



Qui paie a bien le droit de choisir

Gérard Bélanger

Volume 41, Number 2, 1992

Bilan des réformes

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/706570ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/706570ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

 cole de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bélanger, G. (1992). Qui paie a bien le droit de choisir. *Service social*, 41(2), 71-85. <https://doi.org/10.7202/706570ar>

Article abstract

Après avoir résumé les décisions gouvernementales prises depuis vingt ans pour limiter la croissance des dépenses pour les soins de santé, le texte rappelle les critiques de différents documents concernant l'excessive centralisation des décisions et les recommandations pour régionaliser le système de santé et de services sociaux et pour encourager la participation. En dernière partie, la question suivante est analys e : est-il réaliste de vouloir décentraliser dans un univers où le financement des unités régionales n'est pas autonome, mais provient totalement de l'autorité centrale ? Le fait demeure : « He who pays the piper calls the tune ».

Qui paie a bien le droit de choisir

Gérard BÉLANGER

*Professeur, Département d'économique
Université Laval*

L'implantation de l'assurance-hospitalisation (janvier 1961) et de l'assurance-maladie (novembre 1970 pour les omnipraticiens et janvier 1971 pour les spécialistes) entraîne un financement d'environ 80 % des dépenses des soins de santé par le gouvernement du Québec. Ces programmes avaient d'ailleurs été mis de l'avant par le gouvernement fédéral qui s'engageait à payer environ la moitié des coûts moyennant le respect par les gouvernements provinciaux de certaines conditions.

Cette importante participation financière rend le gouvernement provincial responsable de l'évolution du secteur des soins de la santé. Une expression anglaise le résume très bien : *He who pays the piper calls the tune* (« Qui paie a bien le droit de choisir »). Celui qui finance a par définition l'obligation de fixer les limites aux dépenses.

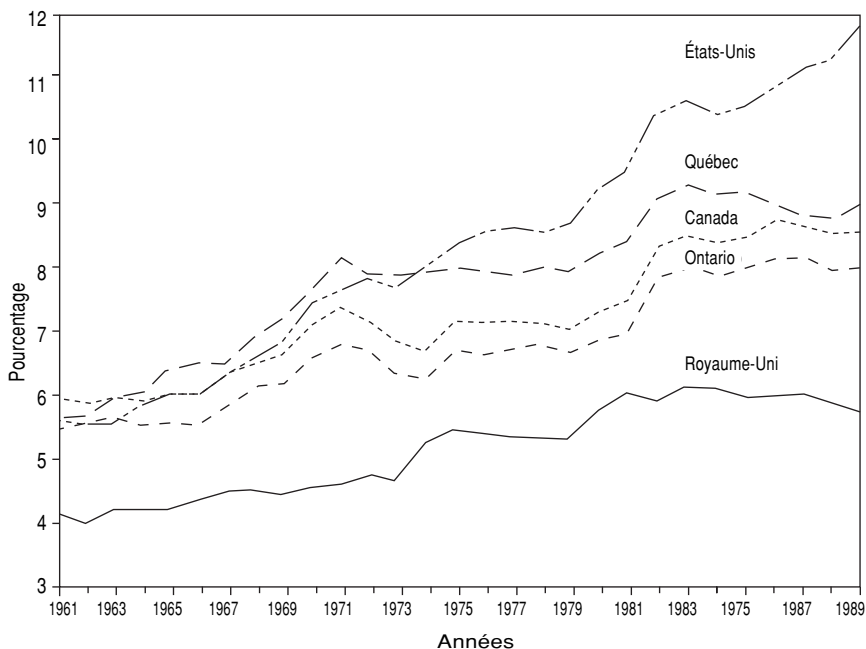
Le présent texte se divise en trois sections dont la première résume les décisions gouvernementales prises pour limiter la croissance des dépenses pour les soins de santé. La suivante rappelle les critiques de différents documents concernant l'excessive centralisation des décisions et les recommandations pour régionaliser le système et pour encourager la participation. La dernière section propose une réflexion sur les possibilités d'ouvrir le système ou de le décentraliser. Y a-t-il une incompatibilité entre la créativité institutionnelle

et la centralisation du système des soins, en particulier du point de vue financièrement ? La centralisation n'exige-t-elle pas des contrôles qui commandent la standardisation ?

