

Université de Montréal

**La privatisation des soins de santé : clarifications conceptuelles et observations sur le cas québécois**

par  
Fanny Bédard

Département de science politique  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
M.Sc. en science politique

Avril 2010

© Fanny Bédard, 2010

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :  
**La privatisation des soins de santé : clarifications conceptuelles et  
observations sur le cas québécois**

présenté par :  
Fanny Bédard

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Denis Saint-Martin  
président-rapporteur

Nicole F. Bernier  
directrice de recherche

Pascale Dufour  
membre du jury

## RÉSUMÉ

Au Québec, depuis les 25 dernières années, l'enjeu de la privatisation dans le secteur de la santé revient constamment dans le débat public. Déjà dans les années 1980, lorsque le secteur de la santé a commencé à subir d'importantes pressions, faire participer davantage le privé était présenté comme une voie envisageable. Plus récemment, avec l'adoption de la *loi 33* par le gouvernement libéral de Jean Charest, plusieurs groupes ont dénoncé la privatisation en santé.

Ce qui frappe lorsque l'on s'intéresse à la privatisation en santé, c'est que plusieurs textes abordant cette question ne définissent pas clairement le concept. En se penchant plus particulièrement sur le cas du Québec, cette recherche vise dans un premier temps à rappeler comment a émergé et progressé l'idée de privatisation en santé. Cette idée est apparue dans les années 1980 alors que les programmes publics de soins de santé ont commencé à exercer d'importantes pressions sur les finances publiques des États ébranlés par la crise économique et qu'au même moment, l'idéologie néolibérale, qui remet en question le rôle de l'État dans la couverture sociale, éclipsait tranquillement le keynésianisme. Une nouvelle manière de gérer les programmes publics de soins de santé s'imposait comme étant la voie à adopter. Le nouveau management public et les techniques qu'il propose, dont la privatisation, sont apparus comme étant une solution à considérer.

Ensuite, par le biais d'une revue de la littérature, cette recherche fait une analyse du concept de privatisation, tant sur le plan de la protection sociale en général que sur celui de la santé. Ce faisant, elle contribue à combler le flou conceptuel entourant la privatisation et à la définir de manière systématique. Ainsi, la privatisation dans le secteur de la santé transfère des responsabilités du public vers le privé dans certaines activités soit sur le plan: 1) de la gestion et de l'administration, 2) du financement, 3) de la provision et 4) de la propriété. De plus, la privatisation est un processus de changement et peut être initiée de manière active ou passive.

La dernière partie de cette recherche se concentre sur le cas québécois et montre comment la privatisation a progressé dans le domaine de la santé au Québec et comment certains éléments du contexte institutionnel canadien ont influencé le processus de privatisation en santé dans le contexte québécois. Suite à une diminution dans le financement en matière de santé de la part du gouvernement fédéral à partir des années 1980, le gouvernement québécois a privatisé activement des services de santé complémentaires en les désassurant, mais a aussi mis en place la politique du virage ambulatoire qui a entraîné une privatisation passive du système de santé. Par cette politique, une nouvelle tendance dans la provision des soins, consistant à retourner plus rapidement les patients dans leur milieu de vie, s'est dessinée. La *Loi canadienne sur la santé* qui a déjà freiné la privatisation des soins ne représente pas un obstacle suffisant pour arrêter ce type de privatisation. Finalement, avec l'adoption de la *loi 33*, suite à l'affaire Chaoulli, le gouvernement du Québec a activement fait une plus grande place au privé dans trois activités du programme public de soins de santé soit dans : l'administration et la gestion, la provision et le financement.

Mots clés : privatisation, secteur de la santé, programme public de soins de santé, néolibéralisme, nouveau management public, État-providence, Québec, Canada.

## ABSTRACT

For the last 25 years, the issue of health care privatization has frequently been a subject of public debate in Québec. Already during the 1980s, when the health sector was starting to be under pressure, the use of the private sector was presented as a possible alternative. More recently, with the adoption of *bill 33* by the liberal government of Jean Charest, many groups in the civil society have denounced the privatization of health care.

What is striking when we study health care privatization is that the concept is rarely clearly defined. Through a closer look at the Quebec case, this research first recalls how the idea of health care privatization has emerged and progressed. This idea appeared during the 1980s when health care public programs started to represent important pressures on the public finance of states that were also experiencing an economic crisis. At the same time, neoliberalism and its questioning of the welfare state was slowly eclipsing keynesianism. A new way of managing health care public programs seemed necessary. New public management and the techniques it proposes, privatization being one of them, appeared to be the solution to consider.

Then, through a literature review, this research analyzes the concept of privatization, in the realm of social protection in general but also more specifically in health care. Through this process, the research clarifies the concept of privatization and defines it systematically. Thus, privatization in the health care sector transfers responsibility from the public to the private in different areas. These areas are: 1) management and administration, 2) financing, 3) provision, 4) ownership. Adding to this definition, privatization is a process of change and can be initiated actively or passively.

The last part looks more particularly at the Québec case and shows how privatization has evolved in the Québec health care sector. It also highlights how some aspects of the Canadian institutional context have influenced health care privatization in the province. Québec has not been impervious to privatization. After the cuts in health care funding by the federal government that began in the 1980s, the Québec's

government reacted by actively privatizing some complementary health services through de-insurance. It has also put in place the ambulatory shift policy, which has led to a passive privatization of health care. The ambulatory shift represented a new trend in health care provision that consists in sending patients home more quickly after their hospitalization. The *Canadian Health Act*, considered as an obstacle to privatization, does not limit this kind of privatization. Finally, with the passing of *bill 33*, after the Chaoulli case, the Québec's government has actively opened the door to the private sector in three health care activities: administration and management, provision, and financing.

Key words: privatization, health care, neoliberalism, new public management, welfare state, Québec, Canada.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	vii
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	viii
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	ix
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	x
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE 1: La privatisation dans le domaine de la santé : une mise en contexte</b> .....	9
<b>1. 1. La montée de l'idéologie néolibérale</b> .....	11
1. 1. 1. Tournant néolibéral au Canada .....	15
<b>1. 2. Le nouveau management public et la privatisation</b> .....	17
1. 2. 1. Nouveau management public et santé au Canada.....	20
<b>1. 3. Tournant néolibéral, NMP et privatisation : le cas du Québec</b> .....	22
1. 3. 1. L'idée de privatisation en santé au Québec.....	23
1. 3. 2. Le rapport Rochon .....	25
1. 3. 3. Les réformes Côté et Rochon (virage ambulatoire).....	27
1. 3. 4. Les années 2000 .....	28
1. 3. 5. La privatisation de la santé au Québec : un phénomène de portée limitée .....	31
<b>1. 4. Conclusion</b> .....	33
<b>CHAPITRE 2: La privatisation en santé : une revue du concept</b> .....	35
<b>2. 1. La privatisation: notion générale</b> .....	36
2. 1. 1. La privatisation : un transfert de responsabilités .....	39
2. 1. 2. Privatisation active versus privatisation passive.....	42
2. 1. 3. La privatisation : un processus de changement.....	43
<b>2. 2. La distinction entre le public et le privé</b> .....	44
2. 2. 1. La distinction entre le public et le privé en santé .....	45





**LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau 1- Une taxonomie préliminaire de la privatisation.....</b>	<b>40</b>
<b>Tableau 2- Le privé en santé .....</b>	<b>48</b>
<b>Tableau 3- La privatisation en santé.....</b>	<b>62</b>
<b>Tableau 4 Dépenses de santé du secteur public et du secteur privé en pourcentage des dépenses totales de santé, Québec.....</b>	<b>70</b>
<b>Tableau 5- Dépenses de santé du secteur public au Québec et dépenses du gouvernement québécois liées aux services à domicile, de 1995 à 2004 en millions de dollars.....</b>	<b>78</b>

**LISTE DES GRAPHIQUES**

<b>Graphique 1- Part des dépenses de santé et de services sociaux dans l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement du Québec de 1985-1986 à 2005-2006.....</b>	<b>16</b>
--	-----------

**LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CMA	Clinique médicale associée
CMS	Centre médical spécialisé
CSSS	Centre de la santé et des services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
FPE	Financement des programmes établis
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
LCS	Loi canadienne sur la santé
NMP	Nouveau management public
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PPP	Partenariat public-privé
RACP	Régime d'assistance publique du Canada
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux

## REMERCIEMENTS

Dès les premiers pas de cette recherche, ma directrice Nicole F. Bernier, m'a fait une mise en garde qui s'est avérée utile pour la suite des choses et qui est même devenue, à la limite, un leitmotiv. «Pour faire un mémoire, tu dois être têtue et persévérante!» Dans les moments les plus difficiles, je me répétais ces deux mots : entêtement et persévérance. Je tiens donc à la remercier pour ce judicieux conseil, mais aussi pour les suggestions relatives à la rédaction de ce travail, pour ses lectures attentionnées, son soutien financier et aussi d'avoir bien voulu superviser ce travail malgré la distance.

Je souhaite remercier mes parents, mon grand frère et mes trois grandes soeurs qui ont joué, chacun à leur manière et à différents moments, un rôle important autant dans ma vie personnelle que dans mon parcours scolaire. Et un merci particulier à ma mère qui a remis ses lunettes d'enseignante, le temps de relire ce mémoire.

Merci à mon amie Kheira qui a accepté de relire certaines parties de ce travail, avec des yeux nouveaux, au moment où j'en avais grand besoin.

Simon, tu as livré une grande bataille. J'aurais aimé célébrer la fin de cette étape en ta compagnie. Tu as été un guerrier courageux mon ami.

Et pour terminer, merci à Charles Bret., qui a lu et relu plusieurs fois ce travail, qui a fait preuve de grande patience, qui a su me reconforter et me fouetter, qui m'a cuisiné des petits plats et des grands festins, qui accepte les petites tristesses et les grands bouhous, qui trouve toujours le moyen de mettre du rigolo dans la vie, qui est mon amoureux.

## **INTRODUCTION**

Peu de temps après son élection au printemps 2003, le gouvernement libéral de Jean Charest lançait son projet de réingénierie de l'État et démontrait par le fait même son désir de limiter la taille de l'État. En 2004, soit un an après l'arrivée au pouvoir des Libéraux, certains concluaient: «Le gouvernement est obsédé par la taille de l'État. Cette fixation est une réminiscence de la rhétorique néolibérale des années 1980 (...)» (Boismenu, Dufour et Saint-Martin 2004, 32). À la tête de ce projet de réingénierie de l'État se trouvait Monique Jérôme-Forget, à l'époque ministre du Conseil du Trésor, qui avait pour phrase fétiche celle de l'économiste anti-interventionniste Milton Friedman : «Less government is better government» (Boismenu, Dufour et Saint-Martin 2004, 32). De l'aveu même de Monique Jérôme-Forget, pour mener à terme le projet de modernisation de l'État, il ne fallait pas hésiter à : «profiter des *opportunités* de rapprochement avec le secteur privé pour bénéficier de son expertise et mieux partager les risques.» (Lessard 2003).

Recourir au privé est donc une alternative privilégiée par le gouvernement de Jean Charest. Dès son premier mandat, ce gouvernement a proposé divers projets de privatisation. À titre d'exemple, pensons au controversé projet de privatiser une partie du Mont-Orford en vendant des terrains de ce parc national (Chouinard 2006; Richer 2006)<sup>1</sup>, à l'idée de privatiser Télé-Québec soit en vendant sa licence à un consortium privé ou en revoyant son mode de gestion (Cauchon et Baillargeon 2004; Parent 2004) ou aux projets de constructions en partenariat public-privé (PPP) comme le prolongement de l'autoroute 25 ou la construction du Centre universitaire de santé

---

<sup>1</sup> Le but ici n'est pas de faire une revue exhaustive des articles traitant de ces projets de privatisation, mais plutôt d'en brosser un portrait général.

McGill (CUSM) et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (Paquet et Cloutier 2004; Lévesque 2006; Le Cours 2007). C'est d'ailleurs au cours du premier mandat de ce gouvernement qu'une politique cadre sur les PPP et que la loi sur l'Agence des PPP<sup>2</sup> furent adoptées. Cette agence devait : « contribuer au renouvellement des infrastructures publiques et à l'amélioration de la qualité des services aux citoyens par la mise en œuvre de projets de partenariats public-privé (PPP).» (Québec, Secrétariat du Conseil du trésor 2004, 31).

Le gouvernement de Jean Charest a également pris des moyens législatifs pour faire participer davantage le privé, mais cette fois dans le domaine de la santé en adoptant, en 2006, la *loi 33*. Cette loi adoptée suite à l'affaire Chaoulli<sup>3</sup> introduit la possibilité pour un individu de recourir à une assurance privée pour certaines opérations (hanche, genou, cataractes) et permet à des centres hospitaliers de s'associer à des cliniques privées pour que ces dernières fournissent des soins dans lesquels elles sont spécialisées. Elle a été décriée par plusieurs (des organisations syndicales, le regroupement des Médecins québécois pour le régime public, la Coalition Solidarité Santé)<sup>4</sup> pour qui elle constituait une privatisation du système de santé. Par exemple, la Coalition Solidarité Santé reproche à cette loi : «d'élargir le champ commercial des assureurs.» (Le Devoir 2006) tandis que le regroupement des Médecins québécois pour

---

<sup>2</sup> L'Agence des PPP a été remplacée en octobre 2009 par Infrastructure Québec (Ouellet 2009).

<sup>3</sup> Dans l'affaire Chaoulli, qui s'est rendue jusqu'à la Cour suprême du Canada, la validité des dispositions législatives québécoises prohibant le droit de se procurer une assurance-maladie pour les soins de santé déjà couverts par le régime public était contestée. Les appelants soutenaient que ces dispositions étaient contraires à la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec, à la *Charte canadienne des droits et libertés* ou aux deux.

<sup>4</sup> Il ne s'agit ici que d'un bref survol des organisations s'étant manifestées contre l'adoption de la *loi 33*. Voir entre autres : Le Devoir (2006) et Ballivy (2008).

le régime public s'inquiète du fait que par cette loi on veuille favoriser une prestation privée des soins (Ballivy 2008).

Plus récemment, lors du dépôt du budget en mars 2010, le gouvernement du Parti libéral, toujours sous la gouverne de Jean Charest, en a surpris plus d'un en annonçant deux nouveautés dans le financement de la santé au Québec. D'une part, le budget annonçait l'introduction d'une cotisation santé non progressive de 25 \$ que chaque adulte devra payer dès juillet 2010. Cette cotisation s'élèvera graduellement pour atteindre 200\$ en 2012 (Québec, Ministère des Finances 2010). D'autre part, on y présentait l'intention du gouvernement: « d'introduire une franchise santé d'ici quelques années pour orienter la consommation des services de santé.» (Québec, Ministère des Finances 2010, 26). Même si les modalités de cette franchise ne sont pas encore décidées, le ministre des Finances Raymond Bachand affirmait que : «Ce n'est pas un ballon d'essai, c'est une décision.» (Dutrisac 2010). Cette franchise santé est, aux vues de plusieurs analystes, un ticket modérateur. Comme le soutenait le Dr Gaétan Barette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) : «On embarque ici dans un nouveau concept qui s'approche de l'utilisateur-payeur et s'approcher de l'utilisateur-payeur, c'est aller vers le ticket modérateur et peut-être même une forme de privatisation.» (Rioux et Dutrisac 2010).

La question de la privatisation des soins de santé<sup>5</sup> fait fréquemment la manchette depuis quelque temps. Toutefois, elle n'est pas un enjeu nouveau dans le paysage

---

<sup>5</sup> « Soins de santé » réfère dans cette recherche aux soins médicaux offerts par un médecin omnipraticien ou spécialiste en contexte hospitalier ou en milieu clinique (par exemple : les examens, les consultations,



politique québécois. Depuis plus de 20 ans, elle revient de manière récurrente dans l'actualité québécoise. Déjà en 1986, un quotidien titrait : «La commission Rochon n'écarte pas la privatisation et le ticket modérateur» (Beauchemin 1986) alors qu'en 1988: «Bourassa ne ferme pas la porte à la privatisation dans la santé» (Presse canadienne 1988). Durant les années 1990 et 2000 au Québec, plusieurs groupes de travail et des commissions d'enquête dont les travaux portaient sur le secteur de la santé ont proposé de faire une plus grande place au privé (par exemple : le rapport Arpin en 1999, le rapport Clair en 2000, le rapport Ménard en 2005 et le rapport Castonguay en 2008)<sup>6</sup>. La privatisation ne représente donc pas seulement un thème passager et n'apparaît pas uniquement dans le discours politique puisque des tendances dans cette direction se dessinent depuis plusieurs années.

Ainsi, en plus d'être un sujet d'actualité récent, la question de la privatisation des soins de santé revient régulièrement à l'ordre du jour politique au Québec, depuis les années 1980. Cette question n'est d'ailleurs pas un phénomène unique au Québec, elle est soulevée ailleurs au Canada ainsi que dans d'autres pays fortement industrialisés (Armstrong et Armstrong 1996; Ovretveit 2003; Maarse 2006).

---

les services diagnostiques, les actes thérapeutiques, les traitements psychiatriques, les chirurgies, la radiologie, l'anesthésie). Ils comprennent également les services complémentaires fournis par d'autres professionnels de la santé (par exemple: optométrie, dentisterie) ainsi que les produits médicaux (médicaments et équipements médicaux). Finalement, les services de santé tel que le soutien à domicile sont également compris dans cette expression. (Québec, Régie de l'assurance-maladie du Québec 2006).

<sup>6</sup> Arpin, Rolland. 1999. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Clair, Michel. 2000. *Les solutions émergentes*. Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ménard, Jacques. 2005. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Castonguay, Claude. 2008. *En avoir pour notre argent*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans ce travail, nous nous intéresserons au phénomène de la privatisation dans le domaine de la santé en contexte québécois. Or, une lacune importante subsiste dans la littérature scientifique quand vient le temps de définir la privatisation dans le domaine de la santé. Si certains écrits font valoir ses avantages et que d'autres décrivent les effets négatifs qu'elle peut engendrer, peu nombreux sont ceux qui définissent clairement le concept de privatisation dans le domaine de la santé (Deber 2002, 2; Organisation mondiale de la santé 2002). En effet, même si plusieurs auteurs reconnaissent que la privatisation consiste en un transfert du public vers le privé, ils ne mentionnent pas ce qui est transféré au cours de ce processus. Cette recherche a pour objectif premier de pallier cette lacune en clarifiant, à partir des travaux existants, le concept de privatisation des soins de santé. En clair, elle vise à retracer la trajectoire de ce concept dans la transformation des idées, à voir comment il est abordé dans la littérature, à dégager ce qu'on en sait et à mettre en lumière certaines dimensions de la privatisation dans le domaine de la santé qui sont trop souvent évacuées des discussions. À la lumière de cette clarification conceptuelle, le dernier objectif consiste à dresser certaines observations de ce phénomène dans le contexte du secteur de la santé au Québec. La privatisation dans le domaine de la santé, de par la place importante que ce secteur occupe au sein des États-providence, est d'intérêt autant pour les politologues que pour les chercheurs en santé.

Cette recherche est divisée en trois parties. Le premier chapitre a pour but de spécifier comment est apparue l'idée de privatisation dans le domaine de la santé. Pour diverses raisons, au cours des années 1980 et 1990, plusieurs pays ont senti le besoin de réformer les programmes publics de soins de santé. Nous y montrons que les pays se

sont inspirés de méthodes de gestion proposées par le nouveau management public associées à la privatisation. Le Canada et le Québec n'ont pas échappé à cette tendance.

Puisque le concept de privatisation n'est pas défini de manière systématique dans la littérature, le chapitre deux se concentre donc sur ce concept, d'abord en général, pour ensuite aborder plus spécifiquement la privatisation dans le domaine de la santé. Nous en sommes arrivés au constat que, de manière générale, la privatisation peut se définir comme étant un transfert de responsabilités du secteur public vers le secteur privé. Par contre, il est important de préciser que ce transfert de responsabilités ne s'opère pas subitement, mais plutôt par le biais d'un processus qui peut s'échelonner sur plusieurs années et qui peut être initié de manière passive ou active. Finalement, ce deuxième chapitre montre que le concept de privatisation des soins de santé nécessite des précisions supplémentaires. En santé, quand il y a privatisation, des responsabilités sont transférées du public vers le privé dans différentes activités : 1) la gestion et l'administration, 2) le financement, 3) la provision et 4) la propriété.

Le chapitre trois montre que le Québec n'a pas été épargné par l'idée de privatisation des soins de santé. Il cherche à souligner comment a progressé la privatisation des soins de santé et à montrer comment certains éléments du contexte institutionnel canadien ont orienté le mouvement de privatisation dans le domaine de la santé au Québec. Au final, cela permet également de mettre en lumière les différents types de privatisation qui y ont été à l'œuvre. D'abord, nous y montrons que cette privatisation peut être le produit de l'interaction de plusieurs facteurs comme les arrangements constitutionnels et les arrangements fiscaux qui en découlent ainsi que des

décisions gouvernementales des deux paliers de gouvernement. Ensuite, il y est expliqué qu'à cause de l'évolution dans la prestation des soins, la *Loi canadienne sur la santé* ne représente plus l'obstacle qu'elle a déjà été pour la privatisation. Finalement, nous mettons en évidence que la privatisation peut être le résultat de décisions gouvernementales comme ce fut le cas avec l'adoption de la *loi 33* suite à l'affaire Chaoulli. En somme, ce chapitre permet d'utiliser ce que nous avons appris au sujet de la privatisation en santé pour faire état des différents visages que la privatisation a pris dans le secteur de la santé au Québec.

La conclusion rappelle les éléments développés au cours de cette recherche ainsi que ses apports à la littérature. Cette recherche aura servi à retracer l'apparition et l'évolution de l'idée de privatisation, à clarifier le concept de privatisation et à mettre en évidence ses différentes dimensions. En identifiant certains aspects du contexte institutionnel canadien jouant un rôle dans le mouvement de privatisation des soins de santé, elle aura aussi permis de faire des observations sur le processus de privatisation des soins de santé au Québec. Finalement, bien que cette recherche n'ait pas de visée normative, c'est-à-dire qu'elle ne tranche la question à savoir si la privatisation est bonne ou non, les observations qui y sont faites peuvent servir de base pour mieux envisager l'impact des orientations politiques actuelles.

## **CHAPITRE 1**

### **La privatisation dans le domaine de la santé : une mise en contexte**

Depuis les années 1980, la réforme des programmes publics de soins de santé est devenue l'un des éléments les plus importants à l'ordre du jour politique des États industrialisés et démocratiques (Flood 2000, 1; Hacker 2004, 699). Que ce soit à cause du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre de malades chroniques, des coûts élevés des technologies médicales de pointe et des médicaments, des plus grandes attentes de la population à l'égard du secteur de la santé ou de la demande croissante de soins de santé, les coûts entraînés par les programmes publics de santé pèsent lourd dans les finances publiques des États et vont en s'accroissant (Saltman et Figueras 1997; Wessen 1999, 7-9 ; Flood 2000, 2; Freeman et Moran, 2000, 39; De Vos, Dewitte et Van der Stuyft 2004, 262). Comme cela se fait également dans d'autres domaines de la politique sociale, des moyens sont donc proposés par les gestionnaires publics et les acteurs sociaux afin de contenir les coûts en santé ou à tout le moins d'y limiter les dépenses.

Cependant, la volonté d'agir manifestée par les dirigeants des États pour entreprendre des réformes n'est pas seulement liée aux dépenses importantes et croissantes des programmes publics de soins de santé. Certains facteurs ont incité les gouvernements des pays fortement industrialisés à vouloir améliorer la performance et l'efficacité du secteur de la santé. En effet, le désir de réformer ce secteur a pris forme dans une conjoncture économique particulière. Le déclin de la croissance économique et la récession du début des années 1980 ont fortement motivé les gouvernements à s'engager dans des réformes et à remettre en question la capacité des États à dépenser autant pour les programmes publics de soins de santé. Cette réflexion à l'égard de la performance de ce secteur accompagnait la montée de l'idéologie néolibérale qui

éclipsait tranquillement le keynésianisme quant à la vision du rôle de l'État dans la couverture sociale.

