

Gestion publique du système sociosanitaire : où allons nous?

Luciano Bozzini and Lee Soderstrom

Volume 4, Number 2, Fall 1991

La réforme, vingt ans après

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301140ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301140ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bozzini, L. & Soderstrom, L. (1991). Gestion publique du système sociosanitaire : où allons nous? *Nouvelles pratiques sociales*, 4(2), 93–113. <https://doi.org/10.7202/301140ar>

Article abstract

L'actuel processus de décision concernant les choix politiques en matière sociosanitaire repose sur un déficit d'information : il est difficile pour l'État de savoir s'il dépense trop en soins de santé et si les dépenses sont bien contrôlées. La centralisation excessive accroît la gravité de ce déficit informationnel. La réforme législative veut obvier à cette difficulté en décentralisant au niveau régional : cependant, le Ministère se réserve des pouvoirs très importants. Il est à se demander si les régions pourront résister aux pressions du centre et si elles ne sont pas victimes du même manque d'informations.



Gestion publique du système socio-sanitaire : où allons-nous ?

Luciano BOZZINI
Université de Montréal

Lee SODERSTROM
Université McGill

L'actuel processus de décision concernant les choix politiques en matière socio-sanitaire repose sur un déficit d'information : il est difficile pour l'État de savoir s'il dépense trop en soins de santé et si les dépenses sont bien contrôlées. La centralisation excessive accroît la gravité de ce déficit informationnel. La réforme législative veut obvier à cette difficulté en décentralisant au niveau régional : cependant, le Ministère se réserve des pouvoirs très importants. Il est à se demander si les régions pourront résister aux pressions du centre et si elles ne sont pas victimes du même manque d'informations.

Au Québec, l'engagement de l'État dans le financement et la gestion de l'appareil socio-sanitaire est prépondérante et il y a de bonnes raisons à priori justifiant un tel engagement. Dans la pratique pourtant, les conséquences de l'intervention de l'État dépendent de la qualité des décisions arrêtées par les pouvoirs publics et les agences publiques quant au financement, aux structures et aux opérations du système. À titre d'exemple, l'effet réel du financement public du secteur hospitalier dépend des décisions sur les budgets d'immobilisation et d'opération des centres hospitaliers.

L'implication massive de l'État depuis trente ans a permis des progrès considérables. Toutefois, l'idée sera défendue ici que d'autres progrès substantiels pourraient être obtenus à travers des processus de décision publique plus appropriés. Des problèmes importants au plan du financement et de l'organisation subsistent à cause de processus de décision publique déficients. Telle a bien été l'argumentation de la Commission Rochon et ce point de vue sous-tend un bon nombre des réformes qui s'enclenchent avec la loi 120.

La qualité des décisions dépend de la qualité des personnes (formation, expérience, valeurs) mais également des structures et processus de prise de décision, ces derniers comportant différentes dimensions. L'attention sera dirigée ici sur deux éléments : l'étendue de la décentralisation des décisions, et l'information disponible aux décideurs et à tous les citoyens intéressés par les politiques socio-sanitaires. Ces deux éléments serviront à illustrer l'idée que des progrès significatifs dans la prise de décision publique sont nécessaires, loi 120 ou pas. La nécessité d'une plus grande décentralisation a été unanimement reconnue, mais beaucoup d'incertitudes subsistent sur le type de décentralisation que la loi 120 va permettre dans les faits. Le problème de la disponibilité d'une information adéquate a par contre seulement été effleuré : ni la Commission Rochon ni le document Côté n'ont accordé suffisamment d'attention au fait que la performance du système socio-sanitaire ne peut être améliorée en l'absence d'une information adéquate.

Dans une première section, une esquisse des facteurs qui influencent la prise de décision publique sera présentée. La deuxième section sera surtout consacrée à deux lacunes fondamentales du système socio-sanitaire québécois : la centralisation excessive et l'absence d'une information adéquate. Finalement, les perspectives ouvertes par la réforme Côté seront discutées en fonction des lacunes relevées et une proposition pour améliorer l'information disponible sera présentée.

LES DÉTERMINANTS DE LA PRISE DE DÉCISION PUBLIQUE

Il existe au moins trois justifications à l'existence d'un système sociosanitaire universel, à gestion et financement largement publics. Premièrement, un tel système rend accessibles à tous les citoyens des services de santé et des services sociaux bénéfiques, indépendamment de leur capacité de payer (Fein, 1972) et de leur statut social (statut économique, statut d'emploi, état civil, etc.). Les pouvoirs publics ont la responsabilité à la fois de déterminer les services socialement bénéfiques et de les rendre disponibles. Les citoyens, eux, ne se butent pas à des barrières financières lorsqu'ils ont besoin de ces services¹.

Deuxièmement, le fait que tous les citoyens soient couverts par un plan étatique universel signifie que les organisations sociosanitaires et les professionnels de la santé sont payés directement par les pouvoirs publics sans contribution financière directe de l'utilisateur. Contrairement à la situation aux États-Unis par exemple, on ne demande pas à l'utilisateur, avant la dispensation des services, qui va payer la note. À services rendus, les usagers n'ont pas à subir les irritants bureaucratiques liés au remboursement de leurs dépenses par les assureurs. De plus, l'existence d'un système universel avec un seul payeur assure des économies colossales en termes de frais administratifs (Woolhandler, 1991).

En troisième lieu, l'intervention publique permet aux pouvoirs publics d'agir comme « force compensatoire » par rapport aux professionnels de la santé (les médecins au premier chef) vis-à-vis desquels l'utilisateur se trouve en position de vulnérabilité. L'épicier du coin a peu d'influence sur la quantité d'oranges que le public lui achète sauf à travers le prix exigé puisque le consommateur peut décider par lui-même de la désirabilité de consommer des oranges. Mais la situation est différente dans le cas des médecins (ou d'autres professionnels de la santé). L'utilisateur dépend d'eux quant à la nature des services nécessaires parce qu'il est généralement peu apte à en juger. De plus, pour de nombreux problèmes de santé, la profession médicale est incertaine de la valeur de plusieurs interventions. Bref, contrairement aux producteurs d'autres biens et services, les médecins ne subissent pas de contraintes serrées ni de la part des usagers ni sur le plan des indications technologiques; ils disposent d'une latitude importante dans la décision d'initier ou non des services. Indépendamment de leurs intentions (généralement considérées comme bonnes), il peut en résulter – si leur

1. L'information disponible indique que l'intervention publique a amélioré l'accessibilité aux services des divers groupes sociaux. L'introduction de l'assurance-maladie, par exemple, a amélioré l'accès des couches sociales inférieures aux services médicaux (ENTERLINE, 1973; McDONALD, 1974). Contrairement aux États-Unis (BROYLES, 1983; MANGA, 1987), le revenu n'est plus, au Québec, un déterminant important de l'utilisation des services médicaux et hospitaliers.

latitude n'est pas balisée par des contre-pouvoirs – à la fois de la sous-utilisation et de la surutilisation de services, donc en particulier une augmentation injustifiée des coûts.