ÉVOLUTION ET CONTRÔLE DES DÉPENSES DE LA SANTÉ DEPUIS 1960

Les dépenses de la santé au Québec, en Ontario et au Canada par rapport au produit intérieur brut suivent une évolution parallèle (figure ci-dessous). Le Québec conserve un rapport plus élevé non pas à cause d'une dépense plus élevée par habitant, mais en raison d'une production intérieure plus faible¹. L'analyse pour chacune des décennies est très révélatrice.

**Part des dépenses des soins de santé dans le PIB,
Canada, Québec, Ontario, États-Unis et Royaume-Uni
1961-1989**



Sources : Canada, Québec et Ontario : Santé et Bien-être Canada;
États-Unis et Royaume-Uni : OCDE.

Les années soixante

De 1961 à 1971, le rapport québécois des dépenses de la santé au PIB montre une augmentation continue. Il passe de 5,6 % en 1961 à un sommet de 8,2 % en 1971. En Ontario et au Canada, la tendance est exactement la même avec une pente moins prononcée. Devant cette situation, le Conseil économique du Canada faisait une mise en garde en septembre 1970 :

Regardant les perspectives jusqu'en 1975, nous devons conclure, en effet, que de chaque six ou sept dollars d'accroissement du revenu global dans l'économie canadienne, un dollar sera absorbé par les soins de santé et l'enseignement supérieur. Une telle augmentation des dépenses pour ces deux secteurs ne paraît nullement possible à long terme. Si les taux de croissance des dépenses des cinq dernières années devaient s'appliquer à long terme, ces deux seuls secteurs d'activités absorberaient la totalité du produit national potentiel avant l'an 2000 (Conseil économique du Canada, 1970 : 42).

Heureusement, l'évolution appréhendée ne s'est pas réalisée. D'ailleurs, comment aurait-elle pu se produire avec les conclusions irréalistes d'une simple projection du passé récent ?

Les années soixante-dix

L'évolution des années soixante-dix est complètement différente de celle de la décennie précédente. Au lieu d'une hausse continue, qui demeure générale pour les autres pays industrialisés, on assiste au Canada, au Québec et en Ontario à une stabilisation du rapport pour au moins dix ans. À partir de la fin des années soixante, le rapport des dépenses de santé sur la production est moins élevé au Canada qu'aux États-Unis et l'écart est croissant jusqu'à aujourd'hui.

Comment peut-on expliquer cette stabilité des années soixante-dix, en contraste avec l'évolution des années soixante et avec l'expérience de la très grande majorité des autres pays ? De plus, dans les deux composantes principales du secteur de la santé, des services hospitaliers et médicaux, le rationnement de l'utilisation ne s'est pas fait par l'imposition d'un prix à l'utilisateur, mais par la capacité du système.

Dans un livre sur l'économie de la santé, écrit au début des années soixante-dix, Jean-Luc Migué et moi terminions le chapitre sur l'évolution des prix par ce paragraphe :

En un mot, la suprématie du producteur, combinée à l'assurance privée ou publique, rend inutile l'identification d'une demande de services autonomes. Les prix ne jouent plus leur rôle de rationnement. Le processus du marché s'en trouve conséquemment remplacé par le processus de planification. L'allocation et la distribution des

services de santé deviennent ainsi le fruit d'une décision du législateur (Migué et Bélanger, 1972 : 124).

Cette idée aurait mérité plus d'explication, parce qu'elle permet de comprendre le plateau des années soixante-dix. Durant cette période, en effet, les gouvernements provinciaux ont commencé à appliquer une politique de restriction de l'offre de soins de santé, ce qu'ils pouvaient faire d'autant plus facilement que les systèmes d'assurances publiques avaient provoqué une centralisation considérable des décisions en matière de santé. Le planificateur disposait donc d'un pouvoir très important qu'il exerça premièrement par une contraction dans le secteur hospitalier et plus tard dans celui des services médicaux.

Les services hospitaliers

Les hôpitaux généraux étaient à l'origine de près de la moitié des dépenses totales de la santé au Québec. C'est donc dans cet important secteur qu'eurent lieu les plus grands changements au cours de la décennie. Ainsi, en 1972, on dénombrait 29 763 lits de soins physiques de courte durée contre 24 391 en 1980, soit une réduction de 18 % en huit ans. À l'exception de Terre-Neuve, toutes les provinces connurent une baisse de capacité de leur système hospitalier pour soins aigus au cours de cette période, mais à un degré moindre qu'ici, où le nombre de lits de soins de courte durée par mille habitants est passé de 4,92 en 1972 à 3,87 en 1980, soit une baisse de 21 %. Parallèlement, au Canada, ce taux diminuait de 5,49 à 4,44, une baisse de 19 % (Maranda et Renaud, 1981).