### **1. 1. La montée de l'idéologie néolibérale**

Au cours de la décennie 1970, des changements considérables se produisant dans l'environnement économique international sont associés au déclin du keynésianisme et à la montée du néolibéralisme. Le ralentissement de la croissance économique, des taux d'inflation importants et des économies domestiques de plus en plus interdépendantes faisaient alors pression sur les finances des États (Hall 1994, 146; Kus 2006, 489-490). Les gouvernements ont d'abord tenté de répondre à ces pressions en appliquant les méthodes proposées par le keynésianisme, mais les résultats escomptés n'ont pas suivi. En ce sens, Hall soutient qu'en Grande-Bretagne, les méthodes habituellement employées par le keynésianisme, où l'État interventionniste jouait un rôle important pour stimuler l'économie, ont d'abord été déployées afin de répondre à ces problèmes nouveaux, mais que cela n'a eu que pour effet de le discréditer davantage (Hall 1993, 285). Aux yeux des politiciens, des hauts fonctionnaires et du public, le keynésianisme a donc tranquillement perdu de sa crédibilité parce qu'il ne semblait plus adéquat pour répondre aux défis présents (Hall 1993, 285; Jobert 1994, 10; Campbell 1998, 390). Des solutions alternatives étaient recherchées (Hall 1994, 174; Kus 2006, 492).

Pour plusieurs États, la recherche de solutions était influencée par l'idéologie néolibérale. Comme le souligne Kus : «In this context, many countries began to organize their economic policies along neoliberal ideas that emphasize market solutions and monetary discipline.» (Kus 2006, 492). Navarro suggère que l'idéologie néolibérale est

d'abord apparue aux États-Unis sous l'administration Carter (1977-1981), a gagné en importance sous l'administration Reagan (1981-1989), qu'elle a rejoint le Royaume-Uni sous Thatcher (1979-1990) pour ensuite devenir une idéologie internationale (Navarro 2007, 9). De manière générale, le néolibéralisme repose sur l'argument voulant que le marché se développe naturellement et que l'État et ses interventions minent l'efficacité du marché, voire qu'ils sont des obstacles au développement économique et social (Campbell 1998, 390; Clark 2002, 771; Navarro 2007, 9). Selon l'idéologie néolibérale, puisqu'une présence trop importante de l'État pose problème, il semble plus approprié d'en diminuer la taille et de limiter ses interventions dans l'économie et la société (Hall 1986, 126 ; Hall 1994, 146).

Le passage du keynésianisme vers le néolibéralisme s'est concrètement traduit par des décisions politiques inspirées par cette idéologie. Par exemple, en Grande-Bretagne, sous le gouvernement Thatcher, il était soutenu que l'État avait pris trop d'expansion et qu'à mesure que son implication dans l'économie augmentait, l'efficacité des activités de l'État diminuait (Hall 1986, 100). Dans le même ordre d'idées, les dépenses publiques ainsi que l'étendue des activités du gouvernement devaient être réduites afin, d'une part, de diminuer les impôts et, d'autre part, de laisser plus de place au secteur privé (Hall 1986, 100).

La mise en place de politiques influencées par le néolibéralisme ne s'est pas faite dans un vacuum (Jobert 1994, 10 ; Kus 2006). Ces nouvelles politiques devaient s'inscrire dans un cadre institutionnel. Ainsi, les gouvernements désireux de laisser plus de place au marché et de réduire les dépenses publiques devaient éliminer des politiques



ou des programmes qui, dans certains cas, étaient populaires auprès de la population. (Hall 1986, 115 ; Freeman et Moran 2000, 390). Plusieurs de ces programmes étaient partie intégrante de l'État-providence et la possibilité d'action des gouvernements était limitée car ils pouvaient s'attendre à subir des revers politiques et électoraux. Comme le soulève Hall : «Despite her attack on 'big government', Thatcher was unwilling to dismantle any of the major programs associated with the welfare state in Britain.» (Hall 1986, 115). Pour cette raison, la volonté des gouvernements ne s'est pas nécessairement traduite en une adoption tous azimuts des préceptes néolibéraux. Cependant, comme le soutient Jobert :

[...] dans bien des cas, la résistance à une reconsidération radicale des principes d'action, n'a pas empêché de profonds infléchissements dans les pratiques. C'est notamment le cas dans le domaine de l'État-providence où l'hommage rendu dans la rhétorique politique aux institutions centrales de l'État-providence n'a pas empêché la multiplication des réaménagements pratiques largement inspirés par la logique néo-libérale (Jobert 1994, 16).

En d'autres mots, ce n'est pas parce que le néolibéralisme ne fut pas intégralement appliqué dans certains pays que ces derniers n'ont pas adopté des préceptes de cette idéologie (Jobert 1994 ; Kus 2006). En fait, les gouvernements ne cherchaient pas à faire table rase de l'État-providence, mais ils le remettaient en question. Ainsi, ils tendaient plutôt à adopter un ensemble de savoir-faire pragmatiques influencés par le néolibéralisme, qui remplacera petit à petit l'ancien régime (Jobert 1994,17). Les programmes publics de santé, faisant partie intégrante de l'État-providence, n'ont pas échappé à cette remise en question (Wessen 1999, 9; Hacker 2004, 698).

À partir des années 1990, plusieurs pays cherchant des pistes de solutions se sont donc lancés sur la voie des réformes de leurs programmes publics de soins de santé.

Certains auteurs soutiennent que s'il est vrai que les États ont entrepris des réformes à cette époque, c'est d'une part parce que les problèmes auxquels ils devaient faire face étaient semblables, mais également à cause du contexte économique et de la montée de l'idéologie néolibérale (Wessen 1999; Freeman et Moran 2000; Hacker 2004, 698). Ces auteurs admettent aussi que certaines institutions internationales ont joué un rôle dans l'élaboration de solutions aux problèmes posés par les programmes publics de soins de santé. En particulier, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a contribué à définir les problèmes du secteur de la santé et les solutions à mettre de l'avant pour y remédier. Comme l'écrivent Freeman et Moran: «The OECD has been influential in defining policy problems, disseminating comparative data on the performance and reform of health care systems with increasing frequency since 1977.» (Freeman et Moran 2000, 43).

Ainsi, à la base de ces réformes se trouvait le désir des gouvernements nationaux de contenir les coûts ou de limiter les dépenses engendrées par les programmes publics de soins de santé, ceux-ci représentant un fardeau de taille pour les finances publiques ébranlées par la crise économique. En outre, même si les réformes des programmes publics de soins de santé étaient envisagées à cause des coûts importants qu'ils représentaient, la tangente qu'ont prise ces réformes fut influencée par l'idéologie néolibérale ainsi que par certaines organisations internationales qui préconisaient une approche centrée sur la performance et l'efficacité.

### 1.1.1. Tournant néolibéral au Canada

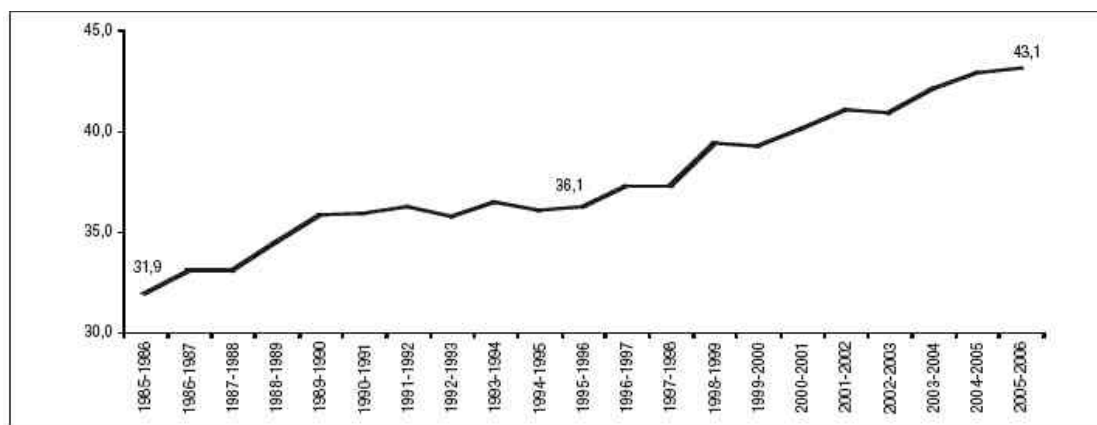
Dès la moitié des années 1980, au Canada, une volonté de limiter la taille de l'État s'est fait sentir. Déjà sous le gouvernement conservateur de Brian Mulroney, des coupes dans les dépenses destinées à plusieurs programmes, dont la santé, ont été effectuées. Elles se sont accentuées dans les années 1990 sous le gouvernement libéral de Jean Chrétien. Cherchant à contrôler le déficit et à réduire sa dette, le gouvernement fédéral a diminué ses transferts aux provinces en matière de protection sociale et également en matière de santé (Charles et Badgley 1999, 117; Tuohy 1999, 92 ; Clark 2002, 782; Maioni 2002, 181; Bernier 2003b ; Hacker 2004, 702). Au Canada, la santé est une compétence provinciale et depuis la mise en place du programme public d'assurance-maladie dans les années 1970, le gouvernement fédéral s'était engagé à participer au financement de ce champ. Le gouvernement fédéral possédait par contre le pouvoir de revoir ses programmes de financement en matière de santé de manière unilatérale (Sonnen et McCracken 1999, 238; Bernier 2003b, 152). Au cours des décennies 1980 et 1990, la diminution de la participation du gouvernement fédéral au financement de la santé a ajouté une pression supplémentaire sur les finances des provinces déjà en mauvais état (Jenson et Phillips 1999, 30 ; Woodward et Charles 2002, 81 ; Deber 2003, 22 ; Maioni et Smith 2003, 305)<sup>7</sup>. En effet, comme le gouvernement fédéral transférait moins de fonds vers les provinces, celles-ci en sont venues à assumer

---

<sup>7</sup>En 1995, dans son discours sur le budget, le gouvernement fédéral annonçait qu'il abolissait deux transferts importants dans le financement des programmes sociaux et de la santé, soit le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) et le financement des programmes établis (FPE). Ces deux transferts ont été remplacés par un transfert en bloc, le transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Comme le TCSPS ne vise pas seulement le financement de la santé, il est difficile de voir dans quelle mesure exactement les sommes allouées à la santé ont diminué. Par contre, nous savons que les sommes transférées par le TCSPS sont passées de 29,7 milliards de dollars en 1994-1995 à 26,9 milliards de dollars en 1996-1997 puis à 25,1 milliards de dollars en 1997-1998 (Bernier 2003b, 138; Clavet, Côté et Duperré 2003, 400; Lazar, Saint-Hilaire et Tremblay 2004).

une part plus grande des coûts dans le domaine de la santé, en même temps que les dépenses liées à ce secteur croissaient de manière importante (Sonnen et McCracken 1999, 238; Woodward et Charles 2002, 81). Pour illustrer cette croissance dans les dépenses, le graphique suivant montre dans quelle mesure la part des dépenses associées à la santé et aux services sociaux, dans l'ensemble des dépenses de programmes, a augmenté au Québec de l'année 1985-1986 à l'année 2005-2006.

**Graphique 1- Part des dépenses de santé et de services sociaux dans l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement du Québec de 1985-1986 à 2005-2006**



Source : Québec, Ministère de la santé et des services sociaux 2006, 55.

Les programmes publics de soins de santé de chaque province subissaient les mêmes pressions qui avaient cours un peu partout dans le monde. Couplée au contexte économique difficile ainsi qu'à la lourdeur des déficits qui s'accumulaient également au niveau provincial, la diminution de la contribution de la part du gouvernement fédéral faisait en sorte que les provinces cherchaient toutes des moyens pour maintenir leur programme public de soins de santé, tout en contenant les coûts leur étant associés. Les provinces ont alors créé des commissions ou des groupes de travail ayant pour mandat de se pencher sur les problèmes du secteur de la santé et de fournir des pistes de solutions (Hurley, Lomas et Bhatia 1994, 491 ; Tuohy 1999, 97; Smith et Maioni 2003,

305). Des sept commissions qui ont alors été créées dans les années 1990, six en sont venues à la conclusion qu'il fallait revoir la manière dont étaient gérés ces programmes au niveau de la structure de gouvernance, mais aussi par rapport au processus de management (Hurley, Lomas et Bhatia 1994, 492-493 ; Gray 1998, 928; Woodward et Charles 2002, 80).

En somme, au Canada comme c'était aussi le cas ailleurs, le gouvernement fédéral cherchait à réduire la taille de l'État en limitant le financement dédié aux programmes sociaux, notamment en santé. Cette diminution dans le financement a engendré des répercussions sur les provinces et les a incitées à revoir la manière dont elles géraient leur programme public de soins de santé. Revoir la manière dont était géré ce secteur apparaissait comme étant la voie à adopter.

## **1. 2. Le nouveau management public et la privatisation**

Durant les années 1980, plusieurs États se sont tournés vers le nouveau management public (NMP) afin de s'ajuster aux pressions et aux changements auxquels ils devaient faire face (Aucoin 1995, 2). Alors que le NMP présente ses idées comme des principes et des techniques de management innovateurs, il est en fait chargé de valeurs et est partie prenante du mouvement néolibéral qui remet en cause l'État-providence (Pollitt 1990, 49 ; Evans et Shields 1998 ; Merrien 1999, 95).

Le NMP n'est pas défini de manière unique et apparaît comme un phénomène complexe (Tupper 2001, 143 ; Dubois 2003, 44). Pour certains, le NMP, en tant que pratique et discipline d'étude, est un nouveau paradigme de l'administration publique

contraire à l'administration publique classique (Aucoin 1995, 3 ; Gow et Dufour 2000, 578). Hood dénombre sept principes directeurs mis de l'avant par le nouveau management public, des principes qui transforment considérablement la gestion du secteur public. Ces principes sont : un management professionnel (la responsabilité de chacun est claire, le pouvoir n'est pas diffus et il se situe entre les mains du professionnel à la tête de la section) ; l'application de standards et de mesures de performance ; une plus grande importance accordée aux résultats qu'aux procédures prises pour les atteindre ; la décentralisation ; l'introduction de mécanismes de compétition ; la transposition des pratiques du secteur privé au secteur public et la rationalisation des ressources et des coûts (Hood 1991, 4). Ce que l'on doit retenir, c'est que les réformes qui découlent du NMP sont grandement influencées par des techniques de gestion qui sont utilisées dans le secteur privé (Saint-Martin 2000, 9 ; McFarlane et Prado 2002, 78 ; Simonet 2008, 618). Il s'agit ici des grands principes, mais vu de manière plus pratique, le NMP consiste en diverses techniques de gestion comme la décentralisation, la contractualisation, la rémunération au rendement, la gestion axée sur les résultats, ainsi que la privatisation (Osborne et Gaebler 1992).

Pour certains, le lien entre le NMP et la privatisation est à la fois complexe et évident. Pour Hood : «[...] it might be argued that NPM has been adopted in some contexts to ward off the New Right agenda for privatization and bureaucide and in other countries as the first step towards realizing that agenda.» (Hood 1995, 107). NMP et privatisation sont donc liés et font partie d'un même mouvement. Tupper avance que le : «[n]ew public management has manifest, but very complex, links with the anti-government, pro-market ideas that have shape the modern world over the last two

decades and that have changed the balance between public and private sectors in advanced democracies.» (Tupper 2001, 151).

Dans l'optique où privatisation et NMP sont liés, la privatisation est considérée comme un nouvel outil de management public et peut prendre deux visages. Dans un premier temps, cette privatisation peut prendre la forme d'une introduction des procédés des entreprises privées et d'une logique de marché dans le fonctionnement du secteur public (Ouellet 1987, 566). Dans ce cas, la privatisation est envisagée comme l'une des techniques du NMP qui cherchent à améliorer la performance du secteur public (Osborne et Gaebler 1992,45). Dans un second temps, la privatisation peut prendre la forme d'un retrait de l'État de certaines de ses activités (Le Grand et Robinson 1984, 3 ; Starr 1988, 14 ; Saint-Martin 2000, 9). Ce visage de la privatisation s'inscrit dans la logique du NMP voulant que le gouvernement «tienne le gouvernail» mais «rame»<sup>8</sup> moins (Osborne et Gaebler 1992). En d'autres mots, le gouvernement établit les politiques, les coordonne, pilote les réformes, mais il laisse entre les mains d'autres acteurs la prestation des services à la population.

Le NMP n'entraîne donc pas seulement des effets sur l'administration publique, mais peut avoir une portée plus large sur l'État-providence et les groupes de la société.

À cet effet, Green-Pedersen rappelle que:

NPM reforms should be seen within a broader context of welfare-state reforms, whereas in most NPM reform literature, they are analyzed as public administration reforms. However, when it comes to reforms such as the introduction of quasimarkets in the health-care sector or private providers of care for the elderly,

---

<sup>8</sup> Traduction libre de: «steer more, row less»

NPM reforms become part of the political battle over the welfare state (Green-Pedersen 2002, 273).

### 1. 2. 1. Nouveau management public et santé au Canada

Au Canada, les idées néolibérales et le NMP ont rapidement fait leur bout de chemin dans les années 1980 et 1990 et les pratiques que ce nouveau managérialisme proposait ont été mises en œuvre peu à peu (Aucoin 1995 ; Tupper 2001). Tupper suggère que:

(...) new public management principles have been vigorously applied in Canadian government. (...) Suffice it to say that no level of government nor any jurisdiction has escaped change. Governments have downloaded responsibilities to other levels, “offloaded” service provision to “not-for-profits” and privatized numerous services; almost all governments now operate on a business planning basis (Tupper 2001, 150).

Ces méthodes de gestion ont été adoptées en matière de santé et ont modifié les stratégies de gestion de ce secteur (Dufour et Lamothe 2001, 561 ; McFarlane et Prado 2002, 95). Le fait que le gouvernement fédéral limite ses dépenses en santé dans les années 1990 a eu des répercussions sur la manière dont les provinces ont dès lors géré leurs programmes publics de soins de santé (Armstrong et Armstrong 1996 ; Naylor 1999; Tuohy 1999, 97-98 ; Barer, Morgan et Evans 2003).

L'une des stratégies provinciales pour gérer différemment fut d'abord de décentraliser certaines responsabilités vers les paliers de gouvernance locale, une pratique proposée par le NMP. Comme le soutient Naylor : «Driven in part by a desire to decentralize the burden of coping with fiscal restraints, nine provinces and one northern territory have moved toward some form of regionalized governance of health care



during the 1990s.» (Naylor 1999, 13). Toutes les provinces, sauf l'Ontario, ont créé des instances régionales en affirmant que cela visait à assurer la meilleure gestion des hôpitaux (Tuohy 1999, 98). C'est alors qu'au Québec, dans les années 1990, afin de décentraliser la gestion, les instances régionales qui existaient déjà ont été revues pour faire place à une plus grande décentralisation. Par conséquent, les 12 conseils régionaux de la santé et des services sociaux qui étaient en place ont été remplacés par 18 régions régionales de la santé et des services sociaux (Turgeon et Lemieux 1999, 185; Palley et Forest 2004, 90).

Ensuite, les provinces cherchaient à rationaliser les coûts associés au secteur de la santé, la rationalisation des coûts étant un principe suggéré par le NMP qui s'inscrit dans l'idée de « faire plus avec moins » (Dubois 2003, 42). Cette rationalisation des coûts s'est effectuée par différentes mesures et ce fut surtout le secteur hospitalier qui s'en est ressenti (Armstrong et Armstrong 1996, 65 ; Chappell et Penning 2009, 171). Comme le secteur hospitalier représentait le secteur de dépenses le plus important dans le domaine de la santé, les hôpitaux ont été la première cible des compressions budgétaires en santé (Chappell et Penning 2009, 171). Afin de rationaliser les coûts dans le milieu hospitalier, les provinces ont opté pour des stratégies semblables. D'une part, le milieu hospitalier a vu se dessiner certaines compressions visant à en restreindre les dépenses. Fermeture d'hôpitaux, fusion d'établissements, suppression de lits disponibles, réduction des effectifs de personnel, diminution du temps de séjour en hôpital et recours aux chirurgies d'un jour sont au nombre des mesures qui ont été adoptées pour limiter les dépenses du secteur hospitalier (Armstrong et Armstrong 1996 ; Naylor 1999 ; Dufour et Lamothe 2001; Barer, Morgan et Evans 2003 ; Chappell et Penning 2009, 171). D'autre

part, la manière dont on allouait les budgets fut changée. Par exemple, Armstrong et Armstrong (1996, 66) soulèvent que la plupart des provinces se sont tournées vers une nouvelle formule de financement pour les hôpitaux, basée sur les dépenses passées et sur la population desservie. À partir de ce moment, les gouvernements provinciaux remettaient une enveloppe budgétaire aux instances régionales qui devaient veiller à administrer et à gérer les services tout en respectant ce budget.

Ces stratégies de décentralisation et de rationalisation étaient des méthodes employées pour limiter les coûts et les dépenses liées au secteur de la santé, mais comme le font remarquer Armstrong *et al.* « these strategies do not simply reflect the pressure to cut costs. They also reflect a new philosophy about the government responsibility, about the involvement of the for profit sector and about health care limitations.» (Armstrong, Armstrong, Bourgeault, Choinière, Mykhalovskiy et White 2000, 39). En d'autres mots, les provinces cherchaient à restreindre les dépenses consacrées à la santé et les stratégies pour lesquelles elles ont opté étaient influencées par l'idéologie néolibérale qui remet en question la responsabilité de l'État dans la provision des services. Certains ont toutefois souligné le caractère particulier du Québec qui aurait, à l'inverse d'autres provinces canadiennes, résisté au néolibéralisme (Lévesque, Bourque et Vaillancourt 1999 ; Vaillancourt, Aubry, D'Amours, Jetté, Thériault et Tremblay 2000, 64).

### **1. 3. Tournant néolibéral, NMP et privatisation : le cas du Québec**

Si le gouvernement fédéral a diminué sa contribution financière pour les programmes de santé dès la décennie 1980, c'est surtout à partir des années 1990 que les effets de ces réductions budgétaires se sont particulièrement faits sentir au Québec

(Vaillancourt et Thériault 1997 ; Palley et Forest 2004, 91 ; Jetté 2008, 146). C'est donc à partir des années 1990 qu'une réelle rationalisation des coûts dans le milieu hospitalier fut appliquée plus sérieusement au Québec.

Néanmoins, déjà dans les années 1980, le Québec doit faire face aux pressions que produit le secteur de la santé sur ses finances publiques. Le contexte économique difficile contribue à exacerber ces pressions et l'idéologie néolibérale influence pour sa part la direction que prennent les modifications apportées à ce secteur. D'ailleurs, une certaine tendance à adopter les méthodes de gestion du privé s'est dessinée dans les établissements hospitaliers québécois à cette époque. L'entrepreneurship, la compétitivité, le leadership y devenaient des atouts importants pour les gestionnaires des centres hospitaliers (Jetté 2008, 167). Le vocable « privatisation » n'était pas encore utilisé quand il était question de gérer les dépenses de santé, mais le Parti québécois (PQ), alors au pouvoir, suggérait des solutions qui s'apparentaient à une certaine forme de privatisation.

### 1. 3. 1. L'idée de privatisation en santé au Québec

D'abord, en 1981, Jacques Parizeau, qui est à ce moment ministre des Finances, propose d'introduire des frais d'utilisation liés à la consommation des soins de santé (Vaillancourt 1988, 141). Cette mesure n'est finalement pas adoptée, mais elle montre tout de même qu'on envisageait déjà certaines formes de privatisation. Ensuite, sans qu'il ne soit directement fait mention de privatisation, ce même gouvernement propose que les individus, leurs familles, leur entourage et la communauté s'investissent davantage dans la prise en charge de leurs propres problèmes de santé (Vaillancourt

1988, 154). Dans ce cas, cette responsabilité incomberait moins à l'État qu'aux individus malades et à leurs proches. Ici encore, l'idée de la privatisation était bien présente. Ce n'est toutefois qu'avec l'arrivée au pouvoir des Libéraux à la fin de 1985 qu'un réel débat sur la privatisation s'est esquissé (Vaillancourt 1988; Jenson et Phillips 1999, 35; Jetté 2008, 162). Dans un premier temps, peu après l'élection du Parti libéral, Robert Bourassa entreprend une première démarche significative en créant un poste de ministre délégué à la privatisation. Selon le décret gouvernemental, ce ministère a pour mandat de se pencher sur le rôle des sociétés d'État, dans un contexte marqué par une intervention limitée de l'État dans l'économie ainsi que par une plus grande confiance envers les valeurs d'entrepreneuriat, les initiatives individuelles et les forces du marché, afin d'assurer la croissance économique du Québec (cité dans Vaillancourt 1988, 142). Il n'est alors pas question spécifiquement de privatisation dans le domaine de la santé, mais l'idée de privatisation de manière générale progresse sur la scène politique québécoise. C'est le rapport Gobeil, paru en 1986, qui, pour la première fois depuis la mise en place de l'assurance-maladie publique, recommande plus sérieusement de faire une plus grande place au secteur privé en santé (Vaillancourt 1988 ; Jenson et Phillips 1999, 35 ; Jetté 2008, 162).