STRUCTURE ET PROCESSUS DE LA PRISE DE DÉCISION PUBLIQUE

Il y a donc en principe de bonnes justifications à l'intervention publique. Toutefois, les effets réels de cette intervention dépendent dans une large mesure de la qualité des décisions prises par le gouvernement et les autres agences publiques quant à la structure et aux ressources du système. Ces facteurs déterminent la performance des fournisseurs et le comportement des usagers. Dans un système public, les décideurs publics ont un rôle central. La nature et la qualité des décisions dépend d'au moins cinq facteurs².

La structure de la prise de décision publique constitue le premier facteur. Ceci réfère à la nature des organisations publiques concernées, à la répartition entre elles des responsabilités et des pouvoirs de décision comme également à la répartition des responsabilités et de l'autorité à l'intérieur de chaque organisation. Un aspect important de la structure consiste dans la répartition adéquate de la prise de décision entre le central et la périphérie (niveaux régional, sous-régional et des établissements) et dans le degré auquel la prise de décision est ouverte à l'influence des usagers et des citoyens.

Le problème de l'étendue et de la qualité de l'information disponible constitue un deuxième enjeu central, car l'étendue et la qualité de l'information disponible affecte la qualité des décisions à tous les niveaux. La disponibilité d'informations adéquates est une condition sine qua non de débats éclairés sur les effets des programmes actuels, sur les problèmes et les solutions possibles. Les décideurs publics sont mieux éclairés à la fois par un débat public valide et par une information utile. De plus, une information adéquate a une influence positive sur les fournisseurs et les usagers.

Qu'appelle-t-on une information utile ? Premièrement, des données descriptives sont requises sur l'état de santé, l'utilisation des services, les

2. À noter que le champ de l'intervention publique est variable : il dépend à la fois du contexte social général et des caractéristiques du système. Au Québec, ce champ est étendu. Bien qu'on ait ces récentes années beaucoup discuté de sa réduction, la privatisation a jusqu'à présent été très limitée pour trois raisons : le financement largement public du secteur sociosanitaire rencontre l'assentiment généralisé; les planificateurs et politiciens sont obligés de convenir que sa performance est relativement bonne; des preuves que la privatisation améliorerait cette performance sont plutôt inexistantes (SODERSTROM, 1988).

ressources disponibles et le financement des services. Deuxièmement, des évaluations des services, politiques et programmes actuels ainsi que des réformes possibles sont nécessaires. Ceci requiert des efforts de recherche au Québec, mais également le suivi des expériences et recherches d'autres pays. Troisièmement, on doit interpréter les données descriptives et les évaluations; une montagne de rapports de recherche et de tableaux décrivant les services utilisés est d'une utilité limitée pour la plupart des gens intéressés. On doit en souligner les résultats essentiels, les implications en termes des politiques et les questions exigeant des examens ultérieurs. Finalement, l'information, si elle doit enrichir le débat public et la prise de décision, doit être diffusée à tous les niveaux, y compris vers les citoyens.

Le troisième facteur est constitué par les contraintes économiques et les incitatifs financiers confrontant les pouvoirs centraux, les gestionnaires publics et les professionnels. La nature des décideurs publics constitue le quatrième facteur. Plusieurs composantes entrent ici en jeu, dont entre autres la qualité des décideurs publics (habiletés, formation, expérience) et les ressources dont ils disposent, c'est-à-dire à la fois la quantité et la qualité de leurs « états-majors » comme les outils disponibles (connaissances, outils de gestion, outils informatiques, etc.). Finalement, les décisions publiques se prennent dans un contexte social donné incluant en particulier des dimensions politiques et idéologiques. À titre d'exemples, la prise de décision publique peut dépendre de la marge de pouvoir dont dispose le parti gouvernemental, ou encore de certains choix de valeurs qui peuvent refléter celles des décideurs eux-mêmes, celles du public (considérations électorales) ou celles des groupes de pression.

LA PERFORMANCE DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE QUÉBÉCOIS

En dépit des problèmes, la société québécoise ne doit pas sous-estimer les progrès que l'intervention publique a rendu possibles. L'implication publique a grandement amélioré l'accessibilité des services sociosanitaires : la disponibilité des services a augmenté, les obstacles financiers sont minimes et le financement public permet des services adéquats sur le plan personnel. De plus, le financement public assure une certaine équité sociale. Au-delà de la démocratisation de l'accès, deux autres aspects valent la peine d'être soulignés. D'une part, un certain progrès dans l'efficacité/la rationalisation du système (contrôle de l'offre, meilleure distribution régionale des ressources, contrôle de la technologie, débuts de planification par programmes, etc.). Contrairement aux prétentions des adversaires du système public au début des années 70, le contrôle public de la croissance des ressources a permis de

garder les coûts sous contrôle. D'autre part, l'approche globale aux problèmes de santé a pris de l'ampleur (développement des CLSC, activités des DSC, etc.).

Des problèmes importants subsistent. L'accessibilité n'est pas optimum, en particulier dans les régions éloignées et pour les groupes plus vulnérables (personnes âgées, jeunes et femmes en difficulté, personnes handicapées, personnes alcooliques et toxicomanes, autochtones, etc.). Comme en ont amplement témoigné les audiences de la Commission Rochon, une autre lacune majeure est l'intégration très insuffisante des services, l'éclatement du système en une myriade d'institutions et de groupes professionnels « égocentriques » poursuivant chacun leurs propres stratégies alors que la distribution rationnelle des services sociosanitaires suppose une intégration des différents services en fonction d'objectifs et de programmes par rapport à une population donnée. Cet éclatement produit des effets négatifs en série : chevauchements, absence de continuité, absence d'une « porte de référence » claire pour l'usager, défense de « ses services » au détriment d'objectifs de population, etc.³.

Le système sociosanitaire est également critiqué en ce que malgré les progrès accomplis depuis vingt ans, les services accaparent toujours la part du lion au détriment d'activités de prévention et de promotion de la santé. On se souviendra que ceci constituait un thème majeur du Rapport Rochon. Autre question en suspens : le niveau de financement. Les fournisseurs prétendent que le système est sous-financé; d'autres opinent que la réponse au sous-financement de certains services spécifiques est une meilleure allocation des ressources et non pas une augmentation sensible des budgets. Finalement, on ne peut passer sous silence l'éventail de problèmes spécifiques irrésolus qui traînent depuis des années : les inégalités dans la distribution régionale des ressources, la pénurie de lits pour chroniques, l'engorgement des urgences, la pénurie d'infirmières, la dégradation des conditions de travail dans les établissements affectant le moral des employés comme des gestionnaires, etc.