Bien sûr, les soins hospitaliers comprennent plus que les traitements de courte durée, et s'y limiter exagère la contraction des soins en établissement. Ainsi le nombre de lits pour malades chroniques a crû au cours des années soixante-dix. Toutefois, les dépenses unitaires afférentes sont beaucoup moins élevées que celles qu'entraînent les soins de courte durée.

À partir de 1972, deux caractéristiques résument la budgétisation des établissements par le Ministère : un budget global déterminé selon une méthode historique de répartition des crédits entre les établissements. Ceux-ci conservent ainsi une liberté de gestion à l'intérieur d'une enveloppe budgétaire globale applicable aux dépenses de fonctionnement. Cette contrainte globale doit être respectée par un budget équilibré.

Les services médicaux

Pendant ce même temps, les services médicaux, qui représentent maintenant moins de un septième des dépenses de la santé, ont aussi connu des changements. Pour mieux les percevoir, divisons en trois la période de 1961 à 1989.

Au début, maintenant une augmentation graduelle, le rapport des dépenses médicales sur le PIB est passé de 0,85 % en 1961 à 0,99 % en 1970. L'entrée en vigueur de l'assurance-maladie provoque ensuite un bond fort important, les services médicaux totalisant, en 1971 et en 1972, 1,37 % et 1,41 % de la production québécoise. Depuis lors, le rapport se maintient autour de 1,2 % à 1,3 % du PIB. Ces coûts représentent d'ailleurs une part légèrement décroissante des dépenses de la santé.

Ce n'est pas la variation du nombre de médecins qui a provoqué l'évolution en accent circonflexe du rapport des dépenses médicales à la production, car de 1960 à 1980 ce rapport a presque doublé, passant de 5 053 à 10 950, soit 9,83 médecins par 10 000 habitants en 1960 contre 17,21 en 1980.

En principe, les dépenses médicales sont égales au produit du nombre de médecins multiplié par leur revenu moyen. C'est cette dernière composante qui explique la baisse et la stabilité du rapport à la production. Ainsi, entre 1969 et 1978, le pouvoir d'achat basé sur la rémunération professionnelle des médecins en pratique active à plein temps n'a pas augmenté, alors que le gain hebdomadaire moyen des travailleurs québécois s'accroissait de 27,1 % en valeur réelle. Ceci a eu lieu malgré la hausse spectaculaire du revenu moyen du corps médical à la suite de l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie. Par ailleurs, l'indice des tarifs médicaux moyens pour la période de 1971 à 1980 révèle que l'élévation ne fut que de 28 % pour les omnipraticiens et de 27 % pour les spécialistes, comparativement à une croissance de 111 % de l'indice des prix à la consommation. En même temps que cette évolution, il y eut toutefois un accroissement du nombre d'actes par médecin et un déplacement de la pratique vers les actes les plus rémunérateurs.

Dès le milieu des années soixante-dix, il y eut des mesures pour réguler les dépenses et les effectifs médicaux. Entre autres, le fédéral instaura une politique limitative de l'immigration des médecins, laquelle fournissait une importante proportion des nouveaux venus². Pour sa part, le Québec, après un gel des tarifs qui durait depuis le début de l'assurance-maladie, introduisit au moment des ententes de 1976 un objectif tarifaire : négocier un revenu annuel brut moyen, pour les médecins à plein temps, avec chacune de leurs deux fédérations et, théoriquement, réduire les tarifs l'année suivant un dépasement. C'était une façon astucieuse de contrôler la rémunération totale des médecins et de fermer par le fait même le budget de l'assurance-maladie pour une année donnée.

Les années quatre-vingt

Les données pour la décennie permettent de distinguer deux sous-périodes. Premièrement, 1979 marque la fin de la stabilité des années soixante-dix, et

le rapport des dépenses de santé sur le PIB fait un saut très appréciable, entre 1979 et 1983, de 8 % à 9,3 % au Québec et de 7 % à 8,5 % au Canada. La hausse sans précédent du rapport canadien, de 0,83 % pour la seule année 1982, tient à deux facteurs : un accroissement de 6,2 % des dépenses en dollars constants par personne et une chute de 4,2 % du PIB par personne. Depuis 1983, le rapport a plafonné et a même décliné au Québec, passant de 9,34 % en 1983 à une donnée préliminaire de 9,0 % pour 1989.