Mandaté par le gouvernement de Robert Bourassa et dirigé par Paul Gobeil, le comité de travail à l'origine de ce rapport devait se pencher sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales. Comme le soutiennent Vaillancourt et Jetté, la section de ce rapport portant sur la santé et les services sociaux comportait un biais en faveur de la privatisation (Vaillancourt 1988, 157; Jetté 2008, 163). Ainsi, y étaient par exemple proposés de faire payer davantage les grands consommateurs de soins de santé

en les taxant plus, de privatiser certains hôpitaux, de sous-traiter certains services (Vaillancourt 1988, 157 ; Jetté 2008, 163-164). Finalement, aucune de ces propositions ne fut adoptée, mais le rapport Gobeil représente tout de même un événement clé dans le débat sur la privatisation puisque c'est la première fois qu'il est réellement question, au Québec, de privatiser certains aspects du programme public de soins de santé. En effet, une volonté de changement se faisait sentir à l'égard du secteur de la santé et les changements qui étaient proposés étaient conformes avec le NMP et l'idéologie néolibérale.

### 1. 3. 2. Le rapport Rochon

Outre le rapport Gobeil, les années 1980 furent également l'occasion de la création d'une importante commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Au terme de deux ans d'études, c'est en 1988 que le rapport de la commission Rochon est déposé. D'abord lancée par le gouvernement du PQ à l'été 1985, mais poursuivie par le Parti libéral ayant remporté les élections à l'automne suivant, cette commission est présidée par Jean Rochon. Elle a pour mission principale d'étudier les diverses solutions possibles aux problèmes rencontrés dans le secteur de la santé (Commission Rochon, citée dans Jetté 2008, 179). Ce rapport, sans faire la promotion du secteur privé et de la privatisation, met tout de même de l'avant certaines idées nouvelles influencées par les principes du NMP. Trois éléments émanant de ce rapport sont importants à souligner car ils sont en lien direct avec trois principes du NMP : l'importance accordée aux résultats plutôt qu'aux moyens pris pour les atteindre (Hood 1991, 4), la décentralisation (Hood 1991, 4) et l'idée que l'État agit toujours à titre de régulateur, mais laisse à d'autres acteurs la responsabilité de fournir certains services (Osborne et Gaebler 1992,45).

Tout d'abord, les auteurs du rapport sont d'avis que l'une des grandes lacunes du programme public de soins de santé consiste au fait qu'il ne fonctionne pas selon des objectifs clairs. Au lieu que ce soit les objectifs qui dictent le fonctionnement, on insiste plutôt sur les moyens à prendre. Ainsi, les commissaires pensent que pour rendre ce programme public plus efficient, il est nécessaire que ce soit les objectifs et les résultats à atteindre qui soient privilégiés plutôt que les moyens (Pineault, Lamarche, Champagne, Contandriopoulos et Denis 1993, 202; Commission Rochon 1988, citée dans Jetté 2008, 180). Comme le précise Jetté : «Et ces résultats doivent être en lien direct avec la santé et le bien-être des populations, ce qui impose la définition d'une véritable politique de santé et de bien-être qui permettrait de mieux définir les objectifs et les résultats recherchés.» (Jetté 2008, 180).

En second lieu, la commission Rochon insiste sur la nécessité de décentralisation politique et recommande la transformation des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) en Régie régionale de la santé et des services sociaux (RSSS), instances régionales qui seraient dotées de pouvoirs plus étendus, spécialement d'un pouvoir de taxation. Cette transformation permettrait, selon la commission, de renforcer les pouvoirs de ce palier de gouvernance (Gaumer et Fleury 2007, 10).

Finalement, le rapport Rochon reconnaît l'importance des organismes communautaires et les présente «comme une des composantes majeures du système de services dans le domaine social et sanitaire.» (Rapport Rochon 1988, 316 cité dans Jetté 2008, 184). D'après la commission, une collaboration accrue entre l'État et les organismes communautaires serait souhaitable pour une meilleure efficacité dans le

secteur de la santé. Pour certains, le fait que l'État cherche à faire participer davantage les organismes communautaires dans la provision des services de santé est intimement lié aux nouvelles méthodes de gestion influencées par l'idéologie néolibérale : «Neoliberals cast the nonprofit sector as an independent third force closely cooperating with government to sustain social provision.» (Evans, Richmond et Shields 2005, 77). En effet, le fait de déléguer de nouvelles responsabilités à des tierces parties dans le secteur de la santé s'inscrit dans la logique du NMP voulant que l'État est toujours présent à titre de régulateur, mais laisse entre les mains d'autres acteurs la provision des services.

Au Québec, les années 1980 ont donc été celles de la recherche de solutions quant aux maux du programme public de soins de santé. Plusieurs solutions proposées s'inspiraient des idées du NMP : les résultats prévalent sur les moyens à employer, décentralisation, délégation de responsabilités vers des tierces parties. Les années 1990 se sont quant à elles soldées par la mise en place de nouvelles mesures de gestion dans le secteur de la santé.

### 1. 3. 3. Les réformes Côté et Rochon (virage ambulatoire)

C'est à partir de 1991 que le gouvernement du Québec passe à l'action et met en œuvre certaines idées soulevées dans le rapport Rochon de 1988. Alors que le Ministère de la Santé et des Services sociaux se trouvait sous la gouverne du libéral Marc-Yvan Côté, une nouvelle loi visant à décentraliser davantage la gestion du secteur de la santé fut adoptée. Cette nouvelle loi créait 18 Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) (une pour chaque région administrative du Québec) qui remplaçaient

les 12 Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). Sans avoir toutefois un pouvoir de taxation comme le recommandait le rapport Rochon, les RRSSS étaient dorénavant dotées de pouvoirs plus étendus sur le plan de la planification, de la gestion, de l'allocation des ressources et possédaient un rôle d'évaluation des activités du réseau sanitaire de leur territoire (Pineault *et al.* 1993, 206-207 ; Gaumer et Fleury 2007, 11). De plus, c'est à elles qu'incombait désormais le financement des organismes communautaires et des établissements de leur région.

C'est par contre la réforme Rochon, mieux connue sous le nom de *virage ambulatoire*, qui a le plus changé le visage du programme public de soins de santé québécois dans la décennie 1990. Cette réforme visait à réduire le plus possible le recours à l'hospitalisation et à privilégier la prestation des soins, plus efficiente et mieux adaptée aux besoins des malades, dans leur milieu de vie (Bergeron et Gagnon 2004, 26). En même temps, plusieurs lits de courte durée étaient éliminés, des établissements de santé comme des hôpitaux étaient fermés, fusionnés ou changeaient de vocation (Vaillancourt et Jetté 1997, 39; Bergeron et Gagnon, 26). Par le virage ambulatoire, le gouvernement cherchait à rationaliser les effectifs, les ressources et les coûts associés au secteur de la santé (Bégin, Bergeron, Forest et Lemieux 2002 ; Pérodeau et Côté 2002). Cette réforme fut importante, mais n'était que l'amorce d'une série d'efforts concertés dans la recherche de solutions à l'égard du secteur de la santé.

#### 1. 3. 4. Les années 2000

À partir de la toute fin des années 1990 et durant la décennie 2000, les rapports résultants de trois groupes de travail et d'une commission d'étude se sont succédé au



Québec. Les rapports de ces groupes de travail et de cette commission sont parus en 1999 (rapport Arpin), 2000 (rapport Clair), 2005 (rapport Ménard) et 2008 (rapport Castonguay)<sup>9</sup>. Deux de ces rapports nous intéressent particulièrement : l'un à cause de son mandat (rapport Arpin) et l'autre à cause de ses impacts sur le secteur de la santé (rapport Clair).

Commandé par le PQ, le rapport Arpin, ayant pour titre *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec* avait un double mandat. D'abord, il devait dresser un portrait de l'évolution des dépenses publiques et privées dans le secteur de la santé au Québec et expliquer les implications de cette évolution. L'autre volet du mandat consistait à :

préciser des domaines d'activités et suggérer des pistes pour la collaboration ou le partenariat entre les secteurs public et privé, qui contribueraient sous certaines conditions à améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services, et à faire profiter les fonds publics disponibles d'un meilleur effet de levier (Arpin 1999, iii).

C'est la première fois qu'un groupe de travail avait clairement comme tâche d'étudier les possibilités de recourir au privé pour le programme public des soins de santé québécois. Le groupe de travail conclut son rapport en affirmant qu'il ne propose pas une privatisation du secteur de la santé, mais bien une : « meilleure utilisation du public et du privé afin de répondre à l'ensemble des besoins de la population. » (Arpin 1999, 64). Pourtant, le rapport recommande une ouverture au privé, notamment quand il

---

<sup>9</sup>Arpin, Rolland. 1999. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Clair, Michel. 2000. *Les solutions émergentes*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ménard, Jacques. 2005. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Castonguay, Claude. 2008. *En avoir pour notre argent*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

suggère de : « favoriser le partenariat avec le privé lorsqu'il améliore l'accès aux services publics à moindre coût. » (Arpin 1999, 92). D'ailleurs, le rapport Arpin propose que les centres hospitaliers puissent s'associer à des cliniques privées affiliées pour que ces dernières fournissent des soins pour lesquels elles sont spécialisées. Cette idée de clinique privée affiliée sera reprise dans les rapports subséquents (Rapports Clair et Ménard). Même si le rapport est reçu de manière favorable par la profession médicale (Bégin 1999) et que certaines des idées qui y sont soumises semblent plaire aux dirigeants de l'époque (Dutrisac 1999; Lachapelle 1999), c'est surtout les recommandations issues du rapport de la commission Clair qui entraîneront finalement des changements dans le secteur de la santé.

La commission Clair, mise sur pied moins d'un an après la parution du rapport Arpin, avait pour mandat de se pencher sur le financement et l'organisation du système de santé (Clair 2000, iii). Publié à la fin 2000, ce rapport émet de nombreuses recommandations concernant la gouvernance du programme public de soins de santé. Les recommandations qui y sont faites préconisent une approche inspirée du NMP (Bourque 2007 ; Bourque et Leruste 2009). Par exemple, il y est soutenu que le programme public de soins de santé a comme obligation d'être performant, qu'il doit faire preuve d'efficacité et d'efficience et qu'il doit voir à renforcer le pouvoir des parties locales (décentralisation vers ce palier de gouvernance). Aussi, le rapport suggère qu'une politique cadre de partenariat avec le privé soit établie (Clair 2000). Le gouvernement ne donnera pas immédiatement suite à ces recommandations, mais certaines d'entre elles seront reprises dès 2003 avec l'arrivée au pouvoir des Libéraux de Jean Charest (Bourque 2007 ; Gaumer et Fleury 2007 ; Bourque et Leruste 2009).

En adoptant la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (loi 25) le gouvernement de Jean Charest donne suite à certaines recommandations de la commission Clair. Sans faire une plus grande place au privé, cette loi s'inscrit dans la logique du NMP car elle a pour but de rationaliser la gestion et de réduire les coûts lui étant associés (Bourque 2007). En effet, en adoptant la *loi 25* qui abolit les Régies régionales de la santé et des services sociaux et qui crée les 95 Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le gouvernement cherche à améliorer l'efficacité du système en décentralisant la prise de décision opérationnelle vers un palier de gouvernance locale (Bourque 2007 ; Gaumer et Fleury 2007, 4; Rousseau et Cazale 2007, 25). Cette décentralisation vers un palier de gouvernance locale avait été recommandée dans le rapport Clair (2000, 129). De plus, cette loi instaure de nouveaux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui sont le résultat de la fusion des Centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). De l'aveu même du ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, Philippe Couillard : «la Loi 25 réduit le nombre d'établissements dans notre réseau, à la faveur de l'intégration des missions sur un même territoire : moins de structures administratives afin que nos efforts soient prioritairement dirigés vers les services.» (Couillard 2004).

### 1. 3. 5. La privatisation de la santé au Québec : un phénomène de portée limitée

Quelques auteurs reconnaissent un caractère particulier au Québec dans le fait que la Belle province a su résister à la tentation d'adopter un modèle de développement inspiré du néolibéralisme contrairement à d'autres provinces canadiennes (Lévesque, Bourque et Vaillancourt 1999 ; Vaillancourt, Aubry, D'Amours, Jetté, Thériault et Tremblay 2000, 64). Cette résistance au néolibéralisme serait attribuable à la plus forte

tradition sociale-démocrate du Québec comparativement au reste du Canada (Salée et Coleman 1997 ; Vaillancourt *et al.* 2000, 64 ; Clark 2002 ; Bernier 2003a, 51). Le Québec aurait plutôt adopté dans les années 1990 un modèle de développement « solidaire et démocratique » dans lequel l'économie sociale et le tiers secteur jouent un rôle important et reconnu par l'État (Lévesque, Bourque et Vaillancourt 1999 ; Vaillancourt, Aubry, D'Amours, Jetté, Thériault et Tremblay 2000 ; Vaillancourt 2002).

Selon Jetté (2008, 166), le fait de recourir au privé, ou plus précisément ce qu'il nomme le «projet marchand», n'a pas eu de succès au Québec pour diverses raisons. D'après lui, cet insuccès est lié à certains dispositifs institutionnels, à la force des mouvements sociaux, à l'obstacle que représente la *Loi canadienne sur la santé* à un plus grand recours au privé ainsi qu'à la sensibilité de la population à l'égard de l'assurance-maladie publique. Ces divers facteurs sont au nombre des raisons qui auraient incité le gouvernement provincial à laisser de côté l'idée de se tourner davantage vers le privé. En effet, la crainte de représailles de la part du gouvernement fédéral, des mouvements sociaux et de la population aurait refroidi le gouvernement provincial à faire davantage appel au privé. Le Québec aurait opté pour une réforme «pragmatique» des services publics plutôt que pour une réforme idéologique avec un discours utilisant des termes comme «modernisation» et «renouveau» plutôt qu'en cadrant le débat de façon idéologique (Clark 2002, 786).

Néanmoins, il serait faux d'avancer que le Québec fut absolument étranger à l'idéologie néolibérale. D'abord, dans le domaine de la santé, le Québec a adopté certaines pratiques managériales inspirées du NMP, des pratiques s'inscrivant dans la

remise en question des responsabilités de l'État propre au néolibéralisme. Qui plus est, le Québec n'a peut-être pas entrepris une réforme idéologique, mais comme le soutient Jobert, les États défendant les institutions de l'État-providence peuvent eux aussi adopter des pratiques influencées par l'idéologie néolibérale et l'ancien régime en vient à être remplacé, de manière incrémentale (Jobert 1999, 16). D'ailleurs, même s'il soutient que le projet marchand fut de portée limitée au Québec, Jetté reconnaît tout de même que certains services (services à domicile, services auxiliaires dans les hôpitaux) y ont fait l'objet d'une poussée de privatisation dès la deuxième moitié des années 1980 (Jetté 2008, 166). Enfin, durant la décennie 1990, le but avoué des gouvernements était avant tout de faire face aux pressions fiscales et de limiter les dépenses en santé. Pour y arriver, des méthodes de gestion du NMP ont été appliquées et la privatisation était également suggérée.

#### **1. 4. Conclusion**

Ce chapitre avait pour but d'expliquer comment le besoin de réformer les programmes publics de soins de santé s'est fait sentir dans plusieurs pays et comment la privatisation est apparue comme l'une des solutions envisagées.

Au Québec, comme ailleurs, diverses raisons ont poussé le gouvernement à considérer une réforme dans le secteur de la santé. Le programme public de soins de santé faisait pression sur les finances publiques. La crise économique des années 1980 a amplifié ces pressions et celle de 1990 encore davantage. L'idéologie néolibérale et sa remise en question de l'État-providence, a également contribué aux orientations des réformes en santé. De ce fait, de nouveaux procédés de gestion dans le domaine de la

santé se sont imposés. Comme dans divers secteurs d'activités de l'État, le nouveau management public et les techniques de gestion qu'il propose y furent appliqués, car ils représentaient une alternative intéressante : faire plus avec moins (Dubois 2003, 42 ). Au Canada, mais aussi au Québec, diverses méthodes de gestion découlant du NMP furent adoptées dans le domaine de la santé surtout à partir des années 1990 et ont été poursuivies dans les années 2000: rationalisation, importance des résultats, décentralisation et transposition des techniques de gestion du secteur privé au secteur public. Même si certains auteurs soutiennent que le Québec a résisté à l'idéologie néolibérale et qu'il a évité la voie du « projet marchand » en santé, l'idée de la privatisation y fut tout de même envisagée notamment dans les années 1980 par le rapport Gobeil et à la fin des années 1990 par les différents groupes de travail et les commissions d'enquête qui ont étudié le secteur de la santé.

Enfin, dans les années 1990, le gouvernement québécois cherchait à restreindre les dépenses en santé afin de faire face aux pressions fiscales qu'il subissait. Or, le fait de limiter les dépenses en santé ou de revoir la manière dont les soins sont fournis peut avoir des conséquences sur l'équilibre du public et du privé. En mettant l'accent sur le caractère singulier et imperméable du Québec à l'égard de la privatisation, la littérature accuse un déficit d'attention à ce sujet. Nous tenterons de pallier ce problème et de montrer comment certaines formes de privatisation s'y sont produites.

## **CHAPITRE 2**

### **La privatisation dans le secteur de la santé : une revue du concept**

Le sujet de la privatisation en santé est habituellement accompagné par une certaine controverse quant à ses bienfaits ou à ses méfaits potentiels sur les programmes publics de soins de santé qui s'engageraient vers un tel changement. Comme tout bon sujet de controverse, la privatisation est un sujet chargé d'émotions reposant fréquemment sur des bases idéologiques (Øvretveit 1996, 76; Stewart 1999, 66; Organisation mondiale de la Santé 2002, 1; Øvretveit 2003, 236). Qui plus est, la définition de la privatisation est souvent éludée au profit d'une énumération de ses avantages ou de ses inconvénients (Deber 2002, 2; Organisation mondiale de la santé 2002).

À travers le premier chapitre, nous avons rappelé comment l'idée de privatisation dans le domaine de la santé est apparue à l'ordre du jour politique des pays industrialisés et comment les idées associées à ce mouvement issu du néolibéralisme ont été abordées au Québec. Nous nous concentrons maintenant sur le concept même de la privatisation. D'abord, nous nous intéressons à la littérature portant sur ce concept pour voir comment elle l'aborde et pour en arriver à dégager différentes dimensions de ce phénomène qui sont trop souvent mises de côté. Ensuite, les contours de la privatisation plus spécifique au secteur de la santé seront tracés, à partir des travaux existants sur ce concept, afin de proposer une définition opérationnelle.

## **2. 1. La privatisation : notion générale**

Pour certains auteurs la privatisation consiste simplement en une réforme axée sur le marché (Blomqvist 2004, 141; Himmelstein et Woolhandler 2008, 408). Pour d'autres auteurs, une privatisation, au sens large et non pas nécessairement dans le



domaine de la santé, s'opère quand le rôle du gouvernement est réduit ou encore lorsque le rôle des institutions privées d'une société s'accroît (Le Grand et Robinson 1984, 6; Savas 1987, 3 ; Saltman et Figueras 1997, 49; Savas 2000). Plus spécifiquement, relativement au rôle réduit de l'État, certains associent la privatisation au fait que l'État se retire de certaines de ses activités (Le Grand et Robinson 1984, 3 ; Starr 1988, 14) ou encore soulèvent que c'est le secteur privé qui s'introduit dans les activités de l'État (Walker 1984, 25 ; Smith et Lipsky 1992, 235 ; Defever 1995, 1). D'autres soutiennent que la privatisation consiste en un *déplacement* ou un *transfert*, complet ou en partie, des fonctions du secteur public vers le secteur privé (Smith et Stone 1988, 233 ; Butler 1991, 17 ; Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé 2000) signifiant entre autres une plus grande dépendance envers les acteurs du secteur privé et les mécanismes du marché (Estes et Swan 1994, 278 ; Feigenbaum et Henig 1994, 185). Ainsi, la privatisation signifie qu'il y a un déplacement du public vers le privé et que le secteur privé devient plus important dans certaines activités qui étaient auparavant exécutées par l'État.

Tout en utilisant l'idée d'un *déplacement* des fonctions du public vers le privé, Starr précise que la privatisation signifie aussi : «un déplacement de la *production des biens et des services* du public vers le privé.» (Starr 1988, 14). Avec cette nuance, il n'est plus *seulement* question des activités de provision du public, mais de son rôle en tant que producteur de biens et de services. Pour sa part, Bendick (1989, 98) décrit la privatisation comme étant le passage de la production des biens ou des services assurés par l'État entre les mains d'acteurs non-gouvernementaux. En spécifiant l'idée d'acteur non-gouvernemental, Bendick rappelle que le privé n'est pas nécessairement synonyme

de marché, mais se rattache à tout ce qui n'est pas sous la responsabilité de l'État. Privatiser peut donc vouloir dire qu'un transfert des responsabilités de l'État, en tant que producteur et fournisseur de biens et de services, s'effectue vers le privé, que ce privé soit lié au marché ou qu'il soit tout simplement non-gouvernemental.

Une autre conception de la privatisation met de l'avant que «privatiser c'est transférer, d'une base publique collective à une base privée individuelle, la propriété des ressources ou des entreprises.» (Stoddart et Labelle 1985, 4). Contrairement aux définitions précédentes, cette dernière introduit l'idée de la propriété des ressources par l'État et ne se réfère pas seulement au rôle de l'État en matière de biens et de services. Pour Stoddart et Labelle, le fait que l'État ait la propriété des ressources est surtout important car cela lui donne le contrôle sur celles-ci. Ainsi, selon eux, savoir qui possède les ressources nous informe sur qui les contrôle, c'est-à-dire qui les finance, les gère et les administre. Par contre, il est imprudent d'associer ce qui est collectif au public et ce qui est individuel au privé (Lundqvist 1988, 9). Ce qui est collectif n'est pas nécessairement synonyme de public puisque ce qui est collectif peut aussi avoir des caractéristiques privées, comme c'est le cas pour les coopératives.

Plusieurs auteurs abordant la privatisation traitent seulement de certains aspects de ce concept. Par exemple, les auteurs passés en revue jusqu'à présent reconnaissent tous que la privatisation implique un *déplacement*, un *transfert* du public vers le privé. Toutefois, ils ne précisent pas ce qui est transféré, à quel niveau un déplacement se produit ou même ce qu'ils entendent par public et privé.

## 2. 1. 1. La privatisation : un transfert de responsabilités

Certains auteurs suggèrent que la privatisation implique un changement dans les rôles et les responsabilités des secteurs public et privé (pour la privatisation en général : Savas 1987, Donahue 1989; pour la privatisation en santé : Weller et Manga 1983, 497; Walker 1984, 25; Poole et Fixler 1987, 612; Muschell 1995, 3; Blomqvist 2004, 141; Atun 2007, 247). Weller et Manga (1983) et Muschell (1995) insistent sur le fait que la privatisation implique un transfert de responsabilités en matière de financement. Muschell précise aussi que ces changements peuvent mener à un mélange du public-privé quant au financement (Muschell 1995, 3). Pour sa part, Walker souligne qu'«il y a lieu de croire qu'une privatisation se produit quand la responsabilité pour un service ou pour un aspect particulier de la livraison des services passe, entièrement ou en partie, vers le secteur privé.» (Walker 1984, 25). En somme, la responsabilité est un point sur lequel les auteurs insistent quand il est question de privatisation. Pour certains, le transfert de responsabilités engendré par la privatisation est surtout important pour ses effets en matière de financement (Weller et Manga 1983; Muschell 1995) tandis que pour d'autres, il importe sur les questions de provision (Walker 1984, 25).

Lundqvist (1988) insiste aussi sur la notion de déplacement du public vers le privé sur le plan des responsabilités, c'est-à-dire que la privatisation implique un transfert de certaines responsabilités du secteur public vers le secteur privé. Par contre, il spécifie que ce transfert des responsabilités peut survenir dans différentes activités, c'est-à-dire la régulation, le financement ou la production (Lundqvist 1988, 14). Cette façon dont Lundqvist envisage la privatisation semble pertinente tout d'abord parce qu'il voit de manière générale la privatisation comme un phénomène qui déplace la

responsabilité du public vers le privé, mais précise que ce déplacement peut avoir lieu dans différentes activités auparavant exécutées par le secteur public.