PROBLÈMES DANS LA PRISE DE DÉCISION PUBLIQUE

Étant donné le rôle central des décideurs publics dans un système sociosanitaire public, les progrès enregistrés sont tout à leur honneur. En même temps, les problèmes actuels soulèvent des doutes sur la qualité de la

3. Cet éclatement est le résultat d'une série de facteurs maintenant bien identifiés : l'autonomie juridique des établissements; l'ambiguïté dans la définition des rôles; les obstacles professionnels et syndicaux à l'intégration; la faiblesse du palier régional; l'absence (sauf dans le cas des CLSC) d'un lien explicite entre les services et un bassin de population.

décision publique. Naturellement, les décideurs ne sont pas la cause de tous les problèmes. Ils ne sont pas responsables, par exemple, ni de l'explosion des nouvelles technologies, ni de l'augmentation de certains problèmes sociosanitaires. Ils ont dû, ces récentes années, faire face à la fois à la crise financière de l'État et à la vague néo-conservatrice qui ont entravé leurs possibilités d'action. De plus, les solutions ne sont pas toujours évidentes, ni simples, et les changements demandent du temps. En dépit de ces réserves, force nous est de reconnaître que la performance du système sociosanitaire québécois a été gênée par plusieurs dysfonctionnements dans la prise de décision publique, en particulier la centralisation excessive et l'absence d'information appropriée. Ces éléments ont un impact déterminant et il n'est pas certain que la réforme enclenchée conduira à des progrès importants sur ces deux plans.

- 1) Le système a clairement souffert de centralisation excessive. C'est un des diagnostics clés de la Commission Rochon. Pour une série de raisons maintenant connues (absence au départ d'une bureaucratie régionale éprouvée, absence d'un niveau politico-administratif régional, faiblesse de l'enracinement « politico-social » des conseils régionaux⁴), le gouvernement provincial n'a transféré que relativement peu de pouvoirs aux conseils régionaux et surtout pas de pouvoirs d'allocation des ressources entre les différents éléments du système. Les conditions d'une décentralisation significative n'existant pas, le secteur sociosanitaire a largement été géré et contrôlé par le haut, avec tous les effets pervers de ce genre de gestion : lenteurs, décisions inadaptées, prolifération de la réglementation, court-circuitage (administratifs et politiques) du palier régional, gestion par des fonctionnaires qui connaissent plus ou moins le réseau, etc.⁵. Dans la même veine, le réseau sociosanitaire et l'État ont subi les effets pervers du mode « corporatif », centralisé d'allocation des fonds publics : les débats sur la distribution de la manne étatique se faisant de façon plus ou moins transparente au centre, chaque groupe a essayé de maximiser ses gains propres, dans des confrontations politiques à deux avec l'État. Le *Rapport Rochon* concluait avec justesse : « le Ministère ne peut gérer 900 établissements depuis Québec » et « le système est en otage aux groupes d'intérêts ».

4. De façon générale, les conseils d'administration des conseils régionaux ont été plutôt dominés par les établissements du réseau en lutte pour les ressources.

5. Cette image devrait être nuancée. Peu à peu, les conseils régionaux ont enrichi leurs compétences; le gouvernement leur a progressivement confié plus de mandats; ils ont joué un rôle important dans le travail de coordination/concertation « à partir du bas », en particulier à l'extérieur des grands centres (pour des raisons sociologiques connues : enracinement social, front commun contre le centre, etc.).

- 2) Un deuxième problème – très fondamental – est l'absence d'informations adéquates pour une prise de décision éclairée. Il est en effet très surprenant de constater jusqu'à quel point on manque d'informations essentielles sur la performance du système socio-sanitaire. Les changements continuels des récentes années se sont faits sans qu'il existe beaucoup de données, ni sur l'état de santé (l'Enquête Santé Québec date de 1987), ni sur l'utilisation (en particulier, des services non médicaux), ni sur la disponibilité des ressources. De plus, comme l'a souligné la Commission Rochon, l'évaluation de tous les programmes publics a été très insuffisante. Bien que ce problème ne soit pas unique au Québec, des exemples existent où une bien meilleure information est rendue disponible⁶.

L'absence de données sur l'impact des coupures budgétaires est l'exemple le plus frappant d'absence d'évaluation adéquate. Ces coupures ont été un élément clé des politiques gouvernementales des quinze dernières années et ont été l'objet du débat public le plus important. Des décisions éclairées sur le financement des hôpitaux, par exemple, sont impossibles sans une évaluation de l'impact des contraintes sur plusieurs paramètres : le climat de travail, l'utilisation des services, la qualité des soins, l'état de santé, etc. Pourtant, on ne sait que très peu de choses à cet égard. Une meilleure information quant à l'impact des contraintes budgétaires sur l'état de santé, en particulier, est sans aucun doute possible⁷. Il faut toutefois ajouter que ce problème n'est pas unique au Québec : aucune des provinces canadiennes n'a entrepris la nécessaire évaluation de ses politiques de contraintes budgétaires (Detsky, 1990)⁸.

-
6. Au Manitoba, Leslie et Noralou Roos ont produit beaucoup d'informations utiles sur la performance du système de santé, entre autres sur l'utilisation des services médicaux et hospitaliers. Également, voir plus loin la discussion de l'organisme ProPAC aux États-Unis.
7. En octobre 1983, les Américains modifièrent la méthode de remboursement des hôpitaux pour les patients du programme Medicare, en introduisant le « Prospective Payment System », remboursement forfaitaire basé sur des catégories de diagnostic. On était à l'époque préoccupé par une détérioration possible des soins à cause de la méthode PPS. En conséquence, plusieurs chercheurs américains analysèrent les effets du PPS sur l'accessibilité, la mortalité, la prévalence des maladies, l'incapacité et l'inconfort (SODERSTROM, 1991). Encore plus important, les chercheurs de Rand viennent de rapporter les résultats d'une importante étude sur les effets du PPS sur l'état de santé (KAHN, 1990). Ainsi, moins de sept ans après son introduction, le gouvernement et les chercheurs américains ont fourni une information substantielle sur l'impact du PPS. Après quinze ans de coupures budgétaires, rien de comparable n'a été produit au Québec.
8. Les contraintes budgétaires ne sont pas la seule politique qui n'a pas été adéquatement évaluée. Peu d'efforts ont été faits pour évaluer les conseils régionaux, les cliniques privées ou les CLSC (QUÉBEC, 1987; BOZZINI, 1988; BÉLANGER, 1990). L'expansion du maintien à domicile se poursuit, mais ces programmes n'ont pas été évalués en profondeur. L'importance de le faire est soulignée par les données montrant que les services à domicile aux États-Unis – au moins tels qu'ils sont organisés – n'ont pas les retombées favorables attendues, ni sur le plan des coûts ni sur celui de la santé (SODERSTROM, 1988). Il convient toutefois de noter des progrès. À titre d'exemple, on a établi le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec.