La nationalisation des soins de santé suppose une fermeture progressive du système pour en contrôler l'évolution et les dépenses. Dans les années soixante-dix, cette contraction s'est manifestée par une baisse appréciable du nombre de lits de courte durée. Pendant la décennie suivante, on s'est tourné vers la planification des effectifs médicaux, tout en continuant d'accroître dans les centres hospitaliers de courte durée le pourcentage des journées d'hospitalisation pour des soins prolongés (de 22 % en 1979-1980 à 31 % en 1984-1985) et de freiner l'accroissement des tarifs du corps médical. Car même si les services médicaux ne représentent aujourd'hui que 13 % des dépenses de la santé au Québec, les médecins sont les décideurs clés dans le système, d'où le besoin ressenti par le planificateur d'en contrôler le nombre.

Les années quatre-vingt voient l'accentuation marquée de la démographie médicale et de la répartition géographique des effectifs. Pour ralentir la croissance des troupes, qui augmentèrent de 216 % entre 1955 et 1986 alors que la population croissait de 49 % seulement, le nombre d'admissions d'étudiants québécois dans les facultés de médecine fut réduit de 18 %, passant de 586 en 1981-1982 à 481 en 1986-1987 (Lamarche, 1988). Parallèlement, le gouvernement diminua le nombre de postes en résidence et en spécialisation, et mit l'accent sur l'« omnipratique » et la médecine familiale. Cela s'est continué plus récemment.

Dans le but de changer la distribution interrégionale des médecins, plusieurs mesures furent prises par le ministère de la Santé et des Services sociaux : en 1982, système de rémunération différenciée dans les régions désignées et de rémunération réduite pour les nouveaux omnipraticiens et spécialistes (avec des exceptions) qui débute dans les régions universitaires ; en 1984, ensemble de mesures incitatives incluant des primes d'installation, des bourses pour la formation spécialisée, l'allongement des congés de « ressourcement » ; enfin, adoption en juin 1986 de la loi 75, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui rend obligatoires les plans régionaux d'effectifs médicaux³. On tend à se diriger vers un corps médical fortement planifié. L'action de l'État est toutefois soumise à diverses contraintes, compte tenu de l'environnement plus libéral dans les autres secteurs de l'économie. Toutefois, la volonté gouvernementale va nettement dans le sens de la planification.

En tout cela, il faut toujours demeurer conscient des importantes limites de l'indicateur du rapport des dépenses de la santé au produit intérieur brut. Le but de l'activité économique n'est pas de réduire les déboursés mais de fournir à la population, au coût le plus bas possible, les services qu'elle demande. Il n'existe pas de critère précis permettant de déterminer l'importance que doivent avoir ces dépenses dans la production, car plusieurs facteurs modifient les désirs de la population et les coûts des facteurs de production varient selon les endroits⁴.

LES CRITIQUES DU SYSTÈME

Les régimes publics d'assurance-maladie ont entraîné la nationalisation (au moins à 80 %) du secteur. Ce phénomène a produit progressivement une fermeture du système par l'autorité provinciale (appuyée par le gouvernement fédéral) avec tous les mécanismes de planification et de standardisation qui s'ensuivent. Il est donc à l'opposé d'un système ouvert avec des institutions en concurrence et basé sur des échanges libres, qui encourage l'expérimentation et la créativité institutionnelle, toutes deux aux antipodes de l'ingénierie sociale. Toutefois, dans le secteur de la santé, des organismes unissant les décideurs importants, les médecins et les hôpitaux, ont maintes fois cherché à fermer le système à leur avantage, par exemple en s'opposant à la médecine de groupe avec financement prédéterminé (comme c'est le cas pour les *Health Maintenance Organizations* aux États-Unis).

Depuis maintenant plus de vingt ans, deux mécanismes sont continuellement proposés pour limiter les désavantages d'un système de santé centralisé. Ce sont la régionalisation et la participation. En voici quelques références.

La Commission Castonguay-Nepveu

Le groupe qui a mis sur pied le système de santé québécois s'était préparé à la tâche à l'intérieur de la Commission sur la santé et le bien-être social créée en 1966. Cette commission proposait de contraindre la centralisation du système par la régionalisation et la participation :

Appliquées à l'organisation du secteur de la santé, ces conditions postulent les exigences suivantes :

1. la régionalisation des décisions qui commandent le développement et le fonctionnement du secteur, de manière qu'ils évoluent en fonction du territoire et de son développement. Ainsi, l'ensemble des responsabilités de puissance publique, en matière de planification et d'exécution des programmes de santé offerts à la population, est confié à un ORS, [organisme régional de la santé],

jouissant de la puissance publique et de l'autonomie juridique ; la responsabilité des opérations qui matérialisent le service (traitement des malades) ou qui le rendent possible (gestion des centres de santé) est confiée à un réseau régional d'organismes autonomes, mandatés par l'ORS et ayant compétence sur un territoire délimité, à l'égard de types déterminés de soins : les CLS, les CCS, et les CHU.