De plus, Lundqvist explique plus en détail pourquoi il met l'accent sur la responsabilité dans sa définition de privatisation. Il avance d'abord qu'une définition de la privatisation largement utilisée dans les années 1980, c'est-à-dire la vente des propriétés publiques, est inadéquate quand il est question de protection sociale. Selon lui, dans ce cas, il ne faut pas mettre l'accent sur la propriété, mais plutôt sur la responsabilité. Plus précisément, la *privatisation consiste, selon lui, en des actions prises par des acteurs représentant légitimement le secteur public, afin de transférer des responsabilités pour certaines activités, jusque-là publiques, vers le privé* (Lundqvist 1988, 12). Le tableau 1 est une reproduction du tableau proposé par Lundqvist qui présente les différentes activités où une privatisation peut advenir. Une privatisation survient dès qu'un déplacement horizontal se produit d'une cellule «publique», vers une cellule «privée».

**Tableau 1- Une taxonomie préliminaire de la privatisation**

ACTIVITÉS	LOCALISATION DE LA RESPONSABILITÉ							
	Publique				Privée			
Régulation								
Financement	Public		Privé		Public		Privé	
Production	Publique	Privée	Publique	Privée	Publique	Privée	Publique	Privée

Source : Lundqvist 1988, 15

Par régulation, il entend toutes les activités de l'État qui régulent les producteurs de biens et de services autant en ce qui concerne la qualité que la quantité des biens et des

services produits. Pour le financement, il suggère d'observer qui paie pour ces biens et services : le gouvernement ou les individus. La production est décrite, enfin, comme étant les activités relatives aux moyens de production, allant de la propriété à la gestion, ainsi que la préparation du produit et sa livraison finale au consommateur (Lundqvist 1988, 14). Il ajoute également que le tableau qu'il propose laisse croire qu'il est possible de bien délimiter ce qui est public et ce qui est privé, mais qu'empiriquement, une distinction claire et nette n'est pas toujours envisageable (Lundqvist 1988, 15).

En somme, Lundqvist insiste sur le fait que la privatisation implique un déplacement de la responsabilité du public vers le privé et spécifie que le transfert de ces responsabilités peut avoir lieu dans différentes activités. Sa définition soulève toutefois certaines difficultés lorsqu'on veut l'appliquer au secteur de la santé. Par exemple, le concept de *production* que Lundqvist utilise ne convient pas tout à fait au domaine de la santé. Ceci peut être attribué au fait que Lundqvist s'intéresse à la privatisation en matière de protection sociale, mais non pas précisément en matière de santé, qui est un pan plus spécifique de la protection sociale. Comme Lundqvist le remarque lui-même (1988, 13-14), il existe une certaine confusion dans l'utilisation des termes *production* et *provision* des biens et services. Même s'il en vient à préférer le mot *production* des biens et des services, dans le cadre de ce travail, nous utiliserons le terme *provision*. Ce terme est généralement préféré dans la littérature abordant le secteur de la santé (les termes *provision*, *furniture* ou *delivery* sont plus souvent utilisés que *production*) (Chernichovsky 1995, 347; Wendt, Frisina, Rothgang 2009, 76)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Par exemple, Wendt *et al.* (2009) avancent que les trois fonctions clé des programmes publics de soins de santé peuvent être divisés, à tout le moins conceptuellement, en trois activités : régulation, financement

Ensuite, bien qu'il reconnaisse que le privé n'arbore pas seulement des caractéristiques commerciales, il met de côté le privé qui est lié à la sphère de la vie privée, par exemple quand des responsabilités de financement ou de provision sont transférées vers la famille. (Lundqvist 1988, 5-7). Enfin, en mettant surtout l'accent sur la privatisation résultant d'*actions prises par des acteurs du secteur public*, Lundqvist esquisse un processus de privatisation qui peut être la conséquence de l'inaction des acteurs du secteur public (Muschell 1995, 6; Bennett, McPake et Mills 1997, 5; Tuohy 1999).

## 2. 1. 2. Privatisation active versus privatisation passive

Une distinction doit être faite entre une privatisation active ou programmée et une privatisation passive. La première forme de privatisation décrit un processus dans le cadre duquel le gouvernement encourage activement l'accroissement de la participation du secteur privé par le biais de stratégies et de politiques (Lundqvist 1988; Muschell 1995, 6-7; Bennett, McPake et Mills 1997, 5). Elle est donc menée de manière intentionnelle et/ou idéologique. Par exemple, un gouvernement peut volontairement orienter ses politiques de sorte que le privé (par exemple : les entreprises privées, les organismes non gouvernementaux, le secteur communautaire, les familles) occupe une plus grande place dans une sphère qui était jusque-là occupée par le secteur public. La privatisation passive, quant à elle, peut survenir sans que le gouvernement n'ait adopté de politiques poussant spécifiquement dans cette direction (Muschell 1995, 6; Bennett, McPake et Mills 1997, 5; Tuohy 1999, 23). Elle est considérée comme un échec de la

---

et provision. Ces auteurs qui s'intéressent plus particulièrement au domaine de la santé préfèrent donc contrairement à Lundqvist employer le terme provision et non pas production quand ils réfèrent aux activités des programmes publics de soins de santé.

part du secteur public à rencontrer les demandes en services et elle conduit les citoyens à se tourner vers d'autres solutions privées (Muschell 1995, 13). À titre d'exemple, certains auteurs étudiant les programmes de pension voient un processus de privatisation passive lorsqu'un gouvernement diminue sa contribution à la protection sociale des aînés sans créer de nouveaux programmes pour pallier cette diminution (Bonoli, George et Taylor-Gooby 2000; Natali 2009, 19). Ces derniers doivent alors trouver des alternatives de protection en se tournant vers des solutions individuelles comme l'épargne ou encore vers la famille ou le communautaire (Meyer et Bridgen 2007, 223). Enfin, en pratique, une privatisation active et une privatisation passive peuvent se produire simultanément (Øvretveit 2003, 235).

### 2. 1. 3. La privatisation: un processus de changement

Un transfert de responsabilité du public vers le privé ne se fait habituellement pas d'un seul coup, c'est-à-dire qu'une privatisation n'a pas lieu subitement. C'est pourquoi certains auteurs indiquent que la privatisation s'inscrit dans un processus de changement (Starr 1988, 13; Rose 1989b, 99; Muschell 1995). Starr soutient que: « Privatization describes a direction of changes, but it does not denote a specific origin or destination. Its meaning depends on the point of departure -- the public-private balance previously struck in a particular domain.» (Starr 1988, 13). La privatisation est un processus (Rose 1989b, 99) et bien qu'il soit important de comprendre ce que sont le public, le privé et parfois le mélange public-privé, il ne s'agit pas de rendre compte uniquement de la présence du public ou du privé dans tel ou tel domaine, mais plutôt d'expliquer les changements qui s'opèrent sur une période de temps donné (Lundqvist 1988, 4). Comme

le soutient Muschell (1995), il y a une différence entre expliquer le processus de la privatisation et uniquement faire état du mélange public-privé.

En résumé, dans la littérature, la privatisation est généralement associée à deux grands principes. Elle est d'abord associée à un déplacement de trois grands types de responsabilités du public vers le privé. Ensuite, la privatisation s'inscrit dans un processus de changement qui peut s'échelonner sur plusieurs années et peut être initiée activement ou de manière passive. Par ailleurs, pour être capable de bien faire ressortir un processus de privatisation de manière générale, ou dans le domaine de la santé, il est important de clarifier ce que l'on entend par public et par privé.

## **2. 2. La distinction entre le public et le privé**

Comme le souligne Starr (1988, 7), lorsqu'il est question de privatisation, il est important de faire la distinction entre ce qu'est le «privé» et ce qu'est le «public». Cette distinction se fait souvent par le biais d'une mise en opposition, mais varie dépendamment de la perspective qui est adoptée pour définir ces concepts (Lundqvist 1988; Starr 1988; Weintraub 1997).

Dans un sens très large, Starr (1988, 8) souligne que ce qui est considéré comme public fait souvent référence au bien commun tandis que ce qui est caractérisé comme privé est associé au fait que l'accès à ce bien est limité, qu'il a trait à l'intimité d'une personne. Il est possible de différencier le public et le privé en optant pour une approche sociologique ou pour une approche économique. D'un point de vue sociologique, le privé est relatif à la vie privée tandis que le public est lié à ce qui se situe à l'extérieur de



la vie privée. D'un point de vue économique, si le privé fait référence au marché, le public se réfère quant à lui à l'État (Starr 1988, 8).

## 2. 2. 1. La distinction entre le public et le privé en santé

Dans le domaine de la santé, les approches économique et sociologique peuvent être utiles pour distinguer le public et le privé. Il est vrai que ce qui est «public» dans le domaine de la santé est souvent associé à l'État et que ce qui est «privé» au marché. Par contre, il est inadéquat d'aborder le privé seulement en le liant au marché, en adoptant seulement une perspective économique. Indéniablement, le privé est fréquemment présenté comme étant relatif au marché dans le domaine de la santé par exemple quand il est possible de recourir à des assurances privées ou encore si les patients doivent déboursier directement de leur poche pour se procurer des soins. Néanmoins, le privé peut également être présent sous d'autres formes et le fait de ne lier le privé qu'au marché, en adoptant uniquement une perspective économique, élude un segment de ce qui peut aussi être considéré comme privé. En employant une perspective sociologique, il est possible d'en arriver à une autre conception du privé en santé.

En effet, il arrive que ce ne soit pas l'État qui s'occupe des patients, ni le secteur privé entendu comme faisant partie du marché, mais les proches, la famille<sup>11</sup>. Dans ce cas, ce ne sont pas l'État ou le marché qui s'occupent de la personne malade, mais des gens faisant partie du cercle rapproché de cette personne. À cet effet, un patient qui est

---

<sup>11</sup> Plutôt que de faire une dichotomie entre le public et le privé comme la majorité des auteurs le font quand il est question de distinguer le public et le privé, Richard Rose (1989a) fait plutôt une trichotomie. En effet, il considère que la famille est une catégorie à part et qu'il ne faut pas l'inclure dans le privé puisqu'il associe le privé au marché. Par contre, parce que nous souhaitons aborder le privé dans une perspective économique et sociologique, nous ne ferons pas cette distinction.

pris en charge par sa famille et non par l'État ou par le marché est quand même dans un milieu privé, mais dans un milieu privé comme le sous-tend une approche sociologique<sup>12</sup>, c'est-à-dire qui relève de la sphère de la vie privée (Walker 1984, 25; Lundqvist 1988, 5; Stewart 1999, 66).

De plus, ce qui est considéré comme faisant partie du privé en santé n'a pas toujours des caractéristiques commerciales comme ce que laisse sous-entendre une association directe entre le privé et le marché. En effet, les organismes à but non lucratif qui composent le secteur communautaire et qui fournissent des soins aux malades, par le biais d'employés ou de bénévoles, sont aussi classés comme faisant partie du secteur privé (Saltman et Figueras 1997, 48; Organisation mondiale de la Santé 2002, 1; Saltman 2003, 24; Atun 2007, 247).

Ce qui est privé peut donc être associé au marché et arborer des caractéristiques commerciales, c'est-à-dire qu'il cherche à faire du profit. Cependant, en santé, un lien unique entre le privé ayant des caractéristiques et des intérêts commerciaux n'est pas suffisant pour décrire ce qui est privé, puisque ce qui est entendu comme faisant partie du privé peut se présenter sous d'autres formes. Par exemple, dans les cas où ce sont les familles, les bénévoles ou les organismes à but non lucratif qui dispensent des soins aux malades, ces soins sont considérés comme provenant du secteur privé, mais sans être associés au marché.

---

<sup>12</sup> Les auteurs féministes adoptent souvent une approche sociologique pour faire la distinction entre le public et le privé quand ils abordent la privatisation. En effet, le privé est conceptualisé comme étant relatif à la sphère domestique. (Weintraub 1997, 27)

Cela dit, la ligne de démarcation entre le public et le privé n'est pas toujours claire (Rose 1989a; Starr 1988, 7; Weintraub 1997, 2; Maarse 2006, 984) et puisqu'il semble que le public et le privé soient de plus en plus en interaction dans le domaine de la santé, ils peuvent même parfois venir à être entremêlés (Øvretveit 1996, 77; Stewart 1999, 66; Deber 2002, 3; Øvretveit 2003, 237; Saltman 2003).

Le secteur privé peut avoir des caractéristiques et des intérêts commerciaux, c'est-à-dire qu'il a comme but de faire des profits, que ses activités soient lucratives. Pensons par exemple, aux compagnies d'assurances, aux cliniques privées. Le secteur privé, comme nous l'entendons, comprend aussi les organismes à but non lucratif, les coopératives de santé, les entreprises d'économie sociale, les bénévoles. Finalement, les proches ou les aidants naturels qui participent à la dispensation des soins de santé aux individus qui requièrent leurs services font également partie du secteur privé.

Le financement qui ne provient pas du secteur public est aussi considéré comme provenant du secteur privé. Par exemple, les dépenses directes des individus, les dons philanthropiques et les fonds récoltés par l'entremise de concours organisés par les fondations des centres hospitaliers. Le tableau 2 montre ce qui est inclus comme faisant partie du privé quant à la provision privée des soins, au financement privé, à la gestion et à l'administration privées, à propriété ainsi qu'à la régulation privée.

**Tableau 2- Le privé en santé**

<b>Provision privée</b>	<i>À but lucratif</i> -Cliniques privées	<i>À but non lucratif</i> -Aidants naturels -Coopératives de santé -Organismes communautaires -Entreprises d'économie sociale -Bénévoles	} <i>Tiers</i> <i>secteur</i>
<b>Financement privé</b>	-Dépenses directes des particuliers pour les produits et les services de santé -Assurances privées -Fondations hospitalières -Dons philanthropiques		
<b>Gestion et administration privées</b>	-Cliniques privées -Hôpitaux <sup>13</sup> -Coopératives de santé -Organismes communautaires -Entreprises d'économie sociale		
<b>Propriété privée</b>	-Cliniques privées -Coopératives de santé -Laboratoires privés		
<b>Régulation privée</b>	-Libre marché, loi de l'offre et de la demande		

Une petite mise au point s'impose ici. Cette mise au point concerne la distinction que font Vaillancourt et Jetté (1997, 57) entre le phénomène de la privatisation et ceux de la communautarisation et de la familialisation qui ne doivent pas, d'après eux, être confondus en un seul phénomène de privatisation. Ils entrevoient la privatisation comme

<sup>13</sup> Certains auteurs rappellent avec justesse que les hôpitaux canadiens sont souvent étiquetés à tort comme étant «publics» alors que ce sont des organisations à but non lucratif dotées de conseils d'administration (Deber 2002, 6; Madore et Tiedemann 2005). S'il est vrai que la gestion des hôpitaux se fait de manière privée par un conseil d'administration, il n'en reste pas moins qu'ils font partie du réseau public.

un passage qui s'effectue du public au privé, où le privé est à but lucratif. La communautarisation quant à elle consiste au transfert de responsabilités du public vers le tiers secteur, tandis que la familialisation déplace les responsabilités vers la famille. Vaillancourt et Jetté sont favorables à la communautarisation qui représente une alternative au transfert des responsabilités vers le marché et c'est probablement pourquoi ils insistent sur cette distinction. Sans vouloir évaluer le bien-fondé d'une communautarisation, le transfert des responsabilités vers le marché, le secteur communautaire ou la famille s'inscrit dans un mouvement de privatisation puisque ce n'est plus l'État qui prend en charge les malades. Lorsque l'État transfère une partie de la responsabilité dans la provision des soins vers le secteur communautaire ou vers la famille cela dénote une forme de privatisation (Walker 1984, 25; Bendick 1989, 98; Saltman et Figueras 1997, 48; Stewart 1999, 66; Organisation mondiale de la santé 2002, 1; Atun 2007, 247). Maintenant que nous savons que la privatisation consiste en un déplacement des responsabilités du public vers le privé, qui peut survenir dans différentes activités, et que nous avons spécifié à quoi correspondent le public et le privé en santé, il est possible de se tourner vers le concept de privatisation en santé.

### **2. 3. Les particularités de la privatisation en santé**

La définition de privatisation proposée par Lundqvist est fort utile car elle avance que la privatisation consiste en un transfert des responsabilités du public vers le privé dans différentes activités. Cependant elle ne visait pas précisément la privatisation appliquée au domaine de la santé. Comme le font remarquer certains auteurs, le secteur de la santé comporte des fonctions clés qui méritent une prise en compte afin de

poursuivre la clarification conceptuelle de la privatisation en santé (Stoddart et Labelle 1985; Chernichovsky 1995; Wendt *et al.* 2009).

### 2. 3. 1. La régulation

La régulation est une activité importante du secteur de la santé. En portant attention à la régulation, il est possible de déceler par qui et comment les activités sont contrôlées ou modérées (Stoddart et Labelle 1985). En d'autres termes, on voit qui décide des règles visant des activités comme la fixation des prix et la répartition des responsabilités (Gildiner 2006, 68), du contrôle de la qualité et de la quantité des services (Lundqvist 1988, 15). Pour Stoddart et Labelle (1985, 84), les organismes privés et publics peuvent jouer un rôle dans la régulation. Une fois que la privatisation est effectuée et que ce sont les firmes privées qui possèdent la responsabilité, ce sont elles qui prennent les décisions (Saltman et Figueras 1997, 49). Ainsi, quand une privatisation se produit, ce ne serait plus l'État qui posséderait le pouvoir de prendre des décisions en matière de santé, ou du moins il serait moins impliqué. Le Grand et Robinson (1984, 6) avancent cependant que lorsqu'il y a privatisation, l'État joue encore un rôle, mais il assouplit sa réglementation. Les auteurs ne s'accordent pas tous sur le rôle de régulation de l'État lorsqu'il y a privatisation. Des précisions s'imposent donc à ce sujet.

#### *2.3.1.1. La responsabilité de l'État à l'égard de la régulation en santé : une mise au point*

Pour Lundqvist (1988, 14) l'État prédomine en matière de régulation dans le domaine de la protection sociale puisque c'est lui qui veille à la régulation de la qualité

et de la quantité des services. Chernichovsky (1995, 364) aussi entrevoit la régulation comme étant sous la responsabilité de l'État notamment parce que l'État doit veiller à assurer un certain ordre dans la provision des soins. Par exemple, il assume la mise en place de politiques, la formation du personnel soignant et le respect de certains standards. La position de Saltman (2002) quant au rôle de l'État dans le domaine de la régulation va dans le même sens que celle de Lundqvist et Chernichovsky. Saltman, en se basant sur l'exemple de certains pays européens, soutient que l'État est encore un acteur prédominant dans la prise de décision et dans la régulation dans le secteur de la santé, et ce, malgré l'implantation de réformes. Par exemple, certains États européens ont adopté de nouvelles méthodes de gestion calquées, dans certains cas, sur celles du privé. Ces nouvelles méthodes de gestion qui découlent du nouveau management public et qui cherchent à décentraliser certaines responsabilités nécessitent tout de même que l'État soit encore bien présent dans la supervision des différentes activités dans le domaine de la santé. Saltman reprend l'idée que ce sont toujours les États qui «steer more, row less» c'est-à-dire qu'ils établissent les politiques et les coordonnent, mais ils laissent le soin à d'autres acteurs la prestation de certains services (Saltman 2002, 1682). De plus, dans le cas où ces réformes font une plus grande place au privé, l'État doit s'assurer d'avoir le pouvoir de réguler les activités du privé (Saltman 2002, 1681). Ainsi, l'État en vient même à avoir un rôle accru en matière de régulation puisqu'il doit réglementer les activités du privé. Roberts, Hsiao, Bermen et Reich résument bien en quoi consiste la régulation dans le domaine de la santé en avançant que :

Regulation, then, includes the full range of legal instruments (laws, decrees, orders, codes, administrative rules, guidelines), whether issued by governments or by

nongovernmental bodies (e.g. self-regulatory organizations)<sup>14</sup> to which the government has delegated regulatory power (Roberts, Hsiao, Bermen et Reich 2008, 248).

Finalement, c'est surtout l'État qui, ultimement, possède la responsabilité en matière de régulation. Comme la responsabilité de régulation est avant tout assumée par l'État, un transfert de responsabilité sur ce plan est improbable. D'ailleurs, lorsque l'État fait une plus grande place au privé, sa responsabilité en matière de régulation en vient même à être plus importante. Une privatisation peut cependant se produire dans d'autres activités dans le secteur de la santé.

### 2. 3. 2. La gestion et l'administration

La gestion et l'administration sont également des activités importantes du secteur de la santé où un transfert des responsabilités du public vers le privé peut s'y produire. Stoddart et Labelle (1985) suggèrent de s'attarder à ces deux points et soutiennent qu'il est souhaitable de porter une attention particulière à la question de la responsabilité en matière de gestion et d'administration. Afin de mieux cerner ce qui se passe sur le plan de la privatisation, il faut donc chercher à savoir qui a le contrôle dans ces activités.

Tout d'abord, d'après Stoddart et Labelle (1985), en s'attardant à la gestion, il est possible de repérer qui est en charge de la prise de décision opérationnelle. Ensuite, l'analyse de l'administration permet de découvrir qui s'occupe de mettre en place les politiques ou la gestion.

---

<sup>14</sup> Par exemple, le Collège des médecins du Québec a un pouvoir de régulation de la profession médicale par le biais de son code de déontologie.



Certaines responsabilités de gestion et d'administration peuvent être transférées vers le secteur privé et dans ce cas, il y a privatisation. Toutefois, lorsque des responsabilités de gestion et d'administration sont transférées vers d'autres paliers du secteur public, il n'y a pas privatisation, mais décentralisation. Il est important de clarifier la différence entre les concepts de privatisation et de décentralisation puisque certains auteurs les confondent parfois en avançant que la privatisation est une forme extrême de décentralisation (Saltman et Figueras 1997, 49; Turgeon et Lemieux 1999, 177; Atun 2007, 247).

#### *2.3.2.1. Privatisation et décentralisation*

Il est vrai que des parallèles peuvent être tracés entre la décentralisation et la privatisation. Ces deux méthodes peuvent être utilisées pour réformer le secteur de la santé et il est souvent mis de l'avant qu'elles permettront d'être plus efficace et d'améliorer la performance (Osborne et Gaebler 1992; Hood, 1995; Gow et Dufour 2000; Dubois 2003). Elles découlent des idées mises de l'avant par le nouveau management public et elles déplacent toutes deux la responsabilité vers d'autres acteurs. Dans le cas de la décentralisation, la responsabilité sera dirigée du centre vers des organes administratifs régionaux ou locaux (Turgeon et Lemieux 1999, 175), tandis que dans le cas de la privatisation, ce déplacement des responsabilités s'effectue vers des organisations ou des agents privés. Le but principal de la décentralisation administrative est de transformer les administrateurs publics en gestionnaires actifs qui administrent de manière plus entrepreneuriale (Saltman et Busse 2002). Pour ce qui est de la privatisation, les administrateurs publics ne sont pas concernés puisque les

responsabilités sont mutées au secteur privé. Il ne faut donc pas confondre ces deux méthodes du NMP.

Puisque la privatisation nécessite un transfert de responsabilité du public vers le privé, comme Maarse (2006), nous retenons que la décentralisation n'est pas l'équivalent de la privatisation puisque selon cette pratique, la délégation n'est pas faite vers des agents privés, mais vers des administrations moins centralisées, régionales ou locales. La décentralisation n'est pas un processus par lequel les limites entre le privé et le public sont changées, mais plutôt un développement qui se fait au sein du secteur public. La décentralisation peut cependant être un précurseur de la privatisation (Maarse 2006, 988) lorsqu'elle s'inscrit dans la mouvance des idées néolibérales et du NMP.

Observer si la responsabilité de gestion et d'administration se situe entre les mains d'acteurs du secteur public ou entre celles d'acteurs du secteur privé ne nous renseigne pas à propos d'un processus de privatisation. Par contre, cela peut nous aider à déceler si c'est le secteur public ou le secteur privé qui détient cette responsabilité à un certain moment et ainsi voir si cette responsabilité a été déplacée vers le secteur privé. *Il y a privatisation si la responsabilité de gestion et d'administration passe du secteur public vers le secteur privé.* Par exemple, l'Alberta, dans les années 1980, étudiait la possibilité de confier à des firmes privées des fonctions administratives du régime public d'assurance-maladie. Dans ce cas, il y aurait eu privatisation sur le plan de l'administration (Stoddart et Labelle 1985, 64).