Finalement, peu d'efforts ont été faits pour interpréter et diffuser l'information disponible. Occasionnellement, des analyses de certains problèmes spécifiques sont publiées par des chercheurs, par le Ministère, d'autres agences publiques ou les associations de producteurs. Mais le Ministère ne publie pas régulièrement une analyse de l'état du système. Une meilleure interprétation et diffusion de l'information disponible est faisable, comme le démontre l'expérience américaine avec la « Prospective Payment Assessment Commission » (ProPAC). Ce modeste conseil indépendant fournit à l'administration américaine et autres groupes intéressés de l'information relative au financement et à l'utilisation des services hospitaliers couverts sous le régime Medicare. Ses rapports annuels sont en grande partie basés sur des données recueillies par d'autres agences et sur des évaluations produites par d'autres chercheurs (Soderstrom, 1991). À part les informations sur l'utilisation des services médicaux contenues dans le rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie, rien de comparable n'existe au Québec.

L'importance du « déficit informationnel » est bien illustrée par la prétention voulant que le secteur sociosanitaire soit en butte à d'importants problèmes de financement. On opine que le gouvernement ne peut plus financer le système dans la même mesure que par le passé, d'où des propositions visant à éliminer certains services de la couverture publique (services dentaires pour les jeunes) ou à introduire des frais aux usagers. Ces frais auraient une série d'effets négatifs sur la performance du système sociosanitaire (Soderstrom, 1988). De plus, la vraie nature de nos problèmes financiers n'a pas été approfondie. La vraie question n'est pas la rareté des ressources ou l'impossibilité pour le gouvernement d'augmenter les taxes. La racine du problème est l'absence d'information adéquate sur le système sociosanitaire.

Le niveau de dépenses adéquat n'est pas fonction de contraintes techniques posées par la rareté des ressources, mais bien de choix sociaux. Nous dépensons actuellement seulement 9 % du revenu national pour les services de santé, mais nous pourrions dépenser plus si la collectivité en décidait ainsi. La société québécoise a eu tendance à résister à l'augmentation des dépenses, car personne n'était convaincu que cela signifierait plus de bien-être. Ceci explique pourquoi la politique gouvernementale de contraintes budgétaires n'a pas entraîné de fortes résistances dans le public.

Inversement, il est probable que la population québécoise réagirait différemment si elle était convaincue que des dépenses additionnelles produiraient des bénéfices substantiels. Si un remède pour le cancer devenait disponible – même un remède coûteux en période de récession économique – il ne fait aucun doute que la collectivité serait prête à dépenser plus

pour la santé. À ce stade-ci toutefois, on n'a pas produit d'information convaincante indiquant que des dépenses supplémentaires amélioreraient le niveau de bien-être, que les bénéfices additionnels vaudraient les dépenses additionnelles et que l'augmentation des dépenses serait nécessaire pour obtenir ces bénéfices⁹.

Le gouvernement prétend qu'il ne peut augmenter les taxes afin de maintenir la capacité concurrentielle du Québec (attraction de capitaux et de main-d'œuvre qualifiée). Ce problème est complexe, mais la question centrale en est une de perception. Si des taxes plus élevées ne sont pas vues comme le résultat d'inefficiences, mais comme un facteur produisant des bénéfices significatifs au niveau du bien-être, elles pourraient entraîner des retombées économiques positives¹⁰.

Par ailleurs, le gouvernement est à juste titre sensible au fait que le public n'est pas partisan d'une augmentation des taxes, vu les doutes répandus sur l'utilisation actuelle des fonds publics. Pour ce qui est des services sociosanitaires, le gouvernement est un peu prisonnier de son propre discours : lui-même et les experts du secteur de la santé ont dit pendant des années – et en partie avec justification – que des dépenses additionnelles n'étaient pas nécessaires et qu'il y avait encore pas mal de « gaspillage ». Il est peu surprenant dans ce contexte qu'une hausse de taxes ne soit pas très populaire. Il y a toutefois des limites à la compression du système sociosanitaire; l'étendue du « gras » a été sensiblement réduite au long des années 80, et de nouveaux développements technologiques comme de nouveaux besoins peuvent justifier aujourd'hui l'injection de fonds supplémentaires. On revient à un problème central : l'absence d'information qui permettrait de décider si les nouveaux services nécessaires peuvent être financés en éliminant des inefficiences ou bien si des fonds supplémentaires seront nécessaires au cours des prochaines années¹¹.

-
9. Cet argument n'implique pas qu'une information plus adéquate signifierait automatiquement une augmentation des dépenses. Elle pourrait pointer aussi vers une réduction de celles-ci.
 10. Par exemple, des entreprises de l'extérieur pourraient trouver des avantages à une localisation au Québec à cause des bénéfices retirés par les employés en vertu du régime public de santé. Par ailleurs, même si une augmentation des taxes causait des « fuites d'entreprises », il faudrait estimer l'effet sur l'emploi : 75 ou 75 000 mille emplois perdus ?
 11. On sait qu'on ne peut se fier à cet égard aux prétentions des producteurs. De la même manière que les architectes sont portés à concevoir des structures toujours plus grandes et sophistiquées, les producteurs de services sociosanitaires veulent toujours plus de ressources, cela reflétant des considérations sincères pour le bien-être des usagers comme de l'intérêt personnel (EVANS, 1990). De plus, l'allocation des fonds publics se fait dans l'arène politique. Ici, les groupes sont en concurrence vigoureuse pour les ressources de telle sorte que leurs demandes reflètent souvent des considérations tactiques (EVANS, 1986).

LA RÉFORME CÔTÉ ET L'AMÉLIORATION DE LA DÉCISION PUBLIQUE

Dans l'ensemble, le document d'orientation Côté et la loi 120 présidant à la réforme qui s'enclenche – et ceci en continuité avec le *Rapport Rochon* et les *Orientations Lavoie-Roux* – font un choix de base en faveur du renforcement du système public. Malgré la crise de l'État-providence, on n'a pas succombé au mirage de la privatisation. Les principales orientations choisies visent toutes à bonifier un système public et universel de santé qui, en dépit de ses lacunes, constitue néanmoins – dans une perspective comparative – une réussite appréciable¹².