[...]

4. la participation, tant de la population en général que des distributeurs individuels de soins, aux mêmes mécanismes de consultation et de décision, de manière à garantir l'adaptation du régime de santé (système) aux changements des besoins et des attitudes du milieu. Ainsi, des conseils sont adjoints à la plupart des organismes du régime de la santé proposé et des voies sont réservées, à la direction de ces organismes, à des représentants du public et des agents de distribution (Castonguay-Nepveu, 1970 : 178-179).

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* adoptée en 1971 incluait la création des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) avec toutefois peu de pouvoirs et la participation des usagers et des travailleurs à tous les conseils d'administration des établissements.

Le livre de Monique Bégin

Parce que son auteure a eu une expérience de près de sept années comme ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, le livre de Monique Bégin mérite d'être noté. Celle-ci formule l'évaluation suivante sur le système de santé canadien :

Notre système de soins de santé est un des meilleurs au monde, peut-être le meilleur, de quelque point de vue qu'on l'étudie : efficacité, coût, qualité, distribution. Mais il est aussi devenu rigide et il résiste aux tentatives d'innovation et d'évolution (Bégin, 1987 : 219).

Contre cette situation, le trop bref correctif suggéré demeure très flou :

Et j'espérais qu'en une étape ultérieure, par l'entremise d'une technique encore à inventer regroupant tous les intervenants et dépassant les relations de pouvoir et d'autorité, l'on puisse lancer le vrai débat de la santé qui pourrait mettre en marche des changements de mentalité et, qui sait, d'attitudes (Bégin, 1987 : 219).

De plus, ce livre présente une pensée centralisatrice qui refuse tout mécanisme de concurrence, quelle qu'en soit la forme. Dans un système fédéral, la volonté des citoyens s'exprimerait au niveau du gouvernement central, mais non à celui des parlements provinciaux. Les défenseurs des différences régionales sont cavalièrement identifiés aux adversaires d'un régime

universel de soins et la gestion par une entreprise privée d'un simple hôpital, celui d'Hawkesbury en Ontario, y est fortement dénoncée.

Pour le gouvernement du Québec, la « technique encore à inventer » est la régionalisation et la participation.

Le rapport Rochon

Comme l'indique le titre d'un article récent, « La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu » (Bergeron, 1990), la Commission d'enquête sur les services sociaux est un prolongement de la première. Elle présente « sa » crise dans un chapitre d'une trentaine de pages au titre évocateur, « Un système en otage ». Le contexte ne laisse pourtant pas entrevoir de crise :

Ses travaux [de la Commission] confirment d'ailleurs que, de tous les pays industrialisés, le Québec et le Canada ont un des meilleurs systèmes qui se puisse imaginer aussi bien en ce qui concerne le degré d'accessibilité aux services, la couverture des programmes d'assurance-maladie, les indicateurs de santé et bien-être, qu'en ce qui concerne le contrôle des coûts (Rochon, 1988 : 396).

Mais cette toile de fond ne doit leurrer personne ; le système est en train de couler :

De l'ensemble des informations recueillies, se dégage, au-delà des progrès accomplis, l'image trouble d'un système qui n'arrive qu'à grand peine à s'ajuster à l'évolution des besoins de la population, à motiver son personnel, à réaménager les pouvoirs et les fonctions des divers organismes pour mieux servir le public, à susciter des recherches qui soient vraiment utiles, à bien gérer la diffusion des technologies, à favoriser la participation des citoyens à la prise de décision, à régionaliser sa gestion et à repenser son financement pour améliorer la dispensation des services et l'efficacité du système.

Tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêt qui le traversent : groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupes de pression issus de la communauté, syndicats, etc. ; que seule la loi du plus fort opérait et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus ; que la personne à aider, la population à desservir, les besoins à combler, les problèmes à résoudre, bref le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes (Rochon, 1988 : 407).

La preuve que présente la Commission pour justifier son diagnostic de crise n'est pas très substantielle. Toutefois, ses affirmations sur l'éloignement du système par rapport aux intérêts des consommateurs constituent un argument suffisant pour proposer une décartellisation avec un recours aux différents mécanismes de la concurrence. Mais peut-on le faire avec un financement centralisé ?