Il est important de rappeler que même s'il est possible de séparer de manière conceptuelle les différentes fonctions du domaine de la santé, les pans du secteur de la santé qui peuvent être privatisés sont intimement liés. Cela fait en sorte que si le privé est introduit dans l'une des activités, il peut y avoir un effet de vases communicants. Ainsi, certains rappellent que : « l'augmentation du financement privé a pour conséquence d'amoindrir la capacité qu'ont les États de faire des arbitrages démocratiques entre les différents secteurs producteurs de bien-être en société, dont les soins (...)» (Contandriopoulos, Denis, Rodriguez et Dubois 2000, 107). Pour ces auteurs, si l'État entend jouer un rôle important dans la régulation du secteur de la santé, il doit continuer à jouer un rôle dominant dans le financement (Contandriopoulos et al. 2000, 107).

### 2. 3. 3. Le financement

Le financement est souvent passé à la loupe par les auteurs s'intéressant au secteur de la santé afin d'observer le phénomène de la privatisation. De manière très simple, pour certains auteurs, il y a privatisation par rapport au financement quand l'État diminue ses subventions au secteur de la santé (Le Grand et Robinson 1984), quand le secteur privé participe au financement (Atun 2007) ou quand l'État diminue ses dépenses en matière de santé et qu'en même temps, les dépenses privées augmentent (Maarse 2006). Ainsi, pour ces auteurs, la privatisation se traduit d'une part, par une diminution de la participation de l'État dans le financement comme lorsqu'il y a moins de dépenses publiques (Organisation mondiale de la santé 2002 ; Maarse 2006), quand la part du financement public des dépenses totales en santé diminue ou quand il y a moins de services financés par le secteur public (Organisation mondiale de la Santé 2002 ;

Rothgang, Cacace, Grimmeisen et Wendt 2005). D'autre part, cette privatisation s'exerce lorsque le privé devient plus impliqué par exemple lorsqu'il y a plus d'assurances privées, que les individus doivent déboursier davantage directement de leur poche pour se procurer des soins (Battistella 1993, 270 ; Stewart 1999, 74 ; Hinrichs 2002, 111 ; Øvretveit 2003, 239 ; Armstrong *et al.* 2004, 16 ; Holden 2005, 678 ; Cook 2006, 196 ; Maarse 2006), quand la participation du secteur privé ou des acteurs non-gouvernementaux est encouragée ou à tout le moins sollicitée (Defever 1995, 196 ; Muschell 1995; Atun 2007, 247). Ainsi, la participation du privé dans le financement peut se faire par le biais d'activités commerciales, mais aussi philanthropiques (Stoddart et Labelle 1985, 5 ; Stewart 1999, 66).

Le simple fait que l'État diminue ses dépenses en santé ne constitue pas une forme de privatisation. Une diminution des dépenses en santé peut être le point de départ d'un processus de privatisation, mais cette diminution en soi ne signifie pas qu'une privatisation a cours. Une augmentation du financement privé n'est pas non plus nécessairement synonyme de privatisation. En fait, il est important encore une fois d'insister sur la notion de transfert. Il y a privatisation quand la responsabilité pour le financement passe du public vers le privé (Weller et Manga 1983, 497 ; Butler 1991, 17). Ainsi, si une diminution de la part des dépenses publiques est accompagnée par une augmentation de la part des dépenses privées, il est possible de soupçonner un processus de privatisation (Maarse 2006). Cependant, une fois que ce constat est fait, rien de plus précis sur le transfert des responsabilités ne peut être avancé. Une diminution de la proportion des dépenses publiques accompagnée d'une augmentation de la proportion des dépenses privées peut indiquer un changement, mais ne nous informe pas sur la

nature de ce changement. Pour vraiment parler de privatisation du financement, il faut être en mesure d'identifier que les dépenses privées ont substitué les dépenses publiques. En effet, la part des dépenses publiques peut diminuer en même temps que le pourcentage des dépenses privées augmente, sans qu'un de ces mouvements ne soit la conséquence de l'autre (Arpin 1999, 15 ; Conseil de la santé et du bien-être 2001, 42).

Un processus de privatisation du financement est plus facilement identifiable quand il est possible de repérer un transfert, vers les individus, d'une responsabilité financière qui incombait auparavant à l'État. Par exemple, il y a privatisation dans le cas où des frais sont désormais imposés directement aux patients lorsqu'ils vont consulter un médecin (le ticket modérateur est un exemple de frais imposés directement aux individus) (Stewart 1999, 74 ; Ovretveit 2003 ; Maarse 2006, 992). Ensuite, il y a privatisation si des services de santé qui étaient auparavant subventionnés par l'État ne le sont plus ou le sont moins (Weller et Manga 1983, 497 ; Hinrichs 2002, 111 ; Holden 2005, 678). Dans ces deux cas, il y a privatisation puisque les individus doivent désormais déboursier de leur poche pour se procurer ces services ou encore contracter une assurance privée (Battistella 1993, 270 ; Organisation mondiale de la Santé 2002 ; Rothgang *et al.* 2005). Finalement, il y a privatisation quand le secteur public transfère une responsabilité financière vers les familles, vers des organismes communautaires, vers des bénévoles dans la prise en charge des malades (Stoddart et Labelle 1985, 5 ; Muschell 1995 ; Stewart 1999, 66, Armstrong *et al.* 2004, 16).

## 2. 3. 4. La provision des soins

En ce qui concerne la provision des soins, il est possible que les soins de santé soient fournis exclusivement par le secteur public, en partie par le secteur public et le secteur privé ou encore seulement par le secteur privé. Comme il existe différents types de programmes publics de soins de santé, ces programmes n'opèrent pas tous de la même manière. Par exemple, les systèmes de soins de santé nationaux offrent habituellement des services publics (comme c'est le cas en Grande-Bretagne) tandis que les systèmes de soins de santé plus axés sur le marché offrent des services privés (comme c'est le cas pour les Etats-Unis) (Saltman et Von Otter 1992). De plus, le panier des services qui sont offerts par le secteur public varie d'un programme public de soins de santé à l'autre. Au Canada, ce ne sont principalement que les soins de santé *médicalement nécessaires* qui sont fournis par le biais du secteur public. Les provinces assurent également quelques services dits *complémentaires* (ex. : soins dentaires, d'optométrie), mais uniquement pour certaines catégories de personnes (ex. : enfants, personnes bénéficiant des programmes de dernier recours).

Les auteurs s'intéressant à la santé reconnaissent qu'une privatisation sur le plan de la provision des soins peut se produire, mais ne sont pas nécessairement précis sur ce qu'ils entendent par là (Saltman et Figueras 1997 ; Atun 2007 ; Roberts *et al.* 2008, 217). Toutefois, Øvreveit (2003, 239) et Perrot (2006, 859) font remarquer qu'il y a privatisation dans le domaine de la provision des soins quand, par exemple, un contrat est établi avec une organisation privée pour qu'elle opère un service public, et ce même dans le cas où ce service est dispensé dans un bâtiment public avec des équipements publics. Malgré le fait que les infrastructures et les équipements sont détenus par le

public et que le service est lui aussi public, c'est le secteur privé qui pourvoit le service. Quant à eux, Le Grand et Robinson (1984, 4), considèrent qu'une privatisation se produit quand l'État réduit sa contribution pour la provision des soins. Ainsi, l'État demandera aux patients de déboursier de l'argent ou de payer davantage pour se procurer un soin. Certains auteurs soulèvent l'idée qu'il y a une forme de privatisation qui s'effectue quand la responsabilité de pourvoir des soins est transférée aux familles des malades (Armstrong *et al.* 2004, 16) ou encore lorsque le secteur de la santé devient dépendant des soins que fournit le secteur informel (Stewart 1999, 66). Le secteur informel est entendu ici comme étant les proches, les aidants naturels ou les bénévoles qui s'occupent des malades. Évidemment, dans ce cas, le privé n'est pas compris comme étant relatif au marché, mais est plutôt associé à la sphère de la vie privée.

En bref, nous retiendrons qu'une privatisation au plan de la provision des soins se produit quand : 1) le secteur public ne finance plus ou diminue sa contribution financière pour certains services de santé et que dès lors les individus doivent déboursier pour se procurer ces soins ; 2) le secteur public devient dépendant du secteur informel dans la mesure où il compte sur les proches, les bénévoles dans la dispensation des soins ; 3) un contrat est établi avec une organisation privée pour que cette dernière fournisse un service public.

### 2. 3. 5. La propriété

D'après Lundqvist, lorsqu'il est question de privatisation en matière de protection sociale, il faut davantage s'attarder à qui détient la responsabilité plutôt qu'à qui appartient la propriété (Lundqvist 1988, 6). Toutefois, la question de la propriété est

encore soulevée par les auteurs s'intéressant à la privatisation dans le domaine de la santé.

Abordant à la fois la provision des soins et la propriété de l'organe qui le dispense, pour Maarse (2006, 994), il y a privatisation quand la propriété de l'organisation qui fournit les soins passe de publique à privée. Cette organisation privée peut soit être un organisme à but non lucratif ou un organisme ayant des intérêts commerciaux. Par rapport à la propriété, un document de l'Organisation mondiale de la Santé (2002) soutient, comme Maarse (2006, 994), qu'il y a provision privée des soins quand les installations dans lesquelles ils sont fournis appartiennent au privé.

Stoddart et Labelle conceptualisent la privatisation comme un passage de propriété des ressources ou des entreprises du public vers le privé (Stoddart et Labelle 1985, 4). Starr, Øvretveit et l'Organisation mondiale de la Santé vont dans le même sens quand ils avancent que la privatisation peut s'opérer par le transfert des biens publics vers un propriétaire privé (Starr 1988, 16 ; Organisation mondiale de la Santé 2002 ; Øvretveit 2003, 239). Ces biens sont, par exemple, les infrastructures du secteur de la santé, les bâtiments, les équipements. Cependant, l'Organisation mondiale de la Santé (2002) ajoute que ce transfert des biens peut aussi s'effectuer par le passage du public vers le privé du contrôle des ressources et des fonctions. Dans ce cas, le contrôle des ressources et des fonctions est considéré comme un bien que possède le secteur public ou le secteur privé.



## 2. 4. Conclusion

Cette revue de la littérature nous permet d'en arriver à une définition systématique et fonctionnelle de la privatisation en santé. Nous avons retenu que la privatisation implique un *déplacement de la responsabilité du public vers le privé dans diverses activités du secteur de la santé. Ces différentes activités sont 1) la gestion et l'administration, 2) le financement, 3) la provision et 4) la propriété.* En ce qui concerne la régulation, qui est ultimement sous la responsabilité de l'État, une privatisation sur ce plan est difficilement envisageable (Chernichovsky 1995; Saltman 2002). Le tableau suivant synthétise ce qui a été mis de l'avant jusqu'à maintenant.

**Tableau 3- La privatisation en santé**

<b>Activités</b>	<b>Privatisation</b>
<b>Gestion et administration</b>	Passage des responsabilités de gestion et d'administration du secteur public vers le secteur privé.
<b>Financement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Demande de contribution financière directe aux individus (out of pocket payment) ou introduction de mesures de partage des coûts (cost-sharing).</li> <li>2) Le secteur public ne finance plus ou diminue sa contribution financière pour certains services de santé et les individus doivent déboursier pour se procurer ces soins.</li> <li>3) Transfert d'une responsabilité financière vers les individus, les familles, les organismes communautaires, les bénévoles dans la prise en charge des malades.</li> </ol>
<b>Provision</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diminution du nombre de services couverts ou diminution de la contribution financière pour assurer ces services.</li> <li>2) Le secteur public devient dépendant du secteur informel dans la mesure où il compte sur les proches, les bénévoles dans la dispensation des soins.</li> <li>3) Un contrat est établi avec une organisation privée pour que cette dernière fournisse un service public.</li> </ol>
<b>Propriété</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Transfert des biens publics vers un propriétaire privé.</li> <li>2) Transfert du contrôle des ressources.</li> </ol>

Maintenant que des clarifications ont été apportées au concept de privatisation de manière générale et plus spécifiquement dans le domaine de la santé, des observations sur la progression de ce phénomène dans le cas québécois peuvent être entamées. C'est ce sur quoi portera le troisième chapitre.

## **CHAPITRE 3**

### **La privatisation dans le secteur de la santé au Québec: observations sur sa progression**

Durant les années 1980, le Canada ne fut pas épargné par les pressions exercées sur les programmes publics de soins de santé (Tuohy 1999 ; Wessen 1999, 7-9; Flood 2000, 2 ; Hacker 2004). En même temps que ces pressions s'exerçaient, l'idéologie néolibérale rejoignait le Canada et un désir de limiter la taille de l'État s'y installait (Cameron 1997; Clark 2002, 782 ; Forget 2002, 371; Bernier 2003b). Une réforme majeure visant explicitement à privatiser le système de santé n'y fut pas entreprise comme ce fut le cas ailleurs durant les années 1990 (Tuohy 1999 ; Hacker 2004 ; Maarse 2006). Cependant, des mesures cherchant à limiter la taille de l'État ont été adoptées comme la diminution des dépenses dédiées aux programmes sociaux, incluant la santé, ainsi que l'application des méthodes du NMP (Tuohy 1999, 97-98; Tupper 2001; Clark 2002; Maioni 2002, 181; Bernier 2003b).

Certains auteurs soutiennent que le Canada n'a pas entrepris de réforme majeure en matière de santé à cause de la présence de nombreux points de veto qui peuvent rendre plus difficiles les réformes (Tuohy 1999 ; Hacker 2004). Par exemple, puisque la santé est de compétence provinciale, le gouvernement fédéral peut bien souhaiter effectuer certains changements, mais il ne peut pas agir seul. Il doit avoir l'appui des provinces pour que des réformes puissent être lancées. De la même manière, les provinces ne peuvent pas, en théorie, déroger aux principes mis de l'avant par la *Loi canadienne sur la santé* au risque de voir leurs transferts en matière de santé diminuer. Par contre, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas eu de réforme majeure qu'aucun changement ne s'est produit en matière de santé au Canada.

Au chapitre un, nous avons insisté sur le fait que la manière dont le gouvernement fédéral participe au financement de la santé a été modifiée au cours des années 1980 et 1990 et que ces changements apportés aux transferts en matière de santé ont entraîné des répercussions sur la façon dont les gouvernements provinciaux ont dès lors géré leur programme public de soins de santé (Armstrong et Armstrong 1996, 64-87 ; Naylor 1999, 13 ; Tuohy 1999, 97-98 ; Barer, Morgan et Evans 2003).

Nous avons aussi vu dans le premier chapitre que le Québec était aussi à la recherche de solutions pour faire face aux pressions qui s'exerçaient sur ses finances publiques. Même si certains auteurs insistent sur l'approche différente qu'a adoptée le Québec (Salée et Coleman 1997; Lévesque Bourque et Vaillancourt 1999; Vaillancourt *et al.* 2000, 64; Clark 2002), les solutions proposées s'inspiraient tout de même des principes du NMP : rationalisation, décentralisation privatisation. En insistant sur le fait que l'idéologie néolibérale fut de portée limitée au Québec, l'analyse de ce qui a été privatisé dans le domaine de la santé a été éludée pendant plusieurs années. De plus, à la lumière de décisions politiques récentes et du budget provincial du 30 mars dernier qui dévoile les intentions du gouvernement de Jean Charest de faire une plus grande place au privé, il est de plus en plus difficile de soutenir qu'il n'y a pas de mouvement de privatisation au Québec dans le domaine de la santé.

En insistant sur certains aspects de la privatisation auxquels on porte généralement peu attention vue la nébulosité entourant ce concept, ce chapitre souligne le fait que le Québec n'a pas été totalement étranger à la privatisation. Plus précisément, il observe comment a progressé la privatisation des soins de santé en contexte québécois

et pour ce faire, il fait ressortir comment certains éléments spécifiques au contexte institutionnel canadien ont orienté le mouvement de privatisation en santé au Québec. Dans un premier temps, le programme public de soins de santé québécois est en partie tributaire d'arrangements constitutionnels et fiscaux ainsi que des décisions des différents paliers de gouvernements. De ce fait, nous montrons que la privatisation n'est pas seulement le produit des décisions d'un seul gouvernement, mais peut être le résultat de l'interaction de différents facteurs qui peuvent engendrer une privatisation plus subtile, un mouvement moins visible. Ensuite, ce chapitre souligne comment la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, qui s'est déjà avérée être un obstacle important à la privatisation, est désormais un outil moins efficace pour la freiner. Enfin, nous montrons que la privatisation peut découler directement d'actions du gouvernement provincial comme dans le cas de l'adoption de la *loi 33* qui a suivi l'affaire Chaoulli.

### **3. 1. Loi constitutionnelle, arrangements fiscaux et décision gouvernementale de limiter les dépenses en santé**

Dans cette section, une explication de comment l'interaction entre la loi constitutionnelle, les arrangements fiscaux qui en découlent et les décisions gouvernementales de limiter les dépenses en santé sont responsables de différentes dynamiques de privatisation : une privatisation active et économique ainsi qu'une privatisation passive, économique et sociologique. D'abord, un aperçu du partage des pouvoirs en matière de santé dans la fédération canadienne est nécessaire puisqu'il permet de rappeler les rôles des deux paliers de gouvernement dans ce domaine.

### 3. 1. 1. Le partage des pouvoirs en santé

L'article 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867* donne un rôle central aux provinces en matière de santé plus particulièrement par le fait qu'il leur confère la responsabilité de l'administration du milieu hospitalier. Le gouvernement fédéral possède aussi des responsabilités en cette matière notamment pour la santé de certains groupes comme les membres des Forces armées, les Autochtones et les détenus des pénitenciers fédéraux. De plus, il détient un rôle important pour la recherche et l'information en santé (Di Matteo 2000, 90 ; Banting et Boadway 2004, 5 ; Marchildon, Allin et Mossialos 2006, 25-26). Le gouvernement fédéral est également impliqué dans le financement de la santé par l'entremise de divers instruments fiscaux comme des crédits d'impôt et l'exemption à la TPS. Toutefois, la responsabilité du gouvernement fédéral en matière de santé s'exerce avant tout sous la forme de transferts fiscaux aux gouvernements provinciaux. Ces transferts fiscaux reposent sur l'article 36 de la *Loi constitutionnelle de 1982* mais aussi sur le pouvoir fédéral de dépenser (Banting et Boadway 2004, 5-6). Brièvement, l'article 36 vise à assurer que les provinces détiennent les revenus nécessaires pour garantir des services publics de qualité comparable. Le pouvoir fédéral de dépenser quant à lui est un outil fiscal discrétionnaire que le gouvernement fédéral peut utiliser aux fins qu'il souhaite et envers les gouvernements, institutions ou individus de son choix (Banting et Boadway 2004, 5-6 ; Leeson 2004, 61-67 ; Braën 2006, 35-37 ; Graefe 2006, 3).

Cette division des pouvoirs entraîne deux éléments importants dans le programme public de soins de santé au Canada. D'une part, dans la fédération canadienne, l'administration de ce programme de santé est sans contredit décentralisée

puisqu'elle se fait au sein des provinces. Ce sont les provinces qui sont au cœur des services de santé. Banting et Boadway rappellent à juste titre que : «les provinces exercent un contrôle sur les professions médicales, les hôpitaux et l'assurance-maladie; ces responsabilités les placent au centre des services de santé.» (Banting et Boadway 2004, 5). Ce sont donc elles qui doivent s'occuper de la gestion et de l'administration de ce programme. D'autre part, puisque le gouvernement fédéral possède une responsabilité dans le financement de la santé, ses décisions sur ce plan entraînent un effet domino.

### 3. 1. 2. La diminution du financement du gouvernement fédéral en matière de santé

À cause du contexte économique difficile dans lequel se trouvait le Canada au cours des années 1990, ce dernier cherchait à contrôler son déficit et à éliminer sa dette. L'idéologie néolibérale influençant les solutions envisagées concernant les finances publiques, le gouvernement fédéral entrevoyait la diminution de la taille de l'État comme étant la voie à adopter. Le Canada a alors assisté à un changement de philosophie à propos du financement des programmes publics et c'est ainsi que le gouvernement fédéral a revu de manière unilatérale ses programmes de financement en matière de programmes sociaux, mais aussi ses programmes relatifs à la santé (Vaillancourt et Jetté 1997, 15-16; Charles et Badgley 1999, 117 ; Tuohy 1999, 92 ; Fierlbeck 2001 ; Clark 2002, 782; Maioni 2002, 181; Bernier 2003, 52 ; Hacker 2004, 702). La question entourant la présence d'un déséquilibre fiscal vertical fut alors soulevée : en réduisant ses transferts aux provinces, le gouvernement fédéral assainissait ses dépenses tout en engrangeant des surplus. Le gouvernement fédéral établissait alors des ententes à la carte avec plusieurs provinces en matière de santé en utilisant son pouvoir fédéral de dépenser. Cette pratique lui permettait de ne pas s'engager à verser



des transferts aux provinces sur une base établie (St-Hilaire et Lazar 2004, 122). La réduction dans les transferts a eu de grandes conséquences sur les provinces puisqu'elles n'avaient pas suffisamment de ressources pour assumer leurs responsabilités (Québec, Commission sur le déséquilibre fiscal 2002). Le déséquilibre fiscal pesait lourd surtout en matière de santé et plusieurs provinces ont revu leur manière de gérer leur programme public de soins de santé afin de limiter les dépenses lui étant associées (Armstrong et Armstrong 1996 ; Naylor 1999; Tuohy 1999, 97-98 ; Barer, Morgan et Evans 2003).

En somme, contrairement à ce qui s'est produit dans d'autres pays occidentaux au cours de la décennie 1990, une réforme majeure du programme public de soins de santé faisant expressément une plus grande place au privé n'a pas été mise en place au Canada. Cependant, le gouvernement fédéral a modifié unilatéralement ses programmes de financement en matière de santé ce qui a entraîné des réformes dans les provinces. En effet, les modifications apportées aux programmes de financement en santé ont poussé les provinces à adopter de nouvelles méthodes de gestion dans le domaine de la santé. Sans vouloir avancer que la diminution des transferts en santé par le gouvernement fédéral est l'unique cause de ces changements, elle demeure un facteur important. Toutes les provinces ont été touchées par cette diminution des transferts et le Québec n'y fait pas exception.

### 3. 1. 3. La réponse du Québec aux coupes du fédéral

Au cours de la décennie 1990, les pressions qui sévissaient sur le programme public de soins de santé québécois étaient fortes. En même temps, la province se trouvait

dans un contexte économique peu favorable et faisait aussi face à un déficit important. Il va s'en dire que le fait que le gouvernement fédéral diminue le montant de ses transferts n'a fait qu'ajouter une pression supplémentaire sur le Québec comme sur les autres provinces (Jenson et Phillips 1999, 30 ; Woodward et Charles 2002, 81 ; Deber 2003, 22 ; Maioni et Smith 2003, 305). Puisque le gouvernement fédéral transférait une somme d'argent moins importante vers les provinces, ces dernières en sont venues à assumer une part plus grande des coûts liés au domaine de la santé, en même temps que les dépenses du secteur public en santé augmentaient considérablement (Sonnen et McCracken 1999, 238; Québec, Commission sur le déséquilibre fiscal 2002, 35-41 ; Woodward et Charles 2002, 81).

Pour répondre à la situation, le gouvernement québécois a cherché à limiter les dépenses liées à la santé en tentant de rationaliser les coûts lui étant associés. D'ailleurs, durant cette période, la part des dépenses publiques a diminué et la part des dépenses privées a augmenté comme le confirment les données du Tableau 4.

**Tableau 4- Dépenses de santé du secteur public et du secteur privé en pourcentage des dépenses totales de santé, Québec**

Années	Dépenses de santé du secteur public en % des dépenses totales de santé	Dépenses de santé du secteur privé en % des dépenses totales de santé
1980	81,5	18,5
1985	79,0	21,0
1990	75,6	24,4
1995	73,2	26,8
2000	72,7	27,3
2005	71,5	28,5
2006	71,5	28,5

Source : ICIS Tendances nationales des dépenses en santé de 1975 à 2008, 2008, tableaux B.2.3 et B.3.3

Toutefois, l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales durant la décennie 1990, n'est pas le résultat d'une importante croissance des dépenses privées. Cette augmentation est plutôt attribuable au fait que les dépenses de santé, publiques et privées, ont toutes les deux ralenti leur croissance, mais ce ralentissement fut plus important pour les dépenses publiques (Arpin 1999, 15).

Ce qui demeure, c'est que durant cette période, le gouvernement a tenté de rationaliser les coûts associés au programme public de soins de santé par diverses stratégies. Au nombre de ces stratégies, deux ont entraîné une privatisation claire selon la définition développée au chapitre précédent.

