenir un résultat avec un minimum d'input et à un coût minimal.



liste la possibilité que les épargnes générées par les gains d'efficacité réalisés par le gouvernement peut permettre aux citoyens de recevoir des services publics additionnels (incluant des services dans le secteur de la santé).

Il sera cependant difficile de faire des progrès importants au niveau de l'efficacité et de l'efficacéité tant que le gouvernement ne réussira pas à accroître l'offre de médecins et d'infirmières et à faire en sorte que la grande majorité d'entre eux demeurent au Québec. Il est difficile de faire en sorte qu'une chaîne de montage soit performante s'il faut à tout bout de champ l'arrêter ou la ralentir parce que des travailleurs ne se présentent pas au travail. Un autre effet de la rareté des ressources clés est la hausse de leur rémunération. Plus les médecins et les infirmières seront en demande, plus ils pourront demander des salaires élevés. C'est la loi de l'offre et de la demande. Les gestionnaires feront donc face à une plus grande rareté de ressources clés et ils devront payer celles-ci de plus en plus cher.

Le manque d'infirmières dans le système public a également pour effet d'accroître les heures supplémentaires à un niveau qui cause un plus haut taux d'absentéisme, ce qui engendre une hausse des taux horaires moyens et du coût des bénéfices marginaux (support des congés de maladies et des pensions d'invalidité). Cette situation a pour effet de décourager les étudiantes qui pourraient être intéressées par une telle carrière. On s'approche même d'une situation où moins il y en aura plus ça coûtera cher.

Il ne faut pas espérer que ces pressions seront atténuées par l'environnement externe. En fait, ce sera l'inverse. Il y a une rareté planétaire de ces ressources, plusieurs d'entre elles sont mobiles et des offres alléchantes d'emploi viendront de partout. Finalement, plus la rareté des ressources clés sera grande, plus il sera difficile de convaincre la population que c'est une bonne chose de recourir au secteur privé; la population continuera de craindre qu'une plus grande utilisation des ressources du secteur privé puisse impliquer un effritement du système public de santé.

Il faut donc que le gouvernement encourage la formation d'un plus grand nombre de ressources clés. Une partie sensible des coûts liés à cette formation lui seront récupérés par la réalisation de gains d'efficacité (la chaîne de montage sera moins souvent arrêtée ou ralentie), par moins de pressions sur la rémunération (moins de rareté) et par une plus grande flexibilité pour utiliser des ressources du secteur privé dans les situations où celles-ci sont plus efficaces et efficaces.

Durant les quinze dernières années, le gouvernement a fortement contrôlé les coûts du système public de santé en contrôlant les intrants (le nombre disponible de ressources clés, le nombre d'heures disponibles pour les salles d'opération, le nombre de lits disponibles dans divers services et même le nombre de prothèses disponibles). On a tenté de forcer la création de gains de productivité en créant la rareté des intrants avec relativement peu de succès. Dans certains cas, on a même réussi à éloigner les étudiants de ce secteur d'activité en leur faisant peur avec des conditions de travail très difficiles.

Ce sera donc très difficile de changer cette approche, surtout dans un environnement budgétaire très serré.

**Nous pensons que d'accroître sensiblement l'offre de médecins et d'infirmières est une condition absolument nécessaire pour améliorer la situation, mais ce n'est pas une condition suffisante.** Pour que le système public de santé fonctionne bien, il faut non seulement que les ressources humaines soient disponibles mais aussi qu'elles puissent être utilisées avec beaucoup de souplesse. Il faut donc absolument faire des progrès au niveau de la réduction des très nombreuses contraintes érigées par le corporatisme (associations professionnelles et syndicats).

#### **IV DOIT-ON RÉVISER LA COUVERTURE ET LES NIVEAUX DE SERVICE CIBLES DES SOINS OFFERTS DANS LE SYSTÈME PUBLIC ?**

Notre système public de santé est loin de couvrir l'entièreté des soins de santé. De plus, il ne bénéficie pas nécessairement à tous les individus également car il existe de nombreuses exclusions du panier de soins couverts. En effet, les individus dont les problèmes de santé consistent principalement à souffrir d'une mauvaise dentition, d'une mauvaise vision, ou d'autre déficience intellectuelle ou physique, doivent encourir, ou faire encourir à leurs parents, des coûts importants pour surmonter leurs déficiences ou leurs handicaps car ces coûts ne sont pas couverts par le régime. Finalement, l'efficacité de la couverture du système public de santé peut différer d'un groupe ayant certaines caractéristiques (âge, sexe, ...) à un autre groupe ayant certaines autres caractéristiques.