Le document d'orientation et la loi 120 proposent toute une série de stratégies visant la bonification du système public. Une première catégorie inclut des mesures ayant pour objectif la bonification des structures et processus qui encadrent la prestation de services : confirmation du rôle central des CLSC et renforcement de ceux-ci à travers l'accroissement à la fois de la présence sociale (transferts des travailleurs sociaux) et de la présence médicale (en principe); des mesures visant une meilleure intégration de l'ensemble des établissements et services (fusion des conseils d'administration, accroissement de la présence des citoyens sur les conseils d'administration); des mesures visant une meilleure protection des usagers; enfin, des mesures visant la mobilisation des ressources humaines¹³.

Une deuxième catégorie de stratégies concerne le thème de cet article. Il s'agit des mesures qui modifient les structures et processus encadrant la décision publique : des changements éventuels dans le financement des

-
12. Il y a une ombre au tableau. En même temps que le caractère public de la prestation des services est renforcé, le document Côté introduit – par la proposition de frais aux usagers « modestes » – une brèche importante dans le financement solidaire des coûts de la santé. Il est même inquiétant : il annonce sans ambages que – eu égard à l'état des finances publiques et les déficits gouvernementaux à tous les niveaux – des modifications seront demandées à la loi fédérale sur la santé qui proscriit les frais aux usagers sur les services médicaux et hospitaliers. Il s'agit d'une brèche à la fois trompeuse et dangereuse. Trompeuse, car le gouvernement prétend qu'on ne peut augmenter l'impôt général : mais l'impôt-services est une augmentation de taxes ! La taxe sur les malades remplace la taxation solidaire. La solution consiste à améliorer l'utilisation actuelle des impôts (dans le secteur de la santé et ailleurs) et non à taxer les malades. Cette mesure est également dangereuse : l'introduction de frais aux usagers « modestes » pourrait s'accélérer et mener à la renaissance des assurances privées (pour ceux qui en ont les moyens) et à un système de santé « à plusieurs étages ». Bref, on pourrait assister à une brèche fondamentale dans le contrat social passé : les coûts de la maladie et de l'incapacité – largement indépendants de la volonté des individus – doivent-ils être partagés solidairement, ou bien est-on prêt à accepter que la personne supporte, outre le poids de la malchance, également son coût ?
13. On répète depuis des années que la « mobilisation » des ressources humaines est une impérieuse nécessité, mais les solutions sont toujours renvoyées aux calendes grecques. Le document Côté en fait une priorité; cette fois sera-t-elle la bonne ?

services (frais aux usagers); le renforcement de la décentralisation régionale; une plus grande ouverture du réseau à la voix des citoyens (présence nettement accrue sur les conseils d'administration); des mesures visant à intégrer un des acteurs principaux – les médecins – dans la planification centrale et régionale (création du Conseil médical du Québec et des Commissions médicales régionales¹⁴); quelques mesures visant l'amélioration de l'information. Les mesures prévues réussiront-elles à contrecarrer les deux problèmes majeurs – la centralisation excessive et l'absence d'une information adéquate – relevés dans la section précédente ?

LA POURSUITE DE LA DÉCENTRALISATION

La formule de décentralisation adoptée à la suite de la réforme Castonguay était une sorte de compromis technocratique et législatif fondé sur peu de choses : ni identités régionales fortes, ni compétences, ni conscience de l'échec de la gestion centralisée. Inversement, tout rend mûre aujourd'hui l'idée de la décentralisation. Comme l'a souligné fort à propos la Commission Rochon, depuis 1970 les dynamismes régionaux – au moins dans le secteur sociosanitaire – se sont intensifiés. On assiste à un renforcement des compétences, du sentiment d'appartenance, et surtout à un renforcement de la prise de conscience de l'échec de la gestion centralisée (à la base comme au sommet) et, réciproquement, à l'émergence de la volonté d'autogestion. C'est là en fait un des messages les plus forts que la Commission ait reçu tout au long de ses audiences.

En continuité avec les débats des récentes années et les récents documents, la réforme Côté propose un renforcement sensible du palier régional, au moyen de deux stratégies. En premier lieu, théoriquement au moins, les responsabilités et pouvoirs des instances régionales seraient considérablement élargis. Les régies détermineraient les priorités régionales, alloueraient les ressources aux divers établissements et organismes en fonction de ces priorités, contrôleraient les activités des établissements et la

14. Le Conseil médical du Québec (composé majoritairement de représentants des différents groupes médicaux mais d'autres experts également nommés par le gouvernement) est chargé de donner des avis au ministre sur à peu près toutes les questions afférentes à la pratique médicale. Sur certains aspects, le ministre doit consulter le conseil, tout ceci revenant à dire que ce dernier exercera une influence certaine sur les orientations et le mode d'organisation du secteur socio-sanitaire. Au niveau régional, la Commission régionale médicale donnera son avis sur les plans d'organisation de services, la répartition des effectifs médicaux (pour assurer à la fois une présence régionale suffisante et une présence inter-établissements suffisante), les modes de pratique médicale. Bref, les médecins ont réussi, au cours de l'été 1991, à convaincre le gouvernement que l'intégration des médecins à la décision et la participation volontaire à la résolution des problèmes était préférable à la contrainte bureaucratique. Il reste à voir si cette cooptation donnera les fruits attendus.

réalisation des programmes et seraient chargées de l'intégration des services. Deuxièmement, les régies seront gérées par un conseil d'administration formé majoritairement de citoyens représentant les divers établissements/organismes sociosanitaires mais également d'autres acteurs sociaux de la scène régionale¹⁵. Liée au projet en développement de la gestion par programmes, l'existence d'un pouvoir régional fort, si réellement il voit le jour, représentera une contrainte importante par rapport aux tendances égocentriques des établissements et des organismes du territoire.

Comme il n'est pas question, au moins dans la situation actuelle au Québec, de créer un nouveau palier politico-administratif avec pouvoirs de taxation (modèle pur de décentralisation politique), le gouvernement choisit une voie mitoyenne : le renforcement de la décentralisation administrative simultanée à l'accroissement de « l'enracinement politico-social » des conseils. Le centre politique et technocratique n'abandonnera évidemment pas les responsabilités que les citoyens lui ont confiées. (La rhétorique courante de « pilonnage » du contrôle technocratique central pêche par naïveté : comment imaginer que le centre politique et technocratique délaisse le contrôle ultime de 11 milliards d'impôts confiés par les citoyens ?) Toutefois, en confiant un pouvoir d'allocation et d'adaptation aux forces sociales et aux acteurs sociosanitaires régionaux, le centre officialise, rend transparent et renforce le débat politique et administratif régional. Bref, le pari est fait que la décentralisation de la négociation, des relations de pouvoir et de la programmation/gestion des opérations conduira à une prise de décision plus efficace et à des décisions plus adaptées.