### *3. 1. 3. 1. Désassurance*

L'une des stratégies employées pour rationaliser les coûts fut de désassurer certains services de santé complémentaires. Les services de santé complémentaires couverts par le régime public varient d'une province à l'autre puisque ces services de santé ne tombent pas sous la protection de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). La LCS exige que les provinces financent de manière publique les *soins de santé médicalement nécessaires*, soins dont ne font pas partie les services de santé complémentaires. Dans le cas d'une désassurance des services de santé complémentaires, le gouvernement ne finance plus ou diminue sa contribution financière pour certains de ces services de telle sorte que les individus doivent dès lors déboursier de leur poche pour se les procurer ou bien y renoncer. Il y a donc privatisation puisqu'il y a un transfert de responsabilité du public vers le privé pour le financement de ces soins. Au Québec, en ne couvrant plus

certaines de ces services, le gouvernement a pu réaliser des économies de l'ordre d'environ 85 millions de dollars (Arpin 1999, 21).

Depuis le début des années 1990, les examens dentaires destinés aux enfants québécois ont subi une désassurance. En 1992, la couverture pour les services dentaires curatifs offerts aux enfants est passée de l'âge de 11 ans et moins à 10 ans et moins (Durocher 2001). En 1997, le délai entre les examens dentaires couverts par l'assurance-maladie du Québec est passé de 6 mois à 1 an pour les enfants âgés de 10 et moins (Durocher 2001). Dès lors, au lieu de payer pour un examen dentaire à raison de deux fois par année, l'assurance-maladie ne couvrait plus qu'un seul examen par année pour les enfants âgés de moins de 10 ans. Les services d'optométrie ont également été désassurés en 1997. À partir de ce moment, uniquement les patients de 17 ans et moins et ceux de 65 et plus étaient assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Association des optométristes du Québec, S.d.). Par contre, les prestataires de l'assurance sociale peuvent bénéficier d'une couverture plus large, dans le cas des services dentaires et d'optométrie. Aussi, les montants alloués pour des services de santé reçus hors Québec et pour les orthèses-prothèses ont été réduits (Conseil de la santé et du bien-être 2003, 41). Évidemment, tous les services de santé ne peuvent être couverts par le programme public de soins de santé. Les gouvernements doivent faire des choix quant au panier de services que le programme public peut offrir (Stabile et Ward 2006, 84). Toutefois, en désassurant des services, l'État diminue sa contribution financière et transfère la responsabilité financière vers les individus, ce qui représente une forme de privatisation sur le plan du financement.

Il n'existe pas de liste descriptive et exhaustive des services assurés (Arweiler et Contandriopoulos 2007, 84), ni de liste des services désassurés au fil du temps. Stabile et Ward (2006) se sont intéressés aux effets, sur la demande, de désassurer certains services complémentaires (physiothérapie, orthophonie, optométrie et chiropractie) dans les 10 provinces canadiennes. Au Québec, la seule désassurance notée par les auteurs concerne les services d'optométrie. Toutefois, contrairement à d'autres provinces, les autres services complémentaires étudiés n'étaient préalablement pas couverts par le programme public de soins de santé. Afin d'établir quels services avaient été désassurés, Stabile et Ward ont passé en revue les changements apportés dans la législation entourant les services de santé entre 1994 et 2001. Analyser les changements législatifs est sans aucun doute la manière la plus précise pour observer les changements dans la couverture des soins. Comme notre période d'étude s'étend sur plus de 20 ans, cette tâche se serait avérée fastidieuse et c'est pourquoi nous avons choisi de seulement faire référence aux services désassurés mentionnés dans nos sources secondaires.

Finalement, la désassurance est une forme de privatisation active dans la mesure où elle découle de choix explicites de ne plus couvrir certains services de santé qui étaient auparavant fournis par le programme public. Dans le cas du Québec, la désassurance de ces services complémentaires est le résultat des mesures de rationalisation des coûts, mises en place par le gouvernement québécois et faisant suite aux réductions dans les transferts effectués par le gouvernement fédéral (Arpin 1999, 15-20). La désassurance ne fut pas la seule mesure adoptée par le gouvernement québécois pour restreindre les dépenses en santé. De façon beaucoup plus importante, la politique

du virage ambulatoire cherchait également à limiter les dépenses en santé (Bégin *et al.* 2002; Pérodeau et Côté 2002).

### 3. 1. 3. 2. *Virage ambulatoire*

Le virage ambulatoire ne peut être abordé indépendamment de la politique de déficit zéro adoptée par le gouvernement québécois en 1996 puisque : «Dans ce contexte, [...] il n'est pas toujours facile de distinguer ce qui relève des compressions budgétaires et des transformations du système sociosanitaire.» (Vaillancourt et Jetté 1997, 29). En effet, le gouvernement du Québec s'est doté d'une politique budgétaire qui visait à atteindre le déficit zéro et l'équilibre budgétaire dans un délai très serré d'au maximum quatre années alors qu'au même moment, le gouvernement fédéral réduisait de manière significative ses transferts aux provinces en matière de santé (Clavet, Côté et Duperré 2003, 375; Vaillancourt et Jetté 2003, 77).

Puisque le secteur hospitalier est la partie du programme public de soins de santé qui coûte le plus cher, suite à la révision par le gouvernement fédéral des programmes de financement en matière de programmes sociaux et en santé, plusieurs gouvernements provinciaux, dont le Québec, ont tenté de combler le manque à gagner notamment en cherchant à réduire les dépenses associées à ce secteur (Armstrong et Armstrong 1996; Naylor 1999; Chappell et Penning 2009, 171).

Ainsi, avec le virage ambulatoire, le gouvernement québécois cherchait à rationaliser les dépenses associées au programme public de soins de santé, en tentant surtout de réduire les coûts liés au secteur hospitalier. Même si cette politique ne fut pas

présentée comme visant à privatiser le programme public de soins de santé, elle eut quand même pour conséquence de l'orienter vers cette direction (Bernier et Dallaire 2000 ; Côté 2002, 15). Il serait faux d'avancer que le virage ambulatoire n'est que la conséquence directe de la réduction des transferts fédéraux. Par contre, le fait que le gouvernement fédéral diminue ses transferts en matière de santé a indéniablement contribué à ce que le Québec adopte ce virage et à ce que le besoin de contrôler les coûts se fasse plus pressant (Bégin *et al.* 2002, 361 ; Québec, Commission sur le déséquilibre fiscal 2002 ; Côté 2002, 15). Tout comme dans le cas des réductions des transferts fédéraux, le virage ambulatoire s'inscrit dans une mouvance plus large. Comme le souligne Lesemann :

Si le virage ambulatoire se présente dans un premier temps comme une mesure de gestion administrative, il s'inscrit immédiatement dans une dynamique politique de reconstruction de l'État pourvoyeur de services et il illustre même un véritable changement paradigmatique des fonctions providentielles de l'État (Lesemann 2002, ix)

### Privatisation du financement

Dans un premier temps, le virage ambulatoire a poussé vers une privatisation passive du financement. Un des objectifs du virage ambulatoire était de réduire les dépenses associées aux coûts hospitaliers en diminuant le temps de séjour des patients en institution et en les retournant plus rapidement vers leur milieu de vie (Pérodeau et Côté 2002; Bergeron et Gagnon 2003, 26). Une fois que les patients se retrouvent à l'extérieur des centres hospitaliers, les coûts des médicaments et du matériel médical doivent être assumés par les patients. Puisque les gens doivent déboursier davantage pour se procurer des médicaments et certains matériels, une diminution de la contribution de la part de l'État sur le plan du financement est perceptible. Une partie des coûts est alors transférée

vers les individus qui regagnent plus rapidement leur domicile et cela constitue une forme de privatisation (Stewart 1999, 66 ; Armstrong *et al.* 2004, 16). De la même manière que le note Tuohy (1999, 235) nous assistons alors à une privatisation passive du programme public de soins de santé puisque dans ce cas ce n'est plus l'État qui finance les services, mais les individus par le biais de leurs dépenses personnelles.

The relative growth of the private sector, however, also reflects the so-called “passive privatization” of services - the effect of decreasing hospital capacity and utilization in which some goods and services (notably pharmaceuticals and some forms of personal care) which are covered by governmental health insurance on an inpatient basis are not covered when provided on an outpatient basis (Tuohy 1999, 235).

Tuohy envisage cette privatisation passive comme un effet ricochet engendré par les nouvelles technologies. En effet, certaines technologies permettent désormais de sortir plus rapidement les patients du milieu hospitalier. Il n'empêche que les soins fournis sur une base extra-hospitalière ne sont pas couverts par le programme public de soins de santé (Tuohy 1999, 23; Tuohy *et al.* 2004, 392). Au final, elle considère donc cette privatisation comme étant un échec de la part du gouvernement à faire face à une nouvelle réalité dans le secteur de la santé.

#### Privatisation de la provision des soins

Renvoyer les patients plus rapidement vers leur domicile entraîne aussi des changements dans la provision des soins et peut engendrer une forme de privatisation sur ce plan. Cette privatisation passive s'inscrit tout à fait dans la logique de «steer more, row less» insufflée par la logique du NMP. En effet, si l'État agit toujours à titre de régulateur, ils laissent à des acteurs du privé le soin de pourvoir les services (Evans, Richmond et Shields 2005, 77). D'une part, le virage ambulatoire visait à transférer une



série de responsabilités vers les CLSC pour les soins de première ligne, mais d'autre part le tiers secteur et les proches aidants ont été davantage mis à contribution dans la provision de services à domicile et de soins non spécialisés (Graefe 2001, 47; Côté 2002, 17; Turgeon, Anctil et Gauthier 2003, 105). En effet, le transfert plus rapide des patients vers leur milieu de vie fait en sorte que certains individus qui auraient encore besoin de soins ne sont plus pris en charge par l'État durant leur période de convalescence, mais par des organismes communautaires, des bénévoles ou par leurs proches. Avec le virage ambulatoire, les CLSC se sont retrouvés avec de nouvelles responsabilités, plus de gens faisaient appel à leurs services, mais ils ne disposaient pas de ressources suffisantes pour répondre à leur nouveau mandat élargi (Jenson et Phillips 2000, 43; Côté 2002, 30 Palley et Forest 2004, 91). Ainsi, certaines entreprises d'économie sociale, dont la vocation était d'offrir de l'aide à domicile aux personnes malades, en sont venues à accomplir certaines activités qui n'étaient pas inscrites à leur description de tâches (Bernier 2003a, 61). Ces entreprises devaient au départ dispenser du soutien pour le nettoyage, la préparation de repas, en bref des tâches de soutien à domicile qui n'impliquaient pas de contact physique avec les individus qu'elles aidaient. Or, à cause du manque de ressources dans le réseau de la santé et en particulier dans les CLSC, certaines tâches qui requéraient un contact physique avec les personnes malades ont été assumées par les gens travaillant au sein d'entreprises d'économie sociale d'aide à domicile (Jenson et Phillips 2000, 37; Bernier 2003a, 61).

Les budgets affectés aux services à domicile ont augmenté pendant et suite au virage ambulatoire. Comme en témoignent les données du Tableau 5, entre 1995 et

2004, la part des dépenses liées aux services à domicile a augmenté d'à peine un peu plus d'un pourcent, passant de 2,3% à 3,4% des dépenses de santé du secteur public.

**Tableau 5- Dépenses de santé du secteur public au Québec et dépenses du gouvernement québécois liées aux services à domicile, de 1995 à 2004 en millions de dollars**

Années	Dépenses de santé du secteur public	Dépenses du gouvernement liées aux services à domicile	Dépenses du gouvernement liées aux services à domicile en % des dépenses de santé du secteur public
1995	12 708, 9	297, 5	2,3%
1996	12 254, 7	332, 0	2,7%
1997	13 041, 2	383, 8	2,9%
1998	14 133, 1	409, 6	2,9%
1999	14 463, 6	458, 0	3,2%
2000	15 710, 1	508, 7	3,2%
2001	17 004, 5	554, 7	3,3%
2002	17 975, 5	596, 3	3,2%
2003	19 060, 7	625, 4	3,3%
2004	20 284, 7	688, 5	3,4%

Les données de la colonne Dépenses de santé du secteur public proviennent du tableau B.3.1 du document de l'ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé de 1975 à 2008*, 2008.

Les données de la colonne Dépenses du gouvernement liées aux services à domicile ont été recueillies dans le document de l'ICIS *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*, 2007.

La colonne de pourcentages a été calculée par l'auteure en divisant respectivement les dépenses du gouvernement liées aux services à domicile par les dépenses de santé du secteur public. Les services à domicile comprennent les soins de santé et le soutien à domicile du secteur public.

Ce tableau nous montre que le gouvernement a octroyé plus de fonds pour les services à domicile. Cependant, il est à se demander si une augmentation des dépenses de l'ordre de seulement 1,1% pour les services à domicile, étalé sur près de 10 ans, est suffisante pour faire face à l'ampleur des responsabilités déléguées vers le milieu de vie. En clair, les ressources financières et humaines n'étaient pas à la hauteur des responsabilités déléguées (Aronson et Neysmith 1997, 38; Jenson et Phillips 2000, 43; Côté 2002, 30; Bernier 2003a, 54-61; Vaillancourt et Jetté 2003, 85; Palley et Forest 2004, 91).

Ce qu'il faut retenir, c'est que le virage ambulatoire cherchait à transférer les responsabilités de provision de services de santé vers le milieu de vie des patients en faisant participer davantage les CLSC dans la provision de soins de santé et le tiers secteur dans le soutien à domicile. Les CLSC font partie du réseau public de la santé, ainsi leur déléguer davantage de responsabilités ne représente pas une forme de privatisation selon la définition développée au chapitre deux. Pour ce qui est de la participation du tiers secteur dans la dispensation de soutien à domicile, nous pouvons toutefois noter une forme de privatisation. Les organismes communautaires dispensent des services dans le domaine sociosanitaire au Québec depuis les années 1970 (Jetté 2008). Toutefois, le virage ambulatoire a fait en sorte que certaines responsabilités de provision des soins qui étaient autrefois endossées par le secteur public leur ont été léguées. Comme le suggère le tableau 5, ce legs de plus grandes responsabilités fut accompagné de ressources supplémentaires mais insuffisantes. De plus, le manque de ressources a poussé certains employés et bénévoles des organismes communautaires à poser des actes qui impliquaient un contact physique avec les patients, tâches qui ne relevaient pas de leur responsabilité. La définition développée au chapitre deux établit que le transfert de la responsabilité pour la provision de soins du secteur public vers le secteur privé, que ce privé soit à but lucratif ou non, consiste en de la privatisation. C'est ce qui est arrivé dans le cas décrit ici. Elle avance aussi que ce transfert de responsabilités dans la dispensation des soins peut également s'effectuer vers les familles.

Puisque les patients séjournent moins longtemps à l'hôpital, il arrive dans certaines situations qu'ils retournent à leur domicile alors qu'ils nécessitent une attention

particulière. Ce sont donc parfois les proches du malade qui doivent s'en occuper (Pérodeau et Côté 2002; Turgeon *et al.* 2003, 105). Le virage ambulatoire transfère aussi des procédures plus complexes qu'auparavant vers le milieu de vie, comme des injections intraveineuses ou l'irrigation de plaie, des tâches que les proches doivent désormais effectuer (Bernier 2003a, 57; Guberman, Gagnon, Côté, Gilbert, Thivierge et Tremblay 2005, 264). Même si certains traitements se faisant à domicile pourraient être effectués par des professionnels de la santé, ce sont souvent les familles qui en prennent la responsabilité.

Although these treatments [IV treatments, pain control, feeding by tubes, wound treatment, catheters, etc.] may be assumed by professional home care staff, preliminary research indicates that these activities are increasingly being transferred to patients and their family members (Guberman *et al.* 2005, 249).

D'après notre définition, le fait que l'État transfère une responsabilité de prestation de soins au secteur informel pour assister les personnes malades est une forme de privatisation (Stewart 1999, 66) et c'est ce qui s'est produit dans le cas du virage ambulatoire.

Pour reprendre succinctement cette section, même si ce sont les provinces qui sont au centre du programme public de soins de santé au Canada, le gouvernement fédéral y joue aussi un rôle important par le biais du financement qu'il leur fournit. Le fait que le gouvernement fédéral ait diminué ses transferts en matière de financement de la santé dans les années 1990 a exacerbé les pressions qui se faisaient sentir sur les provinces. Suite à ces compressions, le gouvernement québécois a cessé de fournir certains services complémentaires à ses citoyens, leur transférant ainsi la responsabilité financière de se procurer ces services. Une privatisation active s'est donc produite sur ce

plan. Ensuite, le virage ambulatoire a entraîné un déplacement des responsabilités financières et de prestation des soins vers les individus notamment parce qu'il a encouragé un retour plus rapide vers le milieu de vie des patients, mais aussi parce qu'il a insufflé une nouvelle philosophie dans la provision des soins au Québec. En effet, l'État s'occupe toujours des patients qui sont en milieu hospitalier, mais met en place des politiques pour qu'ils y séjournent moins longtemps et laisse à d'autres pourvoyeurs le soin de s'en occuper une fois qu'ils en sont sortis : les proches, les bénévoles et les organismes communautaires. Avec cette nouvelle tendance dans la provision des soins, des besoins nouveaux apparaissent, mais ne sont pas accompagnés par des ressources suffisantes pour y répondre. Dans ce cas, nous avons assisté à une privatisation passive des soins de santé.

### **3. 2. La *Loi canadienne sur la santé***

Bien que cette *Loi canadienne sur la santé* semble au premier abord inhiber le processus de privatisation, sa portée n'est peut-être pas suffisamment large pour être efficace.

#### **3. 2. 1. La *Loi canadienne sur la santé* : un aperçu**

Parce que la santé est de compétence provinciale, au Canada, il existe 13 systèmes d'assurance-maladie. Ainsi, « Plutôt que d'avoir un régime unique à la grandeur du pays, le Canada a mis sur pied un système national regroupant treize régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux distincts, mais partageant certaines caractéristiques et normes de protection de base communes.» (Canada, Santé Canada 2008). C'est la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 qui réunit les 13 différents systèmes

d'assurance-maladie sous certains principes. Elle fut adoptée en réponse à la surfacturation par des médecins et à l'introduction de frais hospitaliers dans quelques provinces, deux pratiques auxquelles le gouvernement fédéral s'opposait parce qu'elles diminuaient l'égal accès aux soins de santé (Banting et Boadway 2004, 10). L'adoption de cette loi était : « une affirmation du rôle de l'État, et plus précisément du gouvernement fédéral, pour contraindre davantage le financement privé et les visées entrepreneuriales de certains médecins. » (Tuohy 1999, 90).

La *LCS* prescrit cinq principes que les provinces et les territoires doivent respecter dans le cadre de leur système d'assurance-maladie concernant les services de santé assurés. Les principes à respecter sont les suivants : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. De plus, des dispositions de la loi découragent les provinces à imposer des frais modérateurs ou la surfacturation pour les services de santé assurés (Canada, Santé Canada 2004). Ces dispositions visent à préserver l'accès gratuit aux services de santé assurés, un élément clé de la *LCS* (Madore 2005). Si les provinces ne respectent pas ces principes et ces dispositions, elles peuvent se voir imposer des sanctions fiscales qui consistent essentiellement en des réductions de transferts fiscaux de la part du gouvernement fédéral.

La partie publique du système d'assurance-maladie au Canada est importante puisqu'elle ne requiert pas que les individus paient des frais directement, et en même temps restreinte, car elle ne couvre que les *services de santé assurés* (Marchildon, Allin et Mossialos 2006, 119). Les services de santé assurés sont les services hospitaliers et médicaux qui sont *médicalement nécessaires* et les services de chirurgie dentaire qui ne

peuvent être fournis que dans un hôpital (Canada, Santé Canada 2004). La *LCS* précise que la gestion et le financement de ces soins de santé assurés doivent être publics, mais ne mentionne pas le mode de prestation de ces derniers. Les soins couverts peuvent ainsi être fournis de manière publique, privée à but lucratif ou privée à but non lucratif (Sonnen et McCracken 1999, 236 ; Arweiler et Contandriopoulos 2007, 84). Enfin, puisque ce ne sont que les services de santé hospitaliers et médicaux qui sont touchés par la *Loi canadienne sur la santé*, la manière dont doivent être financés les services extra-hospitaliers n'y est pas spécifiée (Madore 2005; Armstrong et Armstrong 2008, 49).

### 3. 2. 2. L'effet de la *Loi canadienne sur la santé* sur la privatisation

La *LCS* présente un obstacle à la privatisation de la santé notamment parce qu'elle spécifie que le financement des services *hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires* doit être public, mais aussi parce qu'elle empêche la surfacturation et les frais modérateurs (Canada, Santé Canada 2004). Elle limite ainsi le financement privé des soins. De plus, elle décourage les provinces à ne pas respecter les principes et dispositions qu'elle met de l'avant, car si les provinces ne se conforment pas aux principes, elles peuvent se voir imposer des restrictions fiscales de la part du gouvernement fédéral (Canada, Santé Canada 2004). D'ailleurs, dans les années 1990, le gouvernement fédéral a imposé des pénalités fiscales à quatre provinces (Alberta, Manitoba, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve) où la surfacturation et l'imposition de frais d'utilisation avaient été permises pour certains services jugés médicalement nécessaires (Banting et Boadway 2004, 17-18; Madore 2005). En limitant de la sorte la possibilité de financement privé, la *LCS* présente un obstacle à la privatisation des soins médicalement nécessaires

En ce qui concerne les autres principes, bien que la valeur symbolique de la *LCS* soit importante, ses effets tangibles sur la façon d'opérer le programme d'assurance-maladie ont été faibles (Tuohy 1999, 90). Le gouvernement fédéral a pénalisé des provinces en ce qui a trait aux dispositions empêchant la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs, mais n'a par contre jamais pénalisé une province parce qu'elle n'avait pas respecté l'un des cinq principes énoncés dans cette loi (Banting et Boadway 2004, 16 ; Madore 2005). Puis, son efficacité à freiner la privatisation est amoindrie par le fait que le concept de ce qui est médicalement nécessaire n'a jamais été clairement défini.

### 3. 2. 2. 1. *Le concept de «médicalement nécessaire»*

Cette absence de définition du concept de ce qui est «médicalement nécessaire» a mené à différentes interprétations au fil du temps. Comme le montrent Charles *et al.* la signification de «médicalement nécessaire» est passée, dans un premier temps de, «qu'est-ce que les médecins et l'hôpital fournissent» pour ensuite devenir le «maximum qu'il est possible de fournir», «qu'est-ce qui est scientifiquement justifié de dispenser» et finalement «qu'est-ce qui, de façon constante, est financé publiquement dans toutes les provinces» (Charles *et al.* 1997, 370). Ces auteurs soutiennent que l'étendue des soins couverts par le système d'assurance-maladie n'a pas tant changé au cours des ans. Par contre, la couverture des services extrahospitaliers comme les soins dentaires, de la vue, chiropratiques, etc. a subi des variations. De plus, la gamme des soins et des services extrahospitaliers assurés par l'assurance-maladie varie d'une province à



l'autre<sup>15</sup>. Au Québec par exemple, quelques soins complémentaires en cabinets privés comme les soins dentaires et les services d'optométrie sont couverts pour certains groupes de personnes. S'il fut un temps où les provinces étendaient le plus possible cette couverture extrahospitalière, elles ont toutes fini par restreindre la quantité de services couverts en retirant de la liste des services auparavant assurés (Charles *et al.* 1997, 382; Maioni 2002, 181; Stabile et Ward 2006, 85). En bref, puisque ce qui est considéré comme étant médicalement nécessaire n'est pas clairement établi dans la loi, sa signification peut varier au fil du temps et mener à une désassurance de certains services (Charles *et al.* 1997; Madore 2005; Armstrong et Armstrong 2008, 121), ce qui représente une forme de privatisation.

En outre, comme la *LCS* insiste sur les services de santé médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, certains auteurs remarquent qu'elle n'a pas su s'adapter à l'évolution de la prestation des soins (Donner 1999, 249; Madore 2005; Armstrong et Armstrong 2008, 121). Par exemple, de nos jours, de nouvelles technologies et certains médicaments permettent que les patients regagnent plus vite leur domicile au lieu de rester à l'hôpital. Le virage ambulatoire a embrassé cette nouvelle possibilité et a orienté le Québec dans cette direction. Comme les services à domicile ne font pas spécifiquement partie des soins visés par la *LCS*, cette dernière semble de moins en moins appropriée pour cette nouvelle tendance dans la prestation des soins (Donner 1999, 249; Madore 2005; Armstrong et Armstrong 2008, 121). Ainsi, si un service de santé est couvert par le l'assurance-maladie dans un contexte hospitalier, la loi n'oblige

---

<sup>15</sup> Pour un aperçu des différentes couvertures dans les provinces canadiennes voir Stabile et Ward (2006, 85) ainsi que l'Association médicale canadienne (2001).

pas les provinces à assurer ce même service dans un contexte extra-hospitalier. La *LCS* a jusqu'ici freiné la privatisation. Par contre, avec la tendance qui vise à diminuer le temps de séjour en milieu hospitalier et qui préconise les soins à domiciles, *la LCS* ne représente plus un outil efficace qui va continuer à ralentir la privatisation des soins.