Quand le gouvernement a mis en place le système de santé, il a alors décidé de couvrir une gamme assez vaste de soins et, avec les années, on a eu tendance à accroître légèrement le panier de soins couverts par le régime. Néanmoins, un arbitrage a toujours été fait entre les soins que l'on a jugé devoir couvrir et ceux qu'on a décidé d'exclure pour éviter que le coût du régime augmente trop. **Il serait bien sûr normal**, après 40 années d'existence de notre système de santé et compte tenu des pressions futures qui s'exerceront suite au vieillissement de la population, **de revoir le panier de soins couverts par le régime et s'assurer que les choix qui ont été faits sont toujours justifiés, équitables et conformes aux valeurs d'aujourd'hui.** Cette révision pourrait conduire par exemple à exclure certains soins reliés et inclure par contre d'autres soins davantage valorisés par la société.

Suivant la même logique que celle exposée dans la section précédente, le gouvernement doit redéfinir les niveaux services cibles des soins qui seront couverts par le système public. Ces niveaux de service cibles peuvent être définis selon divers paramètres tels que la qualité des soins, le temps d'attente et le seuil où les frais marginaux sont défrayés par le patient.<sup>9</sup> **Avoir un système public ne veut pas dire que tous les soins sont couverts et que le niveau de service de tous les soins couverts**

---

<sup>9</sup> Un exemple à cet égard : lors d'une opération pour des cataractes, l'ophtalmologue informe généralement son patient qu'il peut lui placer une lentille cornéenne rigide sans frais ou une lentille flexible s'il accepte de déboursier un frais supplémentaire car cette dernière n'est pas couverte par le régime; dans la même foulée, il lui dira également que le temps d'attente est de 2 à 3 mois s'il est retraité, mais seulement de 2 à 3 semaines s'il est encore actif.

**seront au maximum. Il faut plutôt le concevoir comme un service de base accessible à tous. Si le citoyen veut plus, il devra soit aller à l'extérieur du système public (le système privé) ou payer les coûts marginaux au système public, si ce dernier offre l'option désirée.**

Offrir à ses citoyens un système public défini en termes d'une couverture de soins et de niveaux de service implique un engagement du gouvernement envers ceux-ci. Le gouvernement doit prendre les mesures nécessaires pour rencontrer les objectifs fixés. Certes, il y aura des imprévus qui feront que les objectifs ne seront pas toujours atteints. Cependant, le gouvernement se doit de gérer le système public pour rencontrer la plupart du temps les objectifs (soins couverts et niveaux de service) qu'il a annoncés à la population. Un des problèmes que pose le choc du vieillissement de la population est le manque d'assurance donné par le gouvernement sur sa capacité future d'offrir les soins qui sont présentement couverts par le système public à des niveaux de services acceptables. À mesure que le choc prendra de l'ampleur, verra-t-on une détérioration graduelle des niveaux de service ? Une chose est certaine, l'expérience des dernières années est peu rassurante.

#### **V DOIT-ON FAIRE DE LA SOUS-TRAITANCE À L'INTÉRIEUR DU SYSTÈME PUBLIC ?**

Pour plusieurs citoyens et intervenants dans ce débat, il est impossible que le recours à une plus grande contribution du secteur privé par le biais de la sous-traitance implique des soins moins coûteux. Pour eux, le privé est nécessairement plus cher parce qu'il faut ajouter aux coûts de production une marge de profit. Ces intervenants rejettent complètement la possibilité que, pour l'offre de certains soins, le gain d'efficacité puisse être plus important que la marge bénéficiaire. Voici un exemple où ceci serait possible. Prenons le cas où il y aurait dans le secteur privé une baisse des coûts avant profit de 30% par rapport au secteur public et un profit de 20%, le coût total est alors de 16% inférieur.<sup>10</sup>

Les gestionnaires du système public de santé devraient s'éloigner du modèle où l'État fait à la fois la réglementation, le financement et la production de tous les services offerts dans ce système, en somme l'approche monopolistique. **L'existence d'un monopole peut être à la source d'inefficacités et d'inefficiences.** Les travailleurs de la santé (médecins, employés syndiqués et même les gestionnaires) peuvent se servir de cette structure de marché pour s'accaparer d'une partie de la rente monopolistique exploitable. Le gouvernement doit mettre en place un mode de gestion qui permette une certaine concurrence entre diverses entités de production ainsi que la spécialisation de certaines entités pour réaliser des gains d'efficacité. Il faut que les entités du secteur privé puissent entrer en concurrence avec celles du secteur public et vice-versa. Il faut mettre en place un mode de gestion souple qui permette une certaine autonomie des entités de production et qui minimise les obstacles levés par des considérations corporatistes.