La réponse du rapport Rochon se retrouve dans la régionalisation et la participation. Dans sa recommandation maîtresse, la Commission propose la création dans chaque région d'un organisme électif, appelé régie, pour administrer le budget sociosanitaire reçu du gouvernement provincial. Ces instances décideraient dans un plan triennal des priorités régionales et alloueraient les crédits d'exploitation et d'immobilisation aux établissements et aux autres organismes de services de santé et de services sociaux. Cette importante décharge du budget ministériel vers les seize régions administratives serait justifiée par la « revitalisation du dynamisme régional » au Québec.

Le rapport Rochon a considérablement inspiré les deux documents d'orientation des ministres Lavoie-Roux (1989) et Côté (1990). Le premier rejetait toutefois l'élection générale des administrateurs de la régie et son pouvoir de taxer, même d'une façon marginale. Le second manifestait une volonté d'accroître le contrôle sur les médecins eu égard à leur distribution régionale et à leur pouvoir dans les établissements. Cette volonté ne s'est pas traduite dans la loi.

La loi de septembre 1991

La Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, sanctionnée en septembre 1991, prolonge la Commission Rochon en créant de nouvelles institutions régionales : les régies régionales, qui succèdent aux conseils de la santé et des services sociaux, et les assemblées régionales, qui ont pour fonction d'élire les membres du conseil d'administration d'une régie régionale et d'approuver les priorités régionales soumises par cette régie.

La loi précise les pouvoirs étendus des régies régionales :

La régie régionale a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

1. d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers ;
2. d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre et de les soumettre à l'approbation de l'assemblée régionale [...] ;
3. d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services [...] ;

4. d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées ;
5. d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente [...] ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréés[...] et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu ;
6. de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes ;
7. d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines matérielles et financières mises à sa disposition (Projet de loi 120, 1991 : 99-100).

Les écrits sur le système de santé semblent percevoir un lien entre la centralisation / provincialisation et les rigidités du système. La créativité institutionnelle se concilierait mal avec la centralisation, celle du financement en particulier. Cette dernière exige en effet des contrôles qui provoquent la standardisation. Les instruments invariablement suggérés au Québec pour ouvrir le système sont la régionalisation et la participation. Sont-ils valables ?

POSSIBILITÉS D'OUVERTURE DU SYSTÈME PAR LA RÉGIONALISATION ET LA PARTICIPATION

L'ouverture du système avec la création des régies régionales, qui est l'aboutissement de 25 ans de réflexion, ne mérite-t-elle pas de soulever l'enthousiasme, puisqu'elle permettra une diversité de choix régionaux dans un cadre participatif ? N'est-ce pas préférable à la provincialisation toujours présente des décisions et des arbitrages ? Mais le type de décentralisation proposé est-il réaliste dans un monde où le financement des régies régionales n'est pas autonome, mais provient totalement du gouvernement du Québec ? Peut-on conserver un pouvoir réel de décision ou de choix sans avoir les responsabilités du financement ? Ces deux dernières questions n'ont pas été étudiées pour justifier le réalisme de la régionalisation.

Les propagandistes des régies régionales dans le secteur de la santé et des services sociaux n'ont pas analysé l'évolution et la dynamique d'un organisme régional d'un autre secteur qui existe depuis longtemps et qui a l'importante caractéristique d'être électif. Ce sont les commissions scolaires.

En 1958-1959, l'importance de l'autofinancement ou des taxes autonomes des commissions scolaires ne ressemblaient en rien à ce qu'elle est aujourd'hui. Les commissions scolaires s'autofinançaient à 70 % et les subventions gouvernementales venaient combler les autres 30 %. Avant juillet 1961, les commissions scolaires avaient une très grande liberté dans l'administration de leurs dépenses puisqu'elles n'avaient à peu près aucun compte à rendre au gouvernement provincial, dont les subventions étaient généralement discrétionnaires et inconditionnelles.

À partir de l'adoption de la *Loi pour aider les commissions scolaires à s'acquitter de leurs obligations*, sanctionnée le 9 juin 1961, les commissions scolaires commencèrent à perdre rapidement leur autonomie. Cette loi leur enlevait le champ fiscal de la taxe de vente et introduisait le principe des subventions d'équilibre budgétaire reliées négativement au rendement de l'impôt foncier scolaire normalisé. En peu d'années, le pouvoir local en éducation disparut et l'enseignement primaire et secondaire public fut provincialisé, comme en témoignent les négociations collectives des enseignants à l'échelle provinciale, imposées par une loi en février 1967.