Finalement, dans le cas où le gouvernement diminuerait ses transferts fiscaux de manière unilatérale, comme ce qui s'est produit dans les années 1990, il peut être plus difficile pour lui de faire légitimement respecter les principes que la *LCS* met de l'avant (Sonnen et McCracken 1999, 225; Banting et Boadway 2004, 16; Graefe 2004, 95-96 Palley et Forest 2004, 88). Dans les années 1990, : «The tension between the policy and the financial roles of the federal government embittered federal-provincial relations and made enforcement of the condition of the Canadian Health Act more politically difficult.» (Banting et Boadway 2004, 16). Dans une telle situation, les provinces pourraient être tentées de ne pas respecter la loi, dont les principes prohibant la surfacturation ou le ticket modérateur, ce qui pourrait mener à davantage de privatisation.

### **3. 3. L'affaire Chaoulli et l'adoption de la loi 33**

La Cour suprême du Canada, par l'entremise d'une décision, a contribué à rendre caduque une des barrières à la privatisation. Jugeant trop longs les délais d'attente dans le secteur public pour se faire opérer à la hanche, George Zeliotis cherchait à outrepasser les listes d'attente en recourant à une assurance privée. Il découvrit cependant que la législation québécoise dans le domaine de la santé ne lui permettait pas de se procurer une assurance qui couvrirait une opération déjà couverte par le programme public de

soins de santé. Estimant que ses droits étaient bafoués, il décida alors de porter l'affaire en cour (Flood et Xavier 2008, 1; Manfredi et Maioni 2008, 265).

### 3. 3. 1. L'affaire Chaoulli: l'historique

Bien que Zeliotis ait eu un rôle important au début de cette affaire, le D<sup>r</sup> Jacques Chaoulli est rapidement devenu la figure de proue de cette cause. Chaoulli s'était d'abord fait connaître, à la fin des années 1980 et au cours des années 1990, par ses tentatives de créer de nouvelles avenues pour fournir des soins médicaux privés (Flood et Xavier 2008, 1 ; Manfredi et Maioni 2008, 266). C'est au cours de l'année 1997 que ces protagonistes s'allièrent pour tenter de faire tomber la prohibition de l'assurance-maladie privée prévue par l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* du Québec et inscrite à l'article 11 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* du Québec (Prémont 2008, 287). Ils estimaient que cette prohibition les empêchait de se procurer des soins n'étant pas soumis aux listes d'attente du régime public. Ils invoquaient que la prohibition de l'assurance privée duplicative portait atteinte au droit à la vie et à la sécurité de la personne garanti par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* et par l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec (Canada, Cour suprême du Canada 2005).

Après avoir été déboutée par les instances juridiques québécoises, l'affaire Chaoulli fut finalement entendue par la Cour suprême du Canada. Le dénouement de cette cause était alors grandement attendu à travers le pays, puisque cinq autres provinces canadiennes (la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard) prohibaient, comme au Québec, l'assurance-maladie

duplicative (Marchildon 2005, 50). Le 9 juin 2005, la Cour rendit un jugement controversé en statuant que l'interdiction de souscrire à des assurances privées pour obtenir des services couverts par le régime public contrevenait à la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec. Selon la majorité, les longs délais d'attente pour avoir accès à certaines chirurgies offertes par le secteur public portaient atteinte au droit à la vie et à l'intégrité de la personne garanti par la *Charte québécoise*. En ce qui concerne la *Charte canadienne*, seulement trois des quatre juges de la majorité étaient d'avis que la prohibition de l'assurance-maladie privée duplicative, dans un contexte où les délais d'attente peuvent s'avérer longs pour subir une opération, lui contrevenait (Canada, Cour suprême du Canada 2005). Par ailleurs, même si dans ce cas, les juges n'ont pas tranché que la *Charte canadienne* invalidait la prohibition dans la loi québécoise, les provinces ayant des lois instaurant une prohibition semblable les ont revues de manière préventive (Marchildon *et al.* 2006, 122) Le gouvernement du Québec devait donc revoir sa loi puisque la Cour entrevoyait un problème avec la législation québécoise en matière de santé. C'est ainsi que pour pallier ce problème législatif le gouvernement du Québec adoptait en décembre 2006 la *loi 33*, soit la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. La *loi 33* a introduit des nouvelles formes de privatisation dans le secteur de la santé au Québec.

### 3. 3. 2. La *loi 33* et sa portée sur la privatisation

Avec la *loi 33*, deux types de centres médicaux spécialisés (CMS) voient le jour. Un premier type de CMS, où pratiquent exclusivement des médecins participants au régime public et un second type où exercent seulement des médecins non participants

(Castonguay 2008, 105). Le financement d'un CMS de médecins participants est public tandis que le financement d'un CMS de médecins non participants est privé. Aussi, la *loi 33* permet à un établissement exploitant un centre hospitalier de s'associer à un centre médical spécialisé, où exercent des médecins participants, afin que ce dernier dispense des soins médicaux dans lesquels il est spécialisé. Cette partie de la loi a essentiellement pour but de dégager les cas les moins lourds des hôpitaux (Castonguay 2008, 22). Le centre en question est une clinique médicale associée (CMA) et constitue en quelque sorte une extension de l'hôpital dans les locaux d'une clinique privée, d'un laboratoire ou d'un centre médical spécialisé (Castonguay 2008, 100). Des ententes de services de cinq ans, renouvelables, sont conclues avec ces cliniques qui sont financées par le secteur public.

D'après Prémont, la CMA, même si elle est intégrée au réseau public de santé, constitue une forme de privatisation de la prestation des soins (Prémont 2006, 574). Selon elle, la CMA représente la : « délégation de services publics auprès d'organismes à but lucratif par voie de contractualisation. » (Prémont 2006, 574). Or, en utilisant notre définition, nous n'arrivons pas à la même conclusion que Prémont quant à la privatisation des soins qu'entraîneraient les CMA. Les CMA sont financées par le secteur public, fournissent des soins au sein du réseau public, par des médecins participants. Il n'y a donc pas de transfert de responsabilités vers le secteur privé quant au financement ou à la provision des soins. Il est vrai que ces cliniques sont, comme toutes les autres cliniques de médecins participants, de propriété privée, gérées de manière privée et cherchant à générer des profits. Néanmoins, cet état de fait existait auparavant et n'a pas été modifié par la *loi 33*. Le changement qu'a apporté la *loi 33*

relativement aux CMA est plutôt lié à une privatisation de la gestion et de l'administration. En effet, le secteur public, en déléguant la provision de certains soins à ces cliniques se départit d'une responsabilité de gestion et d'administration puisque dès lors ce sont les cliniques qui doivent veiller à effectuer ces activités. Par exemple, elles verront à planifier le matériel nécessaire pour fournir les soins, à gérer le personnel, etc. Contrairement à ce qu'évoque Prémont, la partie de la *loi 33* qui a trait aux CMA n'introduit pas une privatisation dans la prestation des soins, mais une privatisation de la gestion et de l'administration.

Par ailleurs, la *loi 33* introduit une privatisation dans la prestation des soins non pas par le biais des CMA comme le soutenait Prémont, mais par le biais des CMS composés de médecins non participants. Cette privatisation se produit dans un cas bien précis. En effet, si un patient n'a pas accès à un traitement dans une limite de «temps raisonnable», au sein du réseau public, la *loi 33* permet à un hôpital du secteur public d'acheter des soins auprès des CMS (Prémont 2008, 296; Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux 2008). Ici, le financement est toujours public puisque c'est le réseau public qui défraiera le coût des soins. Le patient expédié auprès d'une clinique privée n'aura pas à déboursier un sous de sa poche. C'est plutôt une privatisation sur le plan de la prestation des soins qui se produit puisqu'un contrat est établi avec une organisation privée pour que cette dernière fournisse un service public (Ovretveit 2003, 239; Perrot 2006, 859).

Un autre changement important a été introduit par la *loi 33*. Avant son adoption, les citoyens qui désiraient souscrire à une assurance privée pour des soins dispensés dans

le secteur public ne pouvaient pas le faire. Désormais, il est possible de recourir à une assurance privée pour les opérations de remplacement de la hanche, du genou ou l'extraction des cataractes. Ces opérations doivent se faire au sein d'une clinique privée par un médecin non participant. De plus, la loi précise que les soins post-opératoires que nécessitent ces trois opérations, dans le cas où elles ont été financées par une assurance privée duplicative, doivent être fournis par un médecin non participant et hors établissement public. Il est à noter que d'autres traitements peuvent s'ajouter, par règlement du ministre de la santé et des services sociaux, aux trois déjà permis.<sup>16</sup> En reprenant notre définition, nous arrivons à la conclusion qu'ici aussi une privatisation sur le plan de la provision des soins se produit. En effet, avant la *loi 33*, la responsabilité de la provision des soins pour les soins de santé médicalement nécessaires incombait principalement au secteur public. En même temps, les gens assez fortunés pour payer directement de leur poche ces services de santé pouvaient se les procurer auprès d'un médecin non participant. Maintenant, les patients n'étant peut-être pas assez en moyen pour payer directement, mais suffisamment pour se procurer une assurance privée pour les soins permis par la *loi 33*, peuvent recourir à des soins auprès du privé. C'est pour cette catégorie de personnes qu'une responsabilité financière et de prestation des soins est transférée vers le privé, car elles peuvent acheter une assurance privée pour se procurer des soins auprès du secteur privé. Qui plus est, Prémont avance ainsi que cette ouverture de la loi à l'assurance privée duplicative est la base du développement d'un réseau privé parallèle de soins de santé (Prémont 2006, 574).

---

<sup>16</sup> Un règlement de la sorte fut adopté à l'été 2008 et il étend à près d'une cinquantaine le nombre d'interventions pouvant être pratiqué dans une clinique médicale spécialisée. Il devait entrer en vigueur en janvier 2009, mais cette date fut repoussée à cause de certaines imprécisions du règlement (Samson 2008).

Même si le secteur privé était présent avant l'adoption de la *loi 33*, il semble que sa présence ne peut désormais être qu'amplifiée. À tout le moins, la législation lui ouvre la porte pour des sphères qui lui étaient, jusqu'à tout récemment, restreintes (Pineault 2006, 194; Prémont 2008). En adoptant cette loi qui fait une plus grande ouverture au privé, l'État québécois a accru sa responsabilité de régulation. Par exemple, la loi crée différents types de CMS : ceux où pratiquent les médecins participants et ceux où exercent les médecins non participants. L'État doit donc voir à ce que sa réglementation, qui veut que les médecins qui pratiquent dans l'un ou l'autre de ces CMS soient dans le premier cas tous participants et dans le second cas tous non participants, soit respectée. De plus, puisque la loi prescrit qu'il est nécessaire que les CMS se dotent d'un permis pour effectuer les opérations visées par la loi, l'État doit veiller à ce que les CMS suivent cette condition avant d'effectuer les opérations. En bref, comme le suggère Saltman (2002), lorsque les États font davantage d'ouverture au privé, leur responsabilité est accrue, car ils régulent davantage et doivent surveiller l'application de certaines normes d'accréditation et de qualité par exemple.

L'adoption de la *loi 33* est un exemple de privatisation active du programme public de soins de santé. S'il est vrai que le jugement de la Cour suprême du Canada prescrivait au Québec de revoir sa législation en matière d'assurance-maladie et d'assurance hospitalisation, le gouvernement du Québec avait tout de même certains outils en poche pour se soustraire à cette décision, notamment par le biais de la clause dérogatoire. Le Premier Ministre du Québec, Jean Charest, jugeait toutefois que : « Se soustraire à cette décision aurait signifié manquer à notre devoir d'État. » (Québec, Ministère de la santé et des services sociaux 2006, 3). Il serait hasardeux de tenter



d'identifier les intentions du gouvernement qui a mis de l'avant cette loi, mais il demeure néanmoins que la voie qu'il a choisi de prendre n'était pas la seule possible. La *loi 33* est le résultat de choix politiques et les effets de cette loi sur le programme public de soins de santé sont bien réels.

### **3. 4. Conclusion**

Ce chapitre démontre qu'au cours des dernières années, le programme public québécois de soins de santé a vécu deux types de privatisation. Une privatisation passive, suite à la diminution des transferts fédéraux en santé et au virage ambulatoire, et une privatisation active, lors de la désassurance de certains services complémentaires dans les années 1990, mais aussi avec l'adoption de la *loi 33* découlant de l'affaire Chaoulli. Dans le cas du virage ambulatoire et de l'adoption de la *loi 33*, une privatisation sur le plan de la provision et du financement des soins a eu lieu. Le programme public québécois de soins de santé a peut-être été la cible d'autres pressions poussant vers la privatisation. Or, les éléments passés en revue ici sont ceux qui ont le plus changé le visage du programme public de soins de santé au Québec en modifiant la législation dans le cas de *loi 33* et en modifiant en profondeur la façon dont les soins sont dispensés dans le cas du virage ambulatoire.

De son côté, la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 est un élément qui a ralenti le processus de privatisation au Canada, mais elle semble de moins en moins adaptée aux nouvelles tendances de prestation des soins. D'ailleurs certains suggèrent qu'il est temps qu'elle soit modifiée (Forum national sur la santé 1997; Madore 2005; Castonguay 2008, 279).

## **CONCLUSION**



Cette recherche s'est intéressée au phénomène de la privatisation des soins de santé dans le contexte québécois. La question de la privatisation en santé a été maintes fois soulevée au Québec depuis les 25 dernières années. Toutefois, une confusion subsiste quant à ce que le concept de privatisation signifie. Par exemple, si certains auteurs reconnaissent que la privatisation implique un déplacement du secteur public vers le secteur privé, ils ne spécifient pas ce qui est transféré ou à quel niveau un déplacement s'est produit, ou encore ce qu'ils entendent par « public » et par « privé ». C'est cette lacune dans la littérature scientifique qui nous a motivés à mener cette recherche. De manière plus précise, cette recherche a été guidée par trois questions : 1) D'où vient l'idée de la privatisation? 2) Qu'est-ce que la privatisation des soins de santé? 3) Comment la privatisation des soins de santé au Québec a-t-elle progressé et comment certains éléments du contexte institutionnel canadien ont orienté ce mouvement? Voici une synthèse des résultats de nos travaux.

### **D'où vient l'idée de privatiser les programmes publics de soins de santé?**

Subissant de fortes pressions, plusieurs pays industrialisés ont envisagé de réformer leurs programmes publics de soins de santé à partir des années 1980. Dans un contexte où l'interventionnisme de l'État était questionné et dans lequel l'idéologie néolibérale devenait prédominante, les réformes en santé se sont inspirées des techniques et méthodes de gestion proposées par le nouveau management public. Une ligne directrice de ce dernier est que l'État joue un rôle encore prépondérant dans la régulation, mais laisse à d'autres parties le soin de procurer les services. La privatisation est partie intégrante de ce mouvement.

Influencé par l'idéologie néolibérale, le gouvernement fédéral canadien cherchait lui aussi à limiter la taille de l'État. Une des avenues choisies fut de diminuer ses transferts en lien avec les programmes sociaux, dont ceux en santé. Cette diminution dans les transferts en santé a poussé les provinces à revoir la gestion de leurs programmes publics de soins de santé et plusieurs l'ont fait en appliquant des techniques propres au NMP telles que la rationalisation des coûts et la décentralisation. Le Québec a également cherché à combler le manque à gagner en appliquant des méthodes du NMP. Bien que certains auteurs insistent sur le fait que le Québec n'ait pas penché vers un modèle de développement néolibéral (Lévesque, Bourque et Vaillancourt 1999 ; Vaillancourt, Aubry, D'Amours, Jetté, Thériault et Tremblay 2000, 64), les solutions proposées concernant le secteur de la santé, notamment dans les rapports des groupes de travail et des commissions d'enquête, envisageaient déjà dans les années 1980 et 1990 de faire une plus grande place au privé. Des solutions allant dans ce sens ont également été suggérées dans les années 2000. L'idée de privatiser les soins de santé au Québec n'est donc pas nouvelle : elle est présente dans le discours politique depuis plusieurs années et continue d'y occuper une place importante. Malgré cette présence continue, un flou persiste sur ce en quoi elle consiste exactement. Le chapitre deux s'est attardé à cette question.

### **Qu'est-ce que la privatisation en santé?**

La littérature scientifique s'intéressant au phénomène de la privatisation reconnaît généralement qu'elle implique un transfert du public vers le privé, mais ne spécifie pas ce qui est transféré ou sur quels pans un déplacement du public vers le privé se produit. De plus, elle ne prend pas toujours en compte le fait que la privatisation est

un processus de changement qui peut s'échelonner sur une longue période et arborer différents visages. Afin de clarifier en quoi consiste la privatisation, nous avons donc repris les idées se retrouvant dans la littérature scientifique et tenté d'y mettre un peu d'ordre, de synthétiser et de systématiser l'information recueillie.

En nous intéressant à la littérature portant plus précisément sur la privatisation dans le domaine de la santé, nous avons pu établir que la privatisation peut transférer des responsabilités du public vers le privé dans quatre activités soit sur le plan: 1) de la gestion et de l'administration, 2) du financement, 3) de la provision et 4) de la propriété. Le tableau 2 présenté dans ce chapitre résume en quoi consiste la privatisation dans ces différentes activités du domaine de la santé. Nous avons aussi montré que le changement dans l'équilibre public-privé ne se produit pas de manière subite. Étant un processus de changement, la privatisation s'opère sur une certaine période. De plus, même si la privatisation peut être initiée de manière passive ou active, cette dimension de la privatisation n'est pas toujours prise en compte dans les discussions sur ce sujet. La privatisation active est menée de façon intentionnelle par un gouvernement tandis que la privatisation passive peut se produire sans que des actions aient été posées en ce sens. En effet, la privatisation passive peut être le résultat de l'inaction des gouvernements ou encore être un effet ricochet d'autres décisions. Finalement, nous avons également mis en évidence que le privé se conçoit de manière économique ou sociologique, c'est-à-dire que le privé n'est pas uniquement lié au marché, qu'il n'a pas seulement des caractéristiques commerciales. Le privé comme nous le concevons peut référer à la famille, aux organismes communautaires, aux bénévoles.

## **Comment a progressé la privatisation en santé au Québec? Les différents visages de la privatisation en santé au Québec**

Au chapitre trois, nous avons observé comment la privatisation du secteur de la santé a progressé au Québec et comment certains éléments spécifiques au contexte institutionnel canadien ont orienté ce mouvement. D'abord, la réduction des transferts fiscaux en matière de santé par le gouvernement fédéral dans les décennies 1980 et 1990 a poussé les provinces à revoir la gestion de leurs programmes publics de soins de santé. La santé est de compétence provinciale au Canada, toutefois, le gouvernement fédéral détient certaines responsabilités financières dans ce champ par l'entremise de la *Loi constitutionnelle* de 1867 et du pouvoir fédéral de dépenser. Cherchant à limiter les dépenses en santé, le gouvernement québécois a désassuré de manière intentionnelle certains services de santé complémentaires comme des soins dentaires pour les enfants et des services d'optométrie pour les gens âgés entre 18 et 64 ans. Une privatisation active de ces soins a été entreprise. Toujours dans le but de limiter les dépenses de santé, le gouvernement québécois a mis en place la politique du virage ambulatoire. Le virage ambulatoire a instauré une nouvelle philosophie dans la provision des soins et a engendré une privatisation passive sur le plan de la provision et du financement des soins. En effet, le virage ambulatoire visait à réduire le temps de séjour des patients en institution. Une fois à l'extérieur du milieu hospitalier les patients sont pris en charge par leurs proches, des bénévoles ou des organismes communautaires. Ce renvoi plus rapide des patients vers leur domicile n'a pas été accompagné par des ressources suffisantes pour répondre aux nouveaux besoins créés par cette réforme.

Ce dernier élément remet en question l'efficacité de la *Loi canadienne sur la santé*. Avec la nouvelle tendance qui se dessine dans la provision des soins et des services de santé au Canada et au Québec, qui consiste à retourner les patients plus rapidement dans leur milieu de vie, la *LCS* ne représente plus un obstacle aussi important que jadis à la privatisation. La *LCS* freine la privatisation seulement dans le cas des soins de santé médicalement nécessaires fournis en milieu hospitalier. Puisque la prestation des soins à domicile est de plus en plus possible et favorisée, la *LCS* ne constitue pas un frein au processus de privatisation dans ce créneau de soins.

Enfin, nous avons montré que la *loi 33*, qui est le résultat de décisions politiques prises par le gouvernement de Jean Charest, a engendré une privatisation active du programme public de soins de santé. Même si aux suites du jugement Chaoulli le gouvernement devait réviser sa loi prohibant le droit de souscrire à une assurance privée duplicative, la voie qu'il a choisie de prendre n'était pas la seule possible. Avec ce cas, nous avons aussi démontré l'importance de distinguer les différentes activités où une privatisation peut se produire. Ainsi, nous avons pu constater qu'avec l'adoption de la *loi 33*, trois activités du secteur des soins de santé ont subi une privatisation.

D'abord, sur le plan de la gestion et de l'administration, une privatisation s'est produite puisqu'en déléguant une partie de la provision des soins aux cliniques médicales associées (CMA), le secteur public se libère, par exemple, de la responsabilité de gérer le personnel et de planifier le matériel nécessaire aux opérations qui y sont faites. Ensuite, la *loi 33* introduit une privatisation sur le plan de la prestation des soins par le biais des centres médicaux spécialisés (CMS), composés de médecins non



participants, dans un cas bien particulier. Lorsqu'un patient n'a pas accès à un traitement au sein du réseau public dans une limite de temps jugée raisonnable, la *loi 33* permet à un hôpital du secteur public d'acheter des soins auprès des CMS (Prémont 2008, 296; Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux 2008). Une privatisation se produit puisqu'un contrat est établi avec une organisation privée pour que celle-ci procure un service public (Ovretveit 2003, 239; Perrot 2006, 859). Finalement, en permettant aux patients de se procurer une assurance-maladie privée pour certains soins de santé déjà couverts par le régime public, la *loi 33* introduit une privatisation sur le plan du financement. Une responsabilité financière est transférée aux individus qui ne sont peut-être pas assez riches pour se procurer des soins de santé directement auprès du secteur privé, mais assez fortunés pour déboursier pour une assurance-maladie privée.

Distinguer dans quelles activités une privatisation se produit nous permet d'être plus précis dans l'observation du phénomène, mais permet également d'être plus précis dans l'évaluation des effets de la privatisation sur l'accès aux soins. Par exemple, il est à croire que privatiser la gestion et l'administration n'entraîne pas nécessairement les mêmes conséquences pour les patients que privatiser le financement ou la prestation des soins. Dans le cas de la *loi 33*, la privatisation qui s'est produite sur le plan de la gestion et de l'administration n'a pas de conséquence financière pour les patients : c'est toujours le secteur public qui paie pour leurs soins. Par ailleurs, l'ouverture qu'a entraînée la *loi 33* en matière d'assurance privée duplicative apporte des changements pour les patients. En effet, une responsabilité financière est transférée vers ceux qui sont assez en moyen pour se munir d'une assurance privée.

## **Intérêt et pertinence de la recherche**

Bien que la privatisation des soins de santé soit un sujet récurrent dans l'actualité politique québécoise, elle demeure entourée d'une certaine confusion dans la littérature scientifique. Le premier chapitre a permis de retracer l'émergence et la progression de l'idée de privatisation dans le domaine de la santé. Par la suite, la revue de littérature effectuée au chapitre deux a permis de clarifier le concept de privatisation des soins de santé et ainsi pallier une lacune de la littérature scientifique qui n'offre pas de définition systématique de ce phénomène. Ces précisions sont d'un intérêt indéniable car elles offrent une meilleure conception de ce qu'est la privatisation des soins de santé et de ses multiples facettes. La pertinence de cette recherche repose également sur le fait qu'elle précise le concept de privatisation tout en couvrant ses différents aspects. Ainsi, une définition précise permet *d'identifier dans quelles activités* la privatisation se produit. Une définition englobant les différents types de privatisation permet également de brosser un portrait plus juste de ce phénomène, par exemple en ce qui concerne la privatisation active ou passive. Le chapitre trois a montré la nécessité de concevoir la privatisation comme un processus qui peut être actif (comme dans le cas de l'adoption de la *loi 33*) ou passif (comme dans le cas du virage ambulatoire). En ne pensant pas la privatisation en ces termes, certaines transformations fondamentales du secteur de la santé pourraient être laissées de côté. Ce chapitre met également en valeur l'importance d'inclure autant l'aspect sociologique qu'économique de la privatisation afin d'avoir une véritable vue d'ensemble de l'état des lieux. L'intérêt de ce troisième chapitre était donc double. D'une part, il a permis d'expliquer comment des processus de privatisation peuvent s'opérer de manière totalement différente et prendre des visages également

différents. Ensuite, il a permis de reconsidérer le caractère particulier du Québec à l'égard des politiques néolibérales et de la privatisation.