Par contre, pour des entités très spécialisées qui ont des coûts fixes importants et dont les volumes de production sont faibles, il faut accepter de réduire leur nombre et

<sup>10</sup> ( $C_{\text{privé}} = C_{\text{public}} \times 0.7 \times 1.2 = C_{\text{public}} \times 0.84$ ).

même parfois de créer des monopoles. À ce chapitre, comme nous l'avons mentionné plus haut, les provinces pourraient partager les frais et l'utilisation d'unités très spécialisées. Ici, on pourrait même accroître la rentabilité de telles unités avec des patients de l'étranger. Pour compenser le manque de concurrence, il faut mettre en place pour la gestion de telles unités de production des mécanismes pour assurer une meilleure évaluation de leur performance, incluant des comparaisons avec des unités semblables dans d'autres provinces ou d'autres pays.

Il faut cependant éviter de faire de la sous-traitance à tort et à travers, sans avoir une bonne estimation des gains que l'on peut ainsi réaliser. Il faut également éviter de remplacer un monopole public par un monopole privé ou par un oligopole privé. Il semble donc raisonnable de faire de la sous-traitance (et de mettre en place des partenariats privé public (PPP)) sur une base de cas par cas quand on a en main de solides études qui démontrent qu'il y a un gain sensible à le faire. Les pires ennemis de la recherche de gains d'efficacité par la sous-traitance sont le dogmatisme en faveur des monopoles d'État et le dogmatisme en faveur du secteur privé ou des PPP.

Est-ce que le système public doit éviter de faire de la sous-traitance avec des entités du secteur privé parce que les ressources du secteur privé seraient relativement plus efficaces pour s'occuper des cas les plus légers, laissant ainsi au système public les cas lourds qui nécessitent temps et expertise ? Non. Quelle que soit la solution choisie, il faut traiter avec efficacité et avec efficacité les cas légers **et** les cas lourds. Il est possible que des entités du secteur privé soient plus performantes pour certains cas légers et des entités du secteur public plus performantes pour les cas les plus complexes et les plus lourds. Il est possible qu'un système mixte soit le système idéal. **C'est du cas par cas.** Cependant si les entités du secteur public se spécialisent davantage dans les cas lourds qui nécessitent temps et expertise, cela implique que les coûts moyens seront plus élevés dans ce secteur et **que les budgets devront être ajustés en conséquence.** Les intervenants qui craignent à juste titre (compte tenu de leur expérience passée) que les budgets ne soient pas ajustés en conséquence doivent être rassurés par les hauts dirigeants du ministère de la Santé.

## VI DOIT-ON RECOURIR AU TICKET MODÉRATEUR DANS LE SYSTÈME PUBLIC ?

Lorsque les citoyens sont responsables de payer eux-mêmes leurs soins de santé ainsi que ceux de leurs dépendants, on ne parle pas (ou peu) sur la place publique de la limite du système à absorber les dépenses de santé. Parle-t-on présentement des limites de capacité de notre économie à produire des automobiles ou des logements ? Non, car la contrainte de revenu des ménages met un frein sur la consommation de ces biens et services. Même si la valeur des soins de santé est hautement appréciée, les individus sont obligés de se limiter à ce que leurs revenus leur permettent de s'offrir compte tenu des prix en vigueur dans le marché. À certains moments donnés, certains individus emprunteront pour se faire soigner, mais cette capacité d'emprunter est elle-même limitée par les revenus futurs des individus. Dans un tel environnement, le système économique fait en sorte que des services d'assurance-santé émergent pour aider les individus à mieux faire face aux possibilités d'avoir recours à des soins de santé relativement coûteux dans

le futur. C'est le même phénomène pour la protection contre le feu, le vol et les accidents d'automobiles. **Ce dont on parle sur la place publique dans un tel environnement est le fait que des individus (les plus pauvres) n'ont pas les moyens de se faire soigner ou de faire soigner leurs dépendants, un peu comme on le fait maintenant sur la disponibilité de logements subventionnés.**

Lorsqu'un gouvernement met en place un système public de santé qui permet d'offrir gratuitement (ou presque gratuitement) à toute la population un large sous-ensemble des soins de santé, cela implique que la contrainte de budget des individus n'agit plus directement comme un frein sur la demande de soins de santé. Le frein devient la capacité de taxer les citoyens pour payer ce service public. Mais ce frein fonctionne-t-il adéquatement ?