La perte du champ de l'impôt foncier normalisé en 1980 n'a pas affecté le degré d'autonomie des commissions scolaires, puisqu'elles avaient déjà perdu cette autonomie durant les années soixante avec la provincialisation des négociations collectives et la normalisation des dépenses par les règles budgétaires du ministère de l'Éducation. Leur pouvoir propre est bien représenté par l'importance relative dans les budgets de l'impôt foncier scolaire supplémentaire ou local qui totalise depuis vingt ans moins de 10 % de leurs recettes.

Comment a-t-on pu aménager une régionalisation des décisions en matière de santé et de services sociaux sans se reporter à l'expérience de l'éducation ? Malgré la présence d'autorités locales élues, le système scolaire demeure centralisé partiellement en raison de son financement. De plus, on a légiféré sur cette plus grande régionalisation durant une année fiscale où le déficit du gouvernement du Québec était de 4,2 milliards de dollars, dont un solde négatif de 2,8 milliards aux opérations courantes. Ces données ne comprennent pas une dépense de plus d'un milliard qui devrait être imputée sur la dette non comptabilisée des régimes de retraite du secteur public et le déficit de 800 millions de la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Pour sa part, le gouvernement fédéral a déjà annoncé le prolongement d'importantes restrictions dans les subventions aux provinces pour les programmes établis (santé et éducation postsecondaire). Ce sont des années d'austérité qui doivent être prévues pour les institutions des différents réseaux dont ceux de la santé et des services sociaux. Les régies régionales n'auront pas à gérer l'expansion.

Outre la régionalisation, il est généralement proposé de contraindre la centralisation du système par la participation. La participation des usagers est-

elle un mécanisme valable pour améliorer l'efficacité des institutions ? Pour comprendre son effet, il est utile de se référer à ce qui a été appelé la théorie de l'action collective. L'action collective, si elle réussit, produit un bien collectif dont l'accès ou la consommation peut très difficilement être limité aux seuls membres participants. Toutefois, les coûts de la participation en temps, énergie et ressources sont bien individualisés.

De cette situation, il est permis de dégager différents corollaires. Premièrement, l'action collective est handicapée par l'incitation toujours présente de resquiller. Comme la relation pour chaque personne entre ses coûts de participation et le bénéfice attendu est faible, il est intéressant de se dérober à ses responsabilités avec une faible participation de qualité médiocre. Deuxièmement, les incitations à participer ne sont pas identiques entre les individus. Les groupes bien organisés à intérêts précis participeront davantage que les groupes mal identifiés à intérêts diffus et passagers. Ces derniers forment ce qui est qualifié de majorité rationnellement silencieuse. Ainsi à l'université, en raison de leur grand nombre et de la faible durée de leur séjour, les étudiants ne possèdent pas le pouvoir dont jouit le corps professoral qui a des intérêts durables. Dans un CLSC, les professionnels et le personnel syndiqué participent plus que les usagers. Parallèlement, un groupe dont les intérêts sont bien définis, Alliance-Québec, fut très actif au moment des élections récentes au conseil d'administration des établissements du réseau de la santé.

Tous les systèmes nationaux des services de santé, qui conservent un financement centralisé, affrontent les mêmes difficultés pour ouvrir le système aux choix et à la concurrence institutionnels. Les Pays-Bas et le Royaume-Uni vont actuellement dans une même direction. Les dernières années de l'administration Thatcher ont en effet donné lieu à d'importants changements dans les secteurs de l'éducation et de la santé. Les services continuent d'être financés par l'État, mais sans être nécessairement produits par ce dernier. L'objectif est plutôt de favoriser la concurrence entre les producteurs en permettant à l'argent de suivre le consommateur. On vise à établir un quasi-marché des services de santé de deuxième ligne. C'est une réforme intéressante, mais qui m'apparaît remplie d'embûches si le financement du secteur demeure centralisé.

CONCLUSION

Il est nécessaire de bien distinguer entre la décentralisation du secteur public et la déconcentration d'un niveau de gouvernement. Le premier concept porte sur un niveau électif de décision plus près des citoyens, qui a le pouvoir d'établir ses priorités dans des compétences précises et de prélever des taxes en conséquence. La décentralisation demande une plus grande

responsabilité de la part du citoyen. Celui-ci doit s'exprimer sur la quantité et la qualité des services locaux qu'il désire et il doit également en payer la note. Il prend mieux conscience des coûts des services bien qu'ils puissent être offerts gratuitement aux usagers. Il est davantage responsable de ses actes.