Cette recherche n'avait pas de visée normative puisqu'elle cherchait avant tout à clarifier le concept de privatisation. Elle ne cherchait donc pas à évaluer le bien-fondé de la privatisation. De plus, même si cette recherche a identifié des éléments ayant joué un rôle important dans le processus de privatisation de la santé au Québec elle n'avait pas la prétention d'explorer tous les éléments ayant pu influencer le processus. Pris à la pièce, d'autres éléments peuvent avoir joué un rôle dans ce processus. Une recherche future pourrait s'intéresser à d'autres facteurs ayant pu exercer une influence sur le processus de privatisation. Par exemple, l'influence des technologies médicales ou celle de différents groupes de la société civile comme les médecins et des différents syndicats reliés aux services professionnels de santé pourrait jeter un nouvel éclairage sur le processus de privatisation.

### **Enjeux et perspectives**

Le programme public de soins de santé occupe une place centrale dans notre société, entre autres de par son importance au sein de l'État-providence. Cette place centrale est également renforcée par l'aspect symbolique du programme public de soins de santé. Forget avance ainsi que si une réforme n'a pas été entreprise au Canada, c'est entre autres parce que la population tient au programme public d'assurance-maladie (Forget 2002, 371). Le programme public d'assurance-maladie serait même un élément qui renforcerait l'unité canadienne dans la mesure où il donne l'impression aux Canadiens d'être différents de leurs voisins américains (Maioni et Smith 2003, 295).

Toutefois, nous avons vu au cours de cette recherche que certaines tendances se dessinent font une plus grande place au privé. Cette privatisation graduelle peut possiblement avoir un effet sur la conception qu'ont les gens vis-à-vis de l'assurance-maladie publique et la barrière que représente cette volonté de conserver un programme public d'assurance-maladie peut tranquillement s'étioler. Comme le soutient Starr, la privatisation décrit la direction des changements, mais nul ne connaît la véritable origine ou destination de cette dernière (Starr 1988, 13). Ainsi, si une plus grande place est faite au privé, les conséquences de cette ouverture sont incertaines.

Par exemple, si nous avons vu comment la *loi 33* en elle-même a entraîné une privatisation dans le programme public de soins de santé, il est possible qu'elle ait d'autres effets à plus long terme et dans d'autres sphères du secteur de la santé. À titre d'exemple, depuis 2006, année de l'adoption de la *loi 33*, le nombre de médecins non participants est passé de 114 à 212 en 2009<sup>17</sup>. Ce changement n'est pas nécessairement le produit de cette seule loi, mais il est bien possible qu'elle en soit en partie responsable. En effet, les médecins non participants ont plus d'occasions qu'auparavant de pratiquer dans le secteur privé, d'une part, à cause de la création des centres médicaux spécialisés (CMS) et, d'autre part, parce que les patients peuvent désormais s'assurer pour certains soins déjà couverts par l'assurance-maladie, chose impossible il y a à peine quelques années. La *loi 33* ne visait sans doute pas à favoriser le passage des médecins du secteur public vers le secteur privé, mais il semble bien qu'elle ait créé de nouvelles opportunités pour les médecins souhaitant œuvrer dans le privé.

---

<sup>17</sup> Données obtenues par une communication personnelle avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Voir annexe I.

En terminant, avec l'annonce récente du désir d'introduire une nouvelle franchise santé et une cotisation annuelle pour financer le système de santé québécois, le dernier budget du gouvernement libéral de Jean Charest remet une fois de plus la question de la privatisation à l'ordre du jour. L'enjeu de la privatisation des soins de santé n'est donc pas près de disparaître, ce qui renforce la pertinence d'étudier de manière précise et rigoureuse ce phénomène.

## BIBLIOGRAPHIE

- Association des optométristes du Québec. S.d. *L'optométrie partenaire de première ligne*. En ligne : [http://www.aoqnet.qc.ca/opto/opto\\_premiereligne.php](http://www.aoqnet.qc.ca/opto/opto_premiereligne.php) (page consulté le 2 mars 2009).
- Association médicale canadienne. 2001. *Catalogue of uninsured medical and medically-related services*. Ottawa : Association médicale canadienne.
- Aronson, Jane et Sheila M. Neysmith. 1997. «The Retreat of the State and Long-Term Care Provision: Implications for Frail Elderly People, Unpaid Family Carers and Paid Home Care Workers». *Studies in Political Economy* 53: 37-66.
- Armstrong, Pat et Hugh Armstrong. 1996. *Wasting Away: The Undermining of Canadian Health Care*. Don Mills: Oxford University Press.
- Armstrong, Pat et Hugh Armstrong. 2008. *Health Care*. Winnipeg : Fernwood Publishing.
- Armstrong, Pat, Hugh Armstrong, Ivy Bourgeault, Jacqueline Choinière, Eric Mykhalovskiy, Jerry P. White. 2000. *“Heal Thyself” Managing Health Care Reform*. Aurora: Garamond Press.
- Armstrong, Pat, Hugh Armstrong, Ivy Lynn Bourgeault, Jacqueline Choinière, Joel Lexchin, Eric Mykhalovskiy, Suzanne Peters et Jerry P. White. 2004. « Market Principles, Business Practices and Health Care: Comparing the U.S. and Canadian Experiences». *International Journal of Canadian Studies* 28 (Fall) : 13-38.
- Arweiler, Delphine et André-Pierre Contandriopoulos. 2007. « Le financement du système de santé québécois : dynamique et enjeux». Dans Marie-Josée Fleury, Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Luc Bordeleau dir., *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 79-97.
- Atun, Rifat. 2007. «Privatization as decentralization strategy». Dans Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite et Karsten Vrangbæk, dir., *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes* World Health Organization European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, 246-271.
- Aucoin, Peter. 1995. *The New Public Management: Canada in Comparative Perspective*. Montréal: IRPP.
- Ballivy, Violaine. 2008. «Des médecins québécois plaident pour le maintien d'un système de santé public». *La Presse* (Montréal) 18 août : A9.

- Banting, Keith et Robin Boadway. 2004. « Defining the Sharing Community: The Federal Role in Health Care». Dans Harvey Lazar et France St-Hilaire dir., *Money, Politics and Health Care: Reconstructing the Federal-Provincial Partnership*. Montréal: IRPP, 1-78.
- Barer, Morris L., Steven G. Morgan et Robert G. Evans. 2003. «Strangulation or Rationalization? Costs and Access in Canadian Hospitals». *Longwoods Review* 1 (4): 10-19.
- Battistella, Roger. 1993. «Health Services Reforms: Political and Managerial Aims-An International Perspective». *International Journal of Health Planning and Management* 8: 265-274.
- Beauchemin, Nicole. 1986. « La Commission Rochon n'écarter pas la privatisation et le ticket modérateur». *La Presse* (Montréal) 18 février.
- Bégin, Clermont, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux. 2002. *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bégin, Jean-François. 1999. «Le rapport Arpin fait des heureux et des malheureux». *La Presse* (Montréal), 23 septembre : A5.
- Bendick, Marc Jr. 1989. «Privatizing the Delivery of Social Welfare Services: An Idea to Be Taken Seriously». Dans Sheila B. Kamerman et Alfred J. Kahn, dir., *Privatization and the Welfare State* Princeton: Princeton University Press, 97-120.
- Bennett, Sara, Barbara McPake et Anne Mills. 1997. «The public/private mix debate in health care». Dans Sara Bennett, Barbara McPake et Anne Mills dir., *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interests?* London: Zed Books, 1-18.
- Bergeron, Pierre et France Gagnon. 2003. « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations». Dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger dir., *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*, Québec : Les Presses de l'Université Laval, 7-34.
- Bernier, Jocelyne et Marlène Dallaire. 2000. Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes: La situation au Québec. *Consortium d'excellence pour la santé des femmes. Consortium Université de Montréal (CESAF)*. En ligne : <http://www.cewh-cesf.ca/reformesante/publications/PDF/reform-quebec.pdf> (page consultée le 2 septembre 2008).
- Bernier, Nicole F. 2003a. «How Health Care Reform Impacts Social Policy and Social Redistribution». *Revue Canadienne de politique sociale* Automne (52):51-66.

- Bernier, Nicole F. 2003b. *Le désengagement de l'État providence*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Blomqvist, Paula. 2004. «The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare in the 1990's». *Social Policy and Administration* 38 (2):139-155.
- Boismenu, Gérard, Pascale Dufour et Denis Saint-Martin. 2004. *Ambitions libérales et écueils politiques. Réalisations et promesses du gouvernement Charest*. Montréal : Athéna.
- Bonoli, Giuliano, Victor George et Peter Taylor-Gooby. 2000. *European welfare futures: towards a theory of retrenchment*. Malden : Blackwell Publishers Ltd.
- Bourque, Mélanie. 2007. «Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni ». *Revue Gouvernance* 4 (1).
- Bourque, Mélanie et Gaëlle Leruste. 2009. *De la Commission Castonguay au Groupe de travail Castonguay : le parcours de l'idée de privatisation*. (Actes d'un colloque tenu dans le cadre du Congrès annuel de l'Association canadienne de science politique, à Ottawa, mai 2009).
- Braën, André. 2004. «Health and the distribution of powers in Canada». Dans Thomas Allen McIntosh, Pierre-Gerlier Forest et Gregory P. Marchildon dir., *The governance of health care in Canada*. Toronto: Toronto University Press, 25-49
- Bridgen Paul et Traute Meyer. 2007. «Private pensions versus social inclusion? Three patterns of provision and their impact». Dans Traute Meyer, Paul Bridgen et Barbara Riedmüller dir., *Private Pensions versus Social Inclusion?: Non-State Provision for Citizens at Risk in Europe*. Northampton: Edward Elgar Publishing, 223-251.
- Butler, Stuart. 1991. «Privatization for Public Purposes». Dans William T. Gomerley dir., *Privatization and Its Alternatives*, Madison: University of Wisconsin Press, 17-24.
- Cameron, Duncan. 1997. «Selling the House to Pay the Mortgage: What is Behind Privatization?». *Studies in Political Economy* 53 : 11-36.
- Campbell, John L. 1998. «Institutional Analysis and the Role of Ideas in Political Economy». *Theory and Society* 27: 377-409.
- Cauchon, Paul et Stéphane Baillargeon. 2004. «Séguin évoque la privatisation de Télé-Québec». *Le Devoir* (Montréal) 2 avril: A1



- Chappell, Neena L. et Margaret J. Penning. 2009. *Understanding Health, Health Care and Health Policy in Canada: Sociological perspectives*. Don Mills :Oxford University Press.
- Charles, Cathy, Jonathan Lomas, Mita Giacomini, Vandna Bhatia et Victoria A. Vincent. 1997. «Medical Necessity in Canadian Health Policy: Four Meanings and a ...Funeral?». *The Milbank Quarterly* 75(3): 365-394.
- Charles, Catherine A. et Robin F. Badgley. 1999. «Canadian Health Insurance Evolution and Unresolved Policy Issues». Dans Francis D. Powell et Albert F. Wessen, dir., *Health Care Systems in Transition: An International Perspective*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 115-150.
- Chernichovsky, Dov. 1995. «Health Systems Reform in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm». *Milbank Quarterly* 73 (3): 339-372.
- Chouinard, Tommy. 2006. «Orford : Charest invité à tenir parole». *La Presse* (Montréal) 16 mars : A9.
- Clavet, Michel, Ronald Côté et Thomas Duperré. 2003. «L'évolution du financement des dépenses québécoises en services de santé». Dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger dir., *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 375-411.
- Clark, David. 2002. «Neoliberalism and Public Service Reform : Canada in Comparative Perspective». *Canadian Journal of Political Science* 35 (4) : 771-793.
- Contandriopoulos, André-Pierre, Jean-Louis Denis, Rosario Rodriguez et Carl Ardy Dubois. 2000. «Le privé dans le domaine de la santé: Une petite dose peut guérir, mais une trop grosse tue». Dans Hélène Morais et Michel Venne, dir., *Santé: Pour une thérapie de choc!* Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Cook, Beth. 2006. «Privatising health: the demise of Medicare? ». *Australian Journal of Social Issues* 41 (2): 195-208.
- Côté, Denyse. 2002. «Le virage ambulatoire : vers l'humanisation des services ?» Dans Guillaume Pérodeau et Denyse Côté dir., *Le virage ambulatoire : Défis et enjeux*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec, 11-32.
- Couillard, Philippe. 2004. «Philippe Couillard vous répond». *La Presse* (Montréal), 7 octobre : A20.
- Deber, Raisa B. 2002. *La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privé?* Études N°17 Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

- Deber, Raisa B. 2003. «Health Care Reform: Lessons from Canada». *American Journal of Public Health* 93 (1): 20-24.
- Defever, Mia. 1995. «Health care reforms: the unfinished agenda». *Health Policy* 34: 1-7.
- Devoir. 2006. «Non au projet de loi 33». *Le Devoir* (Montréal) 16 octobre: A6.
- De Vos, Pol, Harrie Dewitte, and Patrick Van der Stuyft. 2004. «European Economic Integration and Health Policy: Unhealthy European Health Policy». *International Journal of Health Services* 34 (2): 255-269.
- Di Matteo, Livio. 2000. «The determinants of the public-private mix in Canadian health care expenditures: 1975-1996». *Health policy* 52: 87-112.
- Donahue, John D. 1989. *The Privatization Decision: Public Ends, Private Means*. New York: Basic Books.
- Donner, Gail. 1999. «Squeezing the balloon. The fallacy of demand modification». Dans Daniel Drache et Terry Sullivan, dir., *Health Reform: Public success, Private Failure*. London: Routledge, 245-259.
- Dubois, Carl-Ardy. 2003. «Renouveau managérial dans le contexte des réformes des services de santé: mirage ou réalité?». *Sciences Sociales et Santé* 21 (4) : 41-71.
- Dufour, Yvon et Lise Lamothe. 2001. «Revitalizing Health Care System With New Public Management in Quebec and Canada: A Case Against the Classic Approach». Dans Lawrence Jones, James Guthrie et Peter Steane dir., *Learning From International Public Management* Bingley: Emerald Group Publishing, 559-568.
- Durocher, Jacques. 2001. «Prévention de la carie et santé publique». *Fonds de la recherche en santé du Québec-Recherche en santé* 26. En ligne: [http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/publications/recherche\\_en\\_sante/html/no26/desc\\_dossier.html](http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/publications/recherche_en_sante/html/no26/desc_dossier.html) (page consultée le 20 janvier 2009)
- Dutrisac, Robert. 1999. «Marois commente le rapport Arpin: Il devra être démontré que les cliniques privées affiliées feront épargner l'État». *Le Devoir* (Montréal), 30 septembre : A3.
- Dutrisac, Robert. 2010. «À l'assaut du modèle québécois. Le premier budget Bachand fait le pari de la 'lucidité' ». *Le Devoir* (Montréal) 31 mars : A1.
- Estes Carroll L. et James H. Swan. 1994. «Privatization, System Membership, and Access to Home Care for the Elderly ». *The Milbank Quarterly* 72 (2): 277-298.

- Evans, Brian Mitchell et John Shields. 1998. *Shrinking the State: globalization and public administration reform*. Halifax: Fernwood.
- Evans, Brian Mitchell, Ted Richmond et John Shields. 2005. «Structuring Neoliberal Governance: The Nonprofit Sector, Emerging New Modes of Control and the Marketisation of Service Delivery». *Policy and Society* 24(1):73-97.
- Evans, Robert. 1999. «Health reforms: What “business” is it of business». Dans Daniel Drache et Terry Sullivan, dir., *Health Reform: Public success, Private Failure*. London: Routledge, 25-47.
- Feigenbaum Harvey B. et Jeffrey R. Henig. 1994. «The Political Underpinnings of Privatization: A Typology». *World Politics* 46 (January): 185-208.
- Fierlbeck, Katherine. 2001. «Cost containment in Health Care: The Federalism Context». Dans Duane Adams dir., *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*. Montréal et Kingston: McGill-Queen’s University Press, 131-178.
- Flood, Colleen M. 2000. *International Health Reform: A legal, economic and political analysis*. New York: Routledge.
- Flood, Colleen et Sujith Xavier. 2008. «Health Care Rights in Canada: The Chaoulli Legacy». *Journal of Law and medicine* 27(3): 1-21.
- Forget, Evelyn L. «National Identity and the Challenge of Health Reform in Canada». *Review of Social Economy* 60 (3): 359-375.
- Freeman, Richard. 2000. *The Politics of Health in Europe*. Manchester: Manchester University Press.
- Freeman, Richard et Michael Moran. 2000. «Reforming health care in Europe». *West European Politics* 23 (2): 35-58.
- Gaumer, Benoît et Marie-Josée Fleury. 2007. «La gouvernance du système sociosanitaire au Québec: un parcours historique». Dans Marie-Josée Fleury, Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Luc Bordeleau dir., *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 3-21.
- Gildiner, Alina. 2006. «Measuring Shrinkage in the Welfare State: Forms of Privatization in a Canadian Health-Care Sector». *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique* 39 (1):53-75.
- Gow, James Iain et Caroline Dufour. 2000. « Is the new public management a paradigm? Does it matter? ». *International Review of Administrative Sciences* 66: 573-597.

- Graefe, Peter. 2001. «Whose social economy? Debating new state practices in Quebec». *Critical social Policy* 21(1): 35-58.
- Graefe, Peter. 2004. «From Dead-beat Dad to Quality-Time Parenting? The Federal Government and Intergovernmental Relations in Health Policy». *International Journal of Canadian Studies* 28 (Automne): 91-112.
- Gray, Gwen. 1998. «Access to Medical Care Under Strain: New Pressures in Canada and Australia». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 23 (6): 905-947.
- Green-Pedersen, Christopher. 2002. «New Public Management Reforms of the Danish and Swedish Welfare States: The Role of Different Social Democratic Responses». *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions* 15 (2): 271-294.
- Guberman, Nancy, Éric Gagnon, Denyse Côté, Claude Gilbert, Nicole Thivierge et Marielle Tremblay. 2005. «How the Trivialization of the Demands of High-Tech Care in the Home is Turning Family Members Into Para-Medical Personnel». *Journal of Family Issues* 26 (2) : 247-272.
- Hacker, Jacob S. 2004. « Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Reform». *British Journal of Political Science* 34:693-724.
- Hall, Peter A. 1986. *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*. New York: Oxford University Press.
- Hall, Peter A. 1993. «Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain». *Comparative Politics* 25: 275-295.
- Hall, Peter A. 1994. «Keynes in Political Science». *History of Political Economy* 26 (1): 137-153.
- Himmelstein, David U. et Steffie Woolhandler. 2008. «Privatization in a Publicly Funded Health Care System: The U.S. Experience». *International Journal of Health Services* 38 (3): 407-419.
- Hinrichs, Karl. 2002. «Health Care Policy in the German Social Insurance State: From Solidarity to Privatization? »*The Review of Policy Research* 19 (3): 108-140.
- Hood, Christopher. 1991. «A Public Management for All Seasons?» *Public Administration* 69 (Spring): 3-19.
- Hood, Christopher. 1995. «The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme» *Accounting, Organizations and Society* 20 (2/3): 93-109

- Hurley, Jeremiah, Jonathan Lomas et Vandna Bhatia. 1994. «When tinkering is not enough: provincial reform to manage health care resources». *Canadian Public Administration/Administration publique du Canada* 37(3): 490-514.
- Jenson, Jane et Susan D. Phillips. 2000. «Distinctive Trajectories: Homecare and the Voluntary Sector in Quebec and Ontario». Dans Keith G. Banting dir., *The Nonprofit Sector in Canada. Roles and Relationships*. Kingston : Queen's University Press, 19-67.
- Jetté, Christian. 2008. *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence. Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec.
- Jobert, Bruno. 1994. «Introduction : Le retour du politique» Dans Bruno Jobert dir., *Le tournant néo-libéral en Europe*. Paris: L'Harmattan, 9-20.
- Kus, Basak. 2006. «Neoliberalism, Institutional Change and the Welfare State: The Case of Britain and France». *International Journal of Comparative Sociology* 47: 488-525.
- Lachapelle, Judith. 1999. «Rapport Arpin: Les CLSC ne se sentent pas menacés». *Le Devoir* (Montréal), 24 septembre: A3.
- Lazar, Harvey, France St-Hilaire et Jean-François Tremblay. 2004. «Federal Health Care Funding: Toward a New Fiscal Pact». Dans Harvey Lazar et France St-Hilaire dir., *Money, Politics and Health Care: Reconstructing the Federal-Provincial Partnership*. Montréal: IRPP, 189-250.
- Le Cours, Rudy. 2007. «Le PPP du pont de la 25 bientôt lancé» *La Presse Affaires* (Montréal) 27 août : La Presse Affaires 1
- Leeson, Howard. 2004. «Constitutional jurisdiction over health and health care services in Canada». Dans Thomas Allen McIntosh, Pierre-Gerlier Forest et Gregory P. Marchildon dir., *The governance of health care in Canada*. Toronto: Toronto University Press, 50-82.
- Le Grand, Julian et Ray Robinson. 1984. «Privatisation and the Welfare State: An Introduction». Dans Julian Le Grand et Ray Robinson dir., *Privatisation and the Welfare State*. London: George Allen & Unwin, 1-18.
- Lesemann, Frédéric. 2002. «Virage ambulatoire, virage paradigmatique, virage éthique». Dans Guilhème Pérodeau et Denyse Côté dir., *Le virage ambulatoire : Défis et enjeux*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec, ix-xiv.
- Lessard, Denis. 2003. «Réingénierie à la carte». *La Presse* (Montréal) 14 juin : B4.

- Lévesque, Benoît, Gilles L. Bourque et Yves Vaillancourt. 1999. « Trois positions dans le débat sur le modèle québécois ». *Nouvelles pratiques sociales* 12 (2) :1-10.
- Lévesque, Kathleen. 2006. «CHUM et CUSM : feu vert aux PPP». *Le Devoir* (Montréal) 8 avril : A1.
- Lundqvist, Lennart J. 1988. «Privatization: Toward a Concept for Comparative Policy Analysis». *Journal of Public Policy* 8 (1): 1-19.
- Maarse, Hans. 2006. «The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 11 (1): 36-59.
- Madore, Odette. 2005. *Loi canadienne sur la santé : Aperçus et option*. Ottawa : Service d'information et de recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement. En ligne:<http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/944-f.htm#glaquestiontxt> (page consultée le 25 janvier 2010).
- Madore, Odette et Marlisa Tiedemann. 2005. *Private Health Care Funding and Delivery under the Canada Health Act*. Ottawa : Service d'information et de recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement. En ligne : <http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/prb0552-e.htm> (page consultée le 30 avril 2009)
- Maioni, Antonia. 2002. «Federalism and Health Care in Canada». Dans Keith G. Banting et Stan Corbett dir., *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance* Kingston: Queen's University Press, 173-199.
- Maioni Antonia et Miriam Smith. 2003. « Health Care and Canadian Federalism ». Dans François Rocher et Miriam Smith dir., *New Trends in Canadian Federalism Second Edition* Peterborough: Broadview Press, 295- 312.
- Manfredi, Christopher et Antonia Maioni. 2008. «L'arrêt Chaoulli et la judiciarisation des politiques de santé». Dans François Béland, André-Pierre Contandriopoulos, Amélie Quesnel-Vallée et Lionel Robert dir., *Le Privé dans la santé: Les discours et les faits* Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 264-280.
- Marchildon Gregory P. 2005. «The Chaoulli Case: A two-Tier Magna Carta?». *Healthcare Quarterly* 8 (4): 49-52.
- Marchildon, Gregory P., Sara Allin et Elias Mossialos. 2006. *Health Systems in Transition: Canada*. Toronto: University of Toronto Press.
- McFarlane, Lawrie et Carlos Prado. 2002. *The Best-Laid Plans Health