Il y a une forte déconnexion entre le désir du citoyen de se faire soigner (qui génère un bénéfice immédiat et personnel) et le fait qu'il sera taxé uniquement pour participer au financement général du système public. C'est un peu comme si le service additionnel qu'il demande était en fait, à la marge, gratuit pour lui. Ceci fait en sorte que le gouvernement ne peut compter uniquement sur l'autodiscipline des citoyens pour contrôler ses dépenses de santé. Il doit rationner ses propres opérations de façon à avoir un certain contrôle sur le niveau de ses dépenses en santé. Il ne veut pas être à la merci des fluctuations de la demande provenant du public. Et le rationnement crée des files d'attente. Veuillez noter que si le gouvernement confie au secteur privé l'entièreté de la production des soins de santé qu'il paie, cela n'éliminera aucunement le besoin pour le gouvernement de rationner.

Une seconde déconnexion qui réduit le frein de la contrainte de revenu résulte de la coupure du lien économique entre l'offreur des services de santé et le patient qui n'a plus besoin de payer pour le service demandé. Par exemple, le médecin peut faire faire plus de tests médicaux qu'il n'en ferait faire si le patient devait payer de sa poche ceux-ci. De plus, le médecin a avantage à demander plus de tests pour protéger sa réputation, éviter des poursuites judiciaires et avoir des rapports plus harmonieux avec son patient.

Une troisième déconnexion se produit lorsqu'il y a plus d'un ordre de gouvernement qui finance le régime public de santé. Il y a alors une responsabilisation moins précise pour la gestion et le financement de ce système. Par exemple, les provinces, préfèrent demander des transferts en santé additionnels au gouvernement fédéral plutôt que de prendre la responsabilité d'augmenter leurs impôts pour financer la croissance de leurs coûts de santé. Ceci réduit les incitatifs pour que les gouvernements provinciaux accroissent l'efficacité de leur gestion des soins de santé. Ils ont même la possibilité de laisser s'accroître, pour un certain temps, les files d'attentes pour inciter le gouvernement fédéral à contribuer davantage. Et le gouvernement fédéral peut alors tirer des gains politiques en répondant affirmativement à de telles demandes, surtout s'il est en surplus budgétaire sur une base régulière. Paul Martin a beaucoup utilisé cette stratégie de préférence à la réduction des points d'impôt.

Le rejet du gouvernement fédéral de permettre la mise en place par les provinces de tickets modérateurs a pour effet, *ceteris paribus*,

1. de maintenir une plus grande consommation de soins de santé produits par les régimes publics provinciaux,
2. de créer une plus grande demande des provinces pour les transferts fédéraux dans le but de financer cette augmentation de consommation et
3. d'encourager le gouvernement fédéral à utiliser les transferts en santé pour s'immiscer dans la gestion des régimes publics provinciaux.

Au niveau de l'utilisation de tickets modérateurs, il faut d'abord que les provinces et le gouvernement fédéral déterminent le rôle que jouera ce dernier au niveau du financement, ainsi que les contraintes et les priorités qu'il imposera par le biais de ses transferts conditionnels et non conditionnels.<sup>11</sup> Le Canada anglais semble

1. vouloir des normes relativement similaires "*coast to coast*",
2. accepter le principe de transferts conditionnels et non conditionnels d'Ottawa, et
3. accepter le refus d'Ottawa quant à l'imposition de tickets modérateurs.

Il y a donc peu de chance que le Québec puisse choisir unilatéralement ses priorités et imposer unilatéralement l'option d'avoir un ticket modérateur. On est donc dans un environnement de maximisation conditionnelle. Que peut faire la province, compte tenu de ce qu'Ottawa fera au niveau du financement général des systèmes publics de santé (par le biais des transferts en santé et de la péréquation) et des activités qu'il financera (sans clause de compensation) ? Le gouvernement du Québec doit donc se préparer à une longue bataille pour faire changer d'avis au gouvernement fédéral et il ne pourra espérer avoir gain de cause tant qu'il n'aura pas convaincu la majorité des autres gouvernements provinciaux. Cette bataille sera tellement longue que l'on ne peut compter sur un tel changement comme solution à moyen terme pour les problèmes auxquels nous faisons et aurons à faire face.