Le seul réseau d'institutions décentralisées au Québec est le réseau des corporations municipales, qui s'autofinancent à plus de 90 %. Les autres réseaux sont une déconcentration de l'administration provinciale. Au lieu d'être une diffusion du pouvoir politique, la déconcentration comporte une répartition plus diffuse de la gestion sans financement autonome important. La déconcentration est souvent appelée décentralisation administrative.

Avec un financement qui demeure centralisé, la question n'est donc pas de savoir si on a le choix entre la décentralisation et la centralisation, mais de savoir comment aménager cette dernière. C'est ce que fait la récente *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*.

C'est en réponse aux crises, réelles ou artificielles, que se fait l'ajustement d'un système centralisé. La crise des salles d'urgence dans plusieurs hôpitaux en est un exemple. Les régies régionales auront, par conséquent, tout intérêt à en susciter pour accroître leurs crédits de l'autorité provinciale, le Ministère jouant le rôle du Conseil du trésor dans le secteur de la santé.

Le système québécois de santé et de services sociaux ne se décentralise donc pas. Un fait demeure : « He who pays the piper calls the tune. »

Notes

1. En 1989, le rapport moyen des dépenses de santé sur le PIB dans les pays de l'OCDE était de 7,6 %. Le Canada avec un taux de 8,7 % occupait le deuxième rang avec la France et la Suède, loin derrière les États-Unis (11,8 %) mais bien en avant du rapport du Royaume-Uni (5,8 %). Pour les dépenses par tête en dollars américains, le Canada occupe seul le deuxième rang avec 1 683 \$ contre 2 354 \$ aux États-Unis. Les mêmes données pour la Suède, la France et le Royaume-Uni sont de 1 361 \$, 1 274 \$ et 836 \$ respectivement (Schieber et Poullier, 1991 : 109 et 113).
2. Selon le recensement de 1971, 65,3 % des médecins de sexe masculin pratiquant au Canada y étaient nés. En 1961, ce pourcentage était de 76,1 %. À chaque année du lustre 1966-1970, le nombre d'immigrants médecins a dépassé le nombre de diplômés des facultés de médecine.
3. Il existait depuis 1975 un programme de bourses à l'intention des étudiants en médecine avec contrepartie de pratiquer en régions désignées. De plus, il faut noter qu'il est plus facile de diminuer l'inégalité de la répartition des omnipraticiens que celle des spécialistes. En effet, plusieurs spécialités demandent une

population importante pour pouvoir occuper un praticien à plein temps et cela, sans tenir compte de l'équipement nécessaire à leur pratique.

4. Un indicateur de succès a été la baisse prononcée du taux de mortalité infantile (proportion des enfants nés vivants qui meurent avant leur premier anniversaire) : ce taux était de 14,5 par 1 000 en 1974 contre 7,1 en 1986, soit « l'un des plus faibles taux au monde » (Duchesne, 1988 : 33).

Références bibliographiques

- BÉGIN, Monique (1987). *L'assurance-santé : plaidoyer pour le modèle canadien*. Montréal : Boréal Express.
- BERGERON, Pierre (1990). « La Commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu », *Recherches sociographiques*, vol. XXXI, n° 3 : 359-380.
- CASTONGUAY-NEPVEU (1970). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. IV, *La santé*, tome II, « Le régime de la santé ». Québec : Éditeur officiel du Québec.
- CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA (1970). *Les diverses formes de la croissance*. Ottawa : Imprimeur de la Reine.
- DUCHESNE, Louis (1988). *La situation démographique au Québec, 1988*. Québec : Les Publications du Québec.
- LAMARCHE, Paul-A. (1988). « Démographie médicale et répartition des effectifs médicaux au Québec », *Le médecin du Québec*, vol. 23, n° 10 : 97-103.
- MARANDA, Marc-André et Ghislain RENAUD (1981). *Les soins hospitaliers de courte durée au Québec : analyse comparative et perspectives*. Québec : ministère des Affaires sociales.
- MIGUÉ, Jean-Luc et Gérard BÉLANGER (1972). *Le prix de la santé*. Montréal : HMH Hurtubise.
- ROCHON, Jean (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Les Publications du Québec.
- SCHIEBER, George J. et Jean-Pierre POUILLIER (1991). « International Health Spending : Issues and Trends », *Health Affairs*, vol. 10, n° 1 : 106-116.