Les optimistes prévoient ou espèrent des gains. Les régions gagneraient en services adaptés et en motivation. Le centre, en efficacité opérationnelle (il pourra enfin se concentrer sur ses responsabilités propres : la coopération et la planification intersectorielle, la définition des politiques et des moyens fondamentaux du système, la péréquation interrégionale, l'évaluation et le contrôle ultime) – et en efficacité politique, en favorisant un débat politique régional ouvert (sur lequel les députés et le ministre auront évidemment un œil).

15. Le conseil d'administration de la régie sera élu par une assemblée régionale comprenant de 60 à 150 membres et composée ainsi : 20 % d'élus locaux, 20 % élus par les groupes socio-économiques, 20 % élus par les organismes communautaires et 40 % élus par les établissements publics et privés. Le conseil d'administration comptera une base de 20 membres choisis selon les mêmes proportions. À ces 20 membres s'ajouteront 1 membre coopté, le président de la commission médicale régionale et le directeur de la régie, pour un total de 23 (à Montréal et dans la Montérégie, il y aura 3 membres cooptés, pour un total de 25). L'objectif de la cooptation est d'enrichir le conseil de compétences techniques ou sociales (communautés culturelles, groupes démographiques, etc.) jugées souhaitables. Du document Côté à la loi 120, deux changements sont à remarquer : l'exigence de ne pas être un salarié/professionnel du réseau a disparu dans le cas des 8 membres élus par les établissements; ces derniers pourraient comprendre des employés. D'autre part, les médecins ont assuré leur présence.

Bref, le Ministère restera un décideur central, mais, pour les optimistes, la décentralisation qui correspond à une tendance forte des technobureaucraties publiques ne pourra que progresser. Il y a un consensus presque généralisé en faveur du renforcement du palier régional à condition que celui-ci continue dans la voie ouverte par les conseils régionaux : une programmation et une gestion « participée » fondée, dans toute la mesure du possible, sur la bonne volonté des divers acteurs. De plus, le gouvernement ayant suffisamment claironné ses intentions de décentraliser, la pression politique de livrer la marchandise sera présente.

Le progrès réel de la décentralisation reste toutefois incertain. Un consensus généralisé existe à la fois sur la nécessité d'un contrôle administratif et politique de la part du centre comme sur la nécessité de normes provinciales (dans un système fondé sur l'équité). Dans ce contexte, l'enjeu devient la marge de manœuvre réelle dont les régies bénéficieront en termes d'adaptation des priorités, d'élaboration de normes, d'allocation des ressources et de contrôle des résultats.

Un premier test est fourni par le libellé de la loi 120. Celle-ci accorde bien les pouvoirs promis dans le document Côté, mais il est frappant de constater que non seulement la régie doit faire approuver par le ministre ses activités principales : établissement des priorités, plans d'organisation de services, plans d'allocation des ressources, etc. (ce qui est somme toute normal dans la dynamique de l'imputabilité politique) – mais aussi que le ministre se réserve toute une série de fonctions et de contrôles qui pourraient limiter substantiellement l'étendue réelle de la décentralisation : approbation des plans d'effectifs médicaux régionaux, détermination des conditions d'emprunt, détermination des règles d'allocation budgétaire, détermination de la composition des groupes représentés à l'assemblée régionale, etc. Le ministre se réserve également la possibilité de demander à la régie des renseignements sur plusieurs aspects. Il est classique pour les ministres de se réserver des pouvoirs qu'ils n'utiliseront pas ou avec discernement, mais l'épée de Damoclès bureaucratique n'est pas absente.

Le deuxième test devrait avoir lieu bientôt. De l'avis général, les régies ne pourront remplir les mandats que la loi leur confie sans une augmentation de leur personnel, qui normalement devrait aller de pair avec une baisse progressive des effectifs au centre. On murmure en haut lieu que des budgets seront débloqués, ce qui, dans la situation actuelle des finances publiques, est loin d'être sûr. Quelques déplacements volontaires de personnel du centre vers les régions pourraient avoir lieu, mais cela ne pourra pas être très significatif.

À court terme, un autre obstacle important limitera la marge de manœuvre des régies. Le Ministère annonce que l'allocation des budgets se fera par programmes en fonction de certaines caractéristiques régionales (démographie, état historique des ressources, etc.). Il reviendrait ensuite à la régie d'allouer ces masses budgétaires aux établissements et organismes en fonction de plans régionaux intégrés, ce qui reviendrait à coup sûr à modifier certaines rentes de situation et, le cas échéant, l'éventail de services fournis par chaque établissement. Dans le court terme toutefois, les régies devront bien fonctionner avec les budgets historiques sauf pour les budgets de développement qui ne constituent qu'une petite partie de l'ensemble. En clair, pour sabrer dans l'organisation actuelle, il faudra compter sur l'attrition et avec le temps.

La latitude des régies sera également influencée par les accords conclus entre le centre et les associations de professionnels ou d'établissements. On a vu à l'été 1991 que les médecins pouvaient pousser loin le recul du gouvernement. Le gouvernement sera-t-il par ailleurs capable de mettre un terme aux court-circuitages administratifs et politiques qui ont tellement neutralisé les conseils régionaux ? La réponse à cette question dépendra à la fois du développement réel des régies dans les prochaines années (problème des ressources) et de la dynamique décisionnelle qui s'installera dans les régions (leadership des régies, degré de réussite de la concertation, etc.). La cooptation des médecins, la négociation pluraliste (surveillée politiquement par le centre comme au plan local) constituent ici des éléments favorables.

Il est vrai que le renforcement du palier régional correspond à une « centralisation partielle du local », contre laquelle s'insurgent ceux qui défendent les corporatismes locaux, la sacro-sainte autonomie des établissements. Cette centralisation comporte toutefois un risque : celui d'une bureaucratisation régionale excessive. À court terme, vu la pénurie de ressources, le danger relié à l'absence d'une bureaucratie suffisante est possiblement plus grand que celui qu'entraînerait une bureaucratisation régionale excessive. Mais ce dernier est toujours présent, en raison de la complexité actuelle que le secteur sociosanitaire a revêtu. À voir les tâches que le ministre se réserve de demander au personnel des régies, les craintes ne sont pas infondées que les régies (ainsi que les établissements par ricochet) soient prises dans un dédale bureaucratique. Toutefois, au sommet comme à la base, tous les acteurs sont à l'affût du danger bureaucratique qui pourrait ainsi être conjuré. Ce risque pourrait également diminuer en fonction de la capacité de mettre sur pied des méthodes de gestion axées sur les résultats et non sur les moyens.