Entre-temps, il faut continuer les recherches sur l'à-propos de mettre en place des tickets modérateurs. Voici quelques questions auxquelles ces recherches pourraient répondre. Quels seraient les montants à exiger aux patients pour que les files d'attente diminuent de façon sensible ? Est-ce que de tels montants empêcheraient beaucoup de moins bien nantis de se faire soigner ? Y a-t-il des modalités d'application<sup>12</sup> qui permettraient de réduire ce problème ? Est-ce que nos files d'attentes sont présentement tellement longues qu'elles découragent suffisamment la surconsommation rendant ainsi peu utile la mise en place de tickets modérateurs fixés à un niveau acceptable ? Gardons en mémoire qu'il y a de fortes chances, quelles que soient les solutions mises en place,

---

<sup>11</sup> Le financement par le gouvernement fédéral des vaccins qui immunisent les jeunes filles contre le virus du papillome humain est un bon exemple comment le gouvernement fédéral peut modifier, par la mise en place d'un transfert conditionnel, la liste des priorités des provinces dans leur propre système public de santé.

<sup>12</sup> On pourrait imaginer une carte santé à deux options, une option où le bénéficiaire (les moins bien nantis) est exempté de payer le ticket modérateur et une option où le bénéficiaire doit le payer. Une autre façon de faire serait de réinjecter une partie importante des revenus provenant de l'imposition des tickets modérateurs dans les services sociaux ou directement dans les transferts sociaux.

que nos files d'attentes s'allongent dans les années à venir avec l'accroissement de la demande produit par le vieillissement de la population et que cette réalité fera en sorte que les bénéficiaires reliés à la mise en place de tickets modérateurs seront moins importants que dans un environnement où les files d'attente seraient peu importantes.

## VII LA CROISSANCE DU SYSTÈME PRIVÉ SE FERA-T-ELLE AU DÉTRIMENT DU SYSTÈME PUBLIC ?

Selon plusieurs intervenants, un plus grand développement du système privé de santé se ferait au détriment du système public de santé, ce qui irait à l'encontre de l'objectif d'avoir pour tous les citoyens un accès similaire et gratuit aux soins de santé. C'est un argument de poids. C'est en fait le principal argument en faveur de la réglementation gouvernementale qui force les médecins à faire partie soit du système public, soit du système privé. Mais est-ce vraiment le cas, à savoir qu'un médecin de plus dans le système privé impliquerait un médecin de moins dans le système public (substitution un pour un) ?

Pour répondre à une telle question, nous allons d'abord définir les trois façons suivantes de produire les soins couverts par le système public :

### Options

1. le système public de santé géré par le gouvernement du Québec offre ces soins gratuitement au détenteur de la carte santé et produit ces soins-là avec ses propres employés et des médecins payés à l'acte ou salariés;
2. l'option 1 à laquelle nous ajoutons la possibilité qu'une partie de ces soins soit produite par des entreprises privées agissant comme sous-traitants pour le réseau gouvernemental de la santé;
3. à l'option 2 s'ajoute le fait que des entreprises privées offrent également ces soins directement aux citoyens et se font payer par ceux-ci. Ces derniers peuvent avoir ou ne pas avoir un plan d'assurance privée pour faire face à ces coûts.

**Il est important de comprendre que, si l'option 2 se développe dans le futur, cela ne se fera pas au détriment du système public puisque cette façon de faire se fait à l'intérieur du système public.** De plus, si la sous-traitance est uniquement faite dans les cas où il y a un gain d'efficacité, comme nous l'avons dit plus haut, l'option 2 a pour effet de protéger l'existence même du système public en le rendant plus efficace et donc moins onéreux. Cette option permet également de réduire le pouvoir monopolistique ou oligopolistique de divers groupes de travailleurs et de professionnels qui opèrent présentement dans un système public où il y a relativement peu de sous-traitance.

**Il est essentiel de comprendre que la gratuité des soins offerts à l'intérieur du système public (options 1 et 2) offre de prime abord un avantage énorme à ce système sur le système privé où les soins sont facturés à un prix suffisant pour payer l'ensemble des coûts et assurer une certaine marge bénéficiaire aux entreprises privées qui offrent ces soins.** Compte tenu des coûts non négligeables des actes médicaux et des médicaments, il faut donc des circonstances bien particulières pour que le consommateur choisisse d'aller vers cette option et payer le plein prix, plutôt que se

faire soigner gratuitement dans le système public. Voici quelques circonstances qui pourraient inciter un consommateur de se faire soigner à l'extérieur du système public :

- si la qualité des soins y est meilleure et réduit de façon significative les risques de sévères complications médicales;
- si le temps d'attente y est plus court lorsque la vitesse à recevoir un diagnostic et/ou un traitement est importante pour le patient;
- s'il y a des services additionnels qui accompagnent les soins offerts, qui ne sont pas couverts par le système public et qui sont fortement valorisés par le bénéficiaire;<sup>13</sup>
- si son revenu est si élevé que payer la facture a peu d'importance pour lui.