Une autre question ouverte est le degré auquel les nouveaux conseils d'administration agiront en fonction des intérêts des citoyens plutôt qu'en

fonction des pressions des producteurs comme cela a eu tendance à se produire avec les conseils régionaux. (L'histoire des instances régulatrices en Amérique du Nord confirme ce danger.) Le gouvernement n'aura pas les mêmes possibilités d'influence directe puisque les nominations gouvernementales ont disparu. Toutefois, presque la moitié des membres des conseils auront des liens directs avec les établissements et ceux-ci disposent de moyens supplémentaires pour influencer les décisions (lobbying, noyautage des conseils, présence sur les comités consultatifs). Toutefois, le processus d'élection en deux étapes (dans la deuxième, les élus doivent gagner le support d'autres groupes) pourrait conduire au choix de représentants d'établissements choisis en fonction de leur compétence et de leur motivation et capables de s'élever au-dessus des intérêts singuliers. De plus, les producteurs ne constituent pas un groupe homogène : hôpitaux, CLSC et centres d'accueil ne font pas nécessairement bloc. En tout état de cause, les représentants des producteurs devront faire face à un éventail de représentants de divers groupes de la communauté.

Un facteur influencera la performance des membres des conseils : l'information dont ils disposeront. L'information est synonyme de pouvoir et les gens qui n'ont pas de liens directs avec les producteurs ou d'autres groupes d'intérêt sont souvent désavantagés par leur manque d'information pertinente. Malheureusement, la réforme Côté n'accorde pas suffisamment d'importance à ce point capital¹⁶.

L'IMPORTANCE D'UNE MEILLEURE INFORMATION

Étant donné les problèmes sérieux d'information discutés précédemment, l'existence d'une meilleure information est un préalable à l'amélioration de la gestion publique, du gouvernement aux établissements. La Commission Rochon a fait un important plaidoyer en faveur d'un rôle accru du Ministère dans l'évaluation des programmes. Elle a également suggéré diverses avenues pour stimuler la recherche sur les programmes sociosanitaires. Finalement, elle recommanda la création d'un Conseil de la santé et du bien-être qui aurait pour mandats l'évaluation de l'ensemble des politiques gouvernementales quant à leur impact à long terme sur le plan sociosanitaire et la suggestion de stratégies globales quant aux politiques sociosanitaires.

Le consensus est assez généralisé sur l'idée que le Ministère consacre plus d'attention à l'évaluation et au soutien de recherches pertinentes. Par ailleurs, la proposition d'un conseil indépendant du gouvernement est une

16. L'expérience des conseils d'administration du secteur sociosanitaire montre aussi que la formation des membres est un aspect important pour une bonne performance.

bonne idée pour deux raisons. D'une part, les responsabilités du Ministère sont étendues et il pourrait négliger certains besoins d'information. D'autre part, le gouvernement se retrouve facilement dans une position de juge et partie : un organisme indépendant fournirait des informations neutres sur les débats en cause. La Commission proposait que ce conseil se concentre sur les enjeux « intersectoriels » à long terme. Sans nier cette nécessité, il est évident qu'il y a un besoin urgent d'information à court terme, et spécifique au système sociosanitaire.

Le document Côté reprend à son compte le plaidoyer de la Commission en faveur du développement de l'évaluation et de la recherche. Il restera à voir si les ressources suivront les intentions. Il propose également l'établissement d'un Centre d'enquête épidémiologique et sociale dont le rôle serait toutefois limité à des enquêtes sur l'état de santé et de bien-être. Cependant, le projet de création d'un Conseil de la santé et du bien-être dans la ligne des propositions de la Commission est toujours sur la planche à dessin.

En tout état de cause, l'ensemble de ces mesures est insuffisant si l'on veut surmonter les problèmes d'information sérieux qui gênent actuellement la prise de décision publique. On a vu que l'existence d'un conseil indépendant est essentielle. En conséquence, l'idée d'un conseil dont la mission serait différente de celui proposé par la Commission Rochon devrait être explorée. Le premier pourrait avoir les mandats et caractéristiques suivantes.

Ce conseil devrait rassembler les données disponibles sur la performance du système de santé et l'évaluation de programmes spécifiques. Il pourrait entreprendre de son propre chef des projets de recherche limités, commanditer des recherches spécifiques sur des problèmes urgents, mais il devrait en premier lieu rassembler et interpréter les résultats des travaux produits par d'autres agences ou chercheurs. Le Ministère devrait conserver le rôle central de générateur d'informations descriptives et serait responsable de l'évaluation des programmes, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé conserverait ses responsabilités, le Centre proposé dans le document Côté aurait la responsabilité première pour la collecte d'information sur l'état de santé et les problèmes sociosanitaires. Le conseil proposé ici, quant à lui, devrait fournir des analyses approfondies de l'information disponible, en souligner les implications en termes de politiques et de besoins de recherche ultérieurs. Cette information et ces analyses devraient faire l'objet d'un rapport annuel ou bisannuel au ministre. Organisé de cette manière, ce conseil ressemblerait à une formule qui est en train de faire ses preuves aux États-Unis (ProPAC).

Ce conseil ne serait pas un forum pour satisfaire les intérêts du gouvernement ou des producteurs. Ses membres (sur les modèles du Conseil d'évaluation des technologies de la santé et de ProPAC) devraient être des experts indépendants bien au fait du financement, fonctionnement et de l'évaluation du secteur sociosanitaire québécois. Leur expertise assurerait la qualité et l'indépendance nécessaire aux travaux du conseil.

Le gouvernement pourrait être hésitant, par crainte des retombées politiques, à constituer un tel organisme. Sans doute, celui-ci serait parfois critique des politiques gouvernementales, ce qui ne serait que sain du point de vue de la collectivité. Toutefois, les travaux et recommandations du conseil constitueraient un soutien important pour les politiques du gouvernement. Ils pourraient, entre autres, lui fournir l'information requise pour contrer les revendications injustifiées des divers groupes (producteurs ou consommateurs). Ils représenteraient également une source d'idées utiles pour le gouvernement et une information qui enrichirait le débat public.

CONCLUSION

Il y a d'excellentes justifications à l'intervention publique dans le domaine sociosanitaire et il faut saluer dans la réforme qui s'enclenche – en continuité avec le *Rapport Rochon* et les *Orientations Lavoie-Roux* – la volonté du gouvernement québécois de conserver au système sociosanitaire son caractère essentiellement public (avec le spectre toutefois des frais aux usagers). Toutefois, la performance d'un système sociosanitaire public ne vaut que ce que valent la qualité des décideurs publics et la qualité des structures et processus décisionnels dans lesquels ils opèrent. Bien que la « nationalisation » du système sociosanitaire ait permis des progrès importants, bien que la performance du Québec dans une perspective comparative – en termes d'efficacité, d'équité, de résultats – soit bonne, il est très clair qu'elle peut et doit être largement bonifiée, en particulier à travers l'amélioration des décisions publiques.