Le gestionnaire du système public de santé ne peut rien faire contre le dernier élément de cette liste afin d'éviter que les citoyens aillent se faire soigner dans le secteur privé. Il ne peut pas offrir beaucoup des services additionnels (et charger pleinement ses coûts et même prendre une marge bénéficiaire pour ceux-ci) car cela pourrait entraîner une grande confusion dans le public.<sup>14</sup> Il peut cependant faire beaucoup au niveau des deux premiers éléments en assurant une bonne qualité de soins et un temps d'attente raisonnable dans le système public. S'il échoue à cette tâche, il sera le premier responsable du développement du système privé dans l'offre de soins couverts par le système public. Ce que l'on a observé, durant la dernière décennie, c'est que l'allongement des files d'attente a créé mille et une occasions favorisant l'offre de services à l'extérieur du système public.

Pour analyser plus en détail les impacts du passage de médecins d'un système à l'autre, nous avons défini un environnement très simple où des médecins font ce passage. Nous comparons ensuite divers scénarios en répondant aux trois questions suivantes :

- Est-ce qu'il y a plus de malades qui reçoivent des soins couverts par le système public ?
- Est-ce qu'il y a des citoyens qui ont une plus grande accessibilité aux soins couverts par le système public ?
- Est-ce que l'État fait des économies qui lui permettent d'offrir plus de services à ses citoyens ?

Nous avons également défini un premier scénario de base où 100% des médecins sont dans le système public et où tous les malades sont soignés rapidement (voir le scénario A.1 dans le tableau 1 à la toute fin de ce texte). Dans le second scénario (A.2), 20 % des médecins passent du système public au système privé tout en offrant le même service à la population. Que se passe-t-il ? Tous les malades continuent d'être rapidement soignés mais 20% d'entre eux acceptent de payer le plein prix pour leurs soins dans le secteur privé. Seulement 80% des malades sont soignés dans le système public et le gouvernement économise 15 à 20% de ses coûts par rapport à ceux générés par le

---

<sup>13</sup> Par exemple, une chambre et un service de grand luxe.

<sup>14</sup> Plusieurs citoyens demanderaient alors une augmentation sensible de la couverture des soins offerts gratuitement par le système public..



scénario A.1.<sup>15</sup> Ce scénario fait peu de sens car il n’y a aucune motivation qui pousse les patients à aller se faire soigner, à leurs frais, dans le secteur privé. Malgré ce manque de réalisme, ce scénario nous montre clairement que lorsque des malades vont se faire soigner dans le système privé, pour des maladies dont le traitement est couvert par le système public, le gouvernement réalise des économies qui peuvent être utilisées de diverses façons : offre additionnelle de soins de santé, offre additionnelle d’autres services public (ex. éducation, route,..) ou baisse d’impôts et de taxes.

Par souci de réalisme, nous avons construit un troisième scénario où les médecins qui passent au système privé accordent, en moyenne, 20% de plus de temps à leurs patients les forçant ainsi à ne s’occuper que de 16% des malades. Cette mesure donne une incitation aux patients fortunés d’aller dans le système privé qui offrirait ainsi un plus haut niveau de service. Comment ce scénario A.2.1 se compare-t-il au scénario de base A.1 ? Des files d’attente apparaîtront dans le système public qui devra soigner 84% des malades avec 80% des médecins. Cependant, l’État bénéficiera d’importantes économies qui pourront être utilisées pour réduire l’impact de cette rareté de médecins ou/et pour d’autres usages. **Il est important de noter que si les médecins qui passent au système privé augmentent leurs heures de travail et/ou deviennent plus productifs, nous revenons au résultat du scénario A.2 et tout le monde est gagnant.**

Nous avons également construit trois autres scénarios (B.1, B.2 et B.2.1) très similaires aux scénarios (A.1, A.2 et A.2.1), mais en partant d’une situation où il y a au départ des files d’attente importantes dans le secteur public.<sup>16</sup> Il est intéressant de constater que de nombreux résultats sont très similaires à ceux que nous avons décrits, notamment celui concernant les économies réalisées par le gouvernement. Cependant, le résultat qui diverge le plus est le fait que le passage de médecins au système privé fait en sorte que les patients qui se font soigner dans le secteur privé évitent, grâce à leur capacité de payer, les files d’attente qui existent dans le secteur public. Certes, ceci va à l’encontre de l’objectif social d’avoir la même accessibilité aux soins quelque soit la capacité de payer des patients. Il est cependant important de noter, que ce passage des médecins vers le privé permet à l’État d’avoir plus de ressources financières pour investir dans le système de santé et d’améliorer la situation dans le domaine de la santé. Une bonne gestion de ces fonds additionnels pourrait permettre une réduction des files d’attente et une hausse de la qualité de soins.

Le troisième bloc de simulations présenté au Tableau 1 illustre le fait que le passage de médecins au privé peut générer des résultats plus positifs que dans le bloc précédent lorsqu’on part d’une situation où non seulement il y a des files d’attente, mais où il y a aussi du contingentement dans les activités de certains médecins dans le système public. Lorsque ces derniers quittent le système public, il peuvent accroître significativement leurs heures de travail ainsi que leur productivité par heure de travail.

---

<sup>15</sup> Nous faisons l’hypothèse qu’il y a des coûts fixes importants dans le système public et qu’une proportion de ceux-ci peut être incompressible à long terme..

<sup>16</sup> Dans le tableau 1 nous disons pour simplifier que 10% des malades ne sont pas soignés. Ceci doit être interprété plutôt comme une baisse dans l’accessibilité, la quantité et la qualité des soins médicaux.

De ces trois blocs de simulations, nous retenons que ce n'est pas le développement du système privé qui, en soi, crée une situation où la capacité de payer permet d'éviter les files d'attente, mais l'existence même des files d'attente, d'où l'importance de réduire la rareté des ressources clefs du système de santé. Quelles que soient les solutions que le gouvernement choisira pour faire face à l'augmentation de la demande pour les soins de santé, il faudra former plus de ressources humaines pour le secteur de la santé (médecins, spécialistes, infirmières, gestionnaires...). Il faut absolument que le gouvernement prenne une position publique sur son intention de prendre ou non en charge la formation de ces intervenants quel que soit le niveau de sous-traitance au secteur privé.

Le développement du système privé peut permettre de réaliser 1) des économies importantes pour l'État, 2) des gains importants de productivité et 3) une augmentation sensible de l'offre globale de ressources aux niveaux des intervenants (surtout là où il y a présentement un contingentement de ces ressources dans le secteur public). Compte tenu du choc du vieillissement qui va mettre de plus en plus de pression sur les ressources humaines et financières et des choix déchirants qui devront être faits, il nous semble important de permettre l'émergence de solutions qui dépassent le cadre du système public fonctionnant en mode d'un monopole d'État.

## VIII CONCLUSION

Pourrons-nous relever le défi énorme posé par le vieillissement de la population ? Pourrons-nous accroître fortement la productivité de notre système public de santé pour éviter une hausse insupportable de la part de dépenses de programme du secteur public québécois ? Il faudra donner un coup de barre, faire montre de leadership, démontrer une plus grande ouverture et flexibilité, et y consacrer beaucoup d'énergie. L'avenir du Québec est en jeu. Personne n'a trouvé le remède miracle. Il faudra rechercher les mille et une possibilités de réaliser des gains d'efficacité et d'efficience. Il est important que les gestionnaires des systèmes publics partagent leurs expériences sur ce qui ne fonctionne pas et surtout sur les solutions qui leurs ont permis de faire de gains importants. Notre analyse suggère que la recherche de solutions se fasse dans les directions suivantes :

- Il est préférable, en terme de gestion de risques, que le gouvernement prenne des mesures pour affronter de très fortes pressions sur sa situation financière et, si après coup, nous découvrons que le choc est plus facile à absorber que prévu, le gouvernement aura en main une plus grande marge de manœuvre et pourra l'utiliser pour d'autres projets. Faire l'inverse en minimisant le problème impliquerait que l'on s'en remettra à des improvisations peu productives au fur et à mesure que les problèmes surgiront et que la population ne recevra pas des services essentiels.
- Pour répondre à une augmentation de la demande, il faut avoir les ressources humaines clefs. Et pour avoir ces ressources, il faudra accentuer en priorité
  1. la formation universitaire de médecins, d'infirmières et de gestionnaires,
  2. le recrutement de professionnels de la santé par le biais de l'immigration et leur intégration dans le système de la santé et

3. permettre aux médecins de fonctionner à la fois dans les systèmes public et privé, notamment dans les secteurs où leurs activités sont contingentées par les gestionnaires du système public.