Le fonctionnement du système sociosanitaire a en effet été entravé par plusieurs phénomènes, entre autres par la centralisation excessive et l'absence d'information adéquate. Les effets pervers de la centralisation ont été reconnus et la réforme pourrait conduire à des progrès significatifs sur ce plan. Toutefois, des obstacles importants subsistent et seule l'expérience dira si la décentralisation généralement souhaitée ne sera pas remplacée par une simple déconcentration bureaucratique plus poussée. Par contre, on n'a pas jusqu'à présent accordé suffisamment d'attention au fait que la performance du système sociosanitaire ne peut être améliorée en l'absence d'une information adéquate.

Ces deux problèmes majeurs n'épuisent pas les lacunes dans la dynamique de la prise de décision publique. Il serait utile d'examiner également diverses questions inhérentes à la nature des décideurs publics, entre autres le problème de la qualité de la planification et de la gestion gouvernementales. La simple disponibilité d'une information à elle seule en effet n'apparaît pas être garante d'une planification et d'une programmation appropriées. À titre d'exemple, les tiroirs ministériels regorgent de données et rapports de recherche sur le vieillissement de la population, sur l'affaiblissement des capacités de prise en charge par les familles, et pourtant une raison majeure d'engorgement aigu des urgences et des lits de centres hospitaliers est la présence de malades chroniques pour lesquels les ressources, à la fois en aide à domicile et en hébergement, sont insuffisantes.

Un autre phénomène frappe l'observateur. Tout un éventail de problèmes – tels l'engorgement des urgences, la question de la répartition des effectifs médicaux ou l'intégration sous-optimale des services – perdurent depuis des années. Plusieurs facteurs ont joué ici un rôle, parmi lesquels l'absence d'information adéquate et la centralisation excessive. On attend, par exemple, de la décentralisation – à travers une négociation et une programmation locales adaptées comme à travers la cooptation des médecins – qu'elle favorise une meilleure intégration des services.

Il faut toutefois se demander ici si l'incapacité des décideurs publics à résoudre un certain nombre de problèmes persistants n'est pas le résultat, en bonne partie, de deux systèmes de valeurs contradictoires. Les Québécois préfèrent un financement public du secteur sociosanitaire et veulent que l'État rende les services de base disponibles. D'un autre côté, prévaut une résistance diffuse à de trop grandes contraintes de la part des pouvoirs publics, le Québec participant de l'idéologie de la responsabilité individuelle et de la liberté de choix enracinées dans la culture nord-américaine. Ainsi, en même temps que la population souhaite une disponibilité étendue des services et des services intégrés, elle hésite à conférer aux autorités publiques les pouvoirs correspondants à ces objectifs, car les mesures nécessaires pourraient contraindre la traditionnelle liberté de choix des producteurs et des usagers. Elle veut en quelque sorte le meilleur de deux mondes... Cette ambiguïté idéologique s'est naturellement reflétée dans l'action du gouvernement québécois dans le secteur sociosanitaire depuis la Révolution tranquille et s'est possiblement accentuée avec la vague néo-conservatrice : le gouvernement a oscillé (et oscille toujours) entre un projet de socialisation du secteur sociosanitaire et une sorte de timidité dans les moyens mis en œuvre. Ainsi, pour améliorer l'insuffisante intégration des services, la réforme Côté mise encore largement sur une stratégie de type concertation volontaire (encadrée progressivement par des contraintes comme l'allocation par programmes) qui ne bouscule pas trop les manières de faire actuelles :

l'autonomie relative des établissements, la liberté de choix des professionnels et des usagers. Il faudra attendre pour juger des résultats. De façon générale, la bonification ultérieure du système sociosanitaire québécois pourrait dépendre de la mise en œuvre de moyens aptes à concilier ces deux systèmes de valeurs contradictoires.

Bibliographie

- BÉLANGER, Jean-Pierre (1990). *Local Community Service Centers : A Contribution to Promotive Services in Québec/Canada*, manuscrit non publié, novembre.
- BOZZINI, Luciano (1988). « Local Community Services Centers (CLSCs) in Québec : Description, Evaluation, Perspectives », *Journal of Public Health Policy*, vol. 9, n° 1, 346-375.
- BROYLES, Robert W. *et al.* (1983). « The Use of Physician Services Under a National Health Insurance Scheme », *Medical Care*, vol. 21, 1037-1054.
- DETSKY, Allen S. *et al.* (1990). « Containing Ontario's Hospital Costs Under Universal Insurance in the 1980's : What Was the Record ? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 142, n° 6, 565-572.
- ENTERLINE, Philip E. *et al.* (1973). « The Distribution of Medical Services Before and After 'Free' Medical Care : The Québec Experience », *New England Journal of Medicine*, 289 (22), 1174-1178.
- EVANS, Robert G. (1986). « Finding the Levers, Finding the Courage : Lessons from Cost Containment in North America », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 11, n° 4.
- EVANS, Robert G. (1990). « Tension, Compression and Shear : Directions, Stresses and Outcomes of Health Care Cost Controls », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 15, n° 1, 101-128.
- FEIN, Rashi (1972). « On Achieving Access and Equity in Health Care », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, octobre, 157-190.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux (1987). *Rapport du Comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC*, Québec, MSSS.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : Orientations*.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec, MSSS.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1991). *Projet de loi 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, dans *Lois du Québec, 1991*, chap. 42, Éditeur officiel du Québec.

- KAHN, Katherine *et al.* (1990). « The Effects of the DRG-Based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalized Medicare Patients : An Introduction to the Series », *Journal of the American Medical Association*, 264 (15), 1953-1955.
- MANGA, Pran *et al.* (1987). « The Determinants of Hospital Utilization Under a Universal Public Insurance Program in Canada », *Medical Care*, vol. 25, n° 7, 658-670.
- MCDONALD, Alison *et al.* (1974). « Effects of Québec Medicare on Physician Consultation for Selected Symptoms », *The New England Journal of Medicine*, 291 (13), 649-652.
- SODERSTROM, Lee (1988). *Privatization : Adopt or Adapt?*, Synthèse critique 36, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec.
- SODERSTROM, Lee (1991). « The American Experience with a Prospective Payment System : Some Lessons for Canada », dans DEBER, R. et G. THOMPSON, (sous la direction de). *Restructuring the Health Services System : Where Do We Go from Here?*, Proceedings of the Fourth Canadian Conference on Health Economics, Toronto, University of Toronto Press.
- WOOLHANDLER, Steffie et David U. HIMMELSTEIN (1991). « The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System », *The New England Journal of Medicine*, 324 (18), 1253-1258.