Maintenir la rareté des ressources clefs ne peut permettre des gains importants d'efficacité et d'efficience; il en résultera un déclin du système public de santé.

- Il faut privilégier des solutions où il y a un environnement de concurrence qui stimule la recherche de gains d'efficience et d'efficacité et éviter des solutions qui ne feraient que remplacer un monopole public par un monopole ou un oligopole privé.
- Il faut créer un environnement dans le système public où il y a une plus grande flexibilité de la part des intervenants pour permettre une plus grande coordination entre les intervenants et ainsi faciliter la mise en place de solutions prometteuses. Il faut absolument abattre des murs que l'esprit corporatiste de plusieurs groupes d'intervenants a érigés.
- Finalement, le système public jouit d'un avantage considérable sur le système privé du fait que les patients sont soignés gratuitement par le premier alors qu'ils doivent défrayer pleinement les coûts du second. Il faut éviter de surprotéger le système public en ajoutant à cet avantage de nombreuses restrictions à la mobilité des professionnels de la santé. Il ne faut pas empêcher la sous-traitance faite par le système public à des entreprises du secteur privé si celles-ci sont plus efficaces pour certaines tâches que certaines unités du système public. Il ne faut pas empêcher des entreprises privées d'offrir plus que ce que le système public offre car cela permet au système public de faire des économies qui permettront d'offrir plus aux Québécois et de mieux absorber le choc du vieillissement de la population. L'adoption de mesures protectionnistes n'est pas la bonne façon de protéger notre système public. Le problème de l'allongement des files d'attente dans notre système public de santé ne sera pas résolu en limitant la mobilité des professionnels de la santé mais en accroissant l'offre de ressources clefs et en faisant en sorte que notre système public soit de plus en plus efficace et efficient.

Comme tout dernier point, nous aimerions mentionner que le maintien d'un système public de santé à un haut niveau de performance et à un coût raisonnable ne se fera pas en refusant toutes les contributions du secteur privé ou en se lançant aveuglément dans un fort mouvement de privatisation. D'ailleurs, nous ne pouvons nous permettre des changements drastiques alors qu'il y a une forte augmentation de la demande à nos portes. Il faut plutôt nous orienter vers des solutions qui exploitent les avantages comparatifs et la complémentarité entre les ressources du secteur public et celles du secteur privé.

Tableau  
1

**SCHÉMATISATION DU PASSAGE DE MÉDECINS DU SYSTÈME PUBLIC AU SYSTÈME PRIVÉ**

Scénarios	Pourcentage des malades soignés	Pourcentage des médecins dans le système public	Pourcentage des médecins dans le système privé	commentaires
<b>LE SYSTÈME PUBLIC SOIGNE 100% DES MALADES AVEC DES FILES D'ATTENTE MINIMALES</b>				
A.1	100%	100%	0%	100% des malades sont soignés
A.2	100%	80%	20%	100% des malades sont soignés et l'État dispose d'économies de 15-20% pour d'autres usages
A.2.1	96%	80%	20%	Les médecins du privé prennent moins de malades 16% (vs 20%) et offrent un plus haut niveau de service 4% des malades sont non soignés mais l'État dispose d'économies de 11-16% pour compenser
<b>LE SYSTÈME PUBLIC SOIGNE 90% DES MALADES AVEC DE LONGUE FILES D'ATTENTE</b>				
B.1	90%	100%	0%	10% des malades non soignés dans le syst. public
B.2	90%	80%	20%	10% des malades non soignés dans le syst. public et l'État dispse d'économies de 15-20% pour d'autres usages
B.2.1	86%	80%	20%	Les médecins du privé prennent moins de malades 16% (vs 20%) et offrent un plus haut niveau de service 14% des malades sont non soignés mais l'État dispose d'économies de 11-16% pour compenser
<b>LE SYSTÈME PUBLIC SOIGNE 90% DES MALADES ET CONTINGENTE LE TEMPS DE TRAVAIL DE 20% DE SES MÉDECINS</b>				
C.1	90%	100%	0%	10% des malades non soignés dans le syst. public 20% des médecins sont contingentés Ils utilisent seulement 25% de leur temps
C.2	95%	80%	20%	20% des médecins contingentés passent au privé et offrent 25% plus de leur temps
C.2.1	91%	80%	20%	Les médecins du privé prennent moins de malades 16% (vs 20%) et offrent un plus haut niveau de service ainsi que 25% plus de leur temps 9% des malades sont non soignés mais l'État dispose d'économies de 15-20% pour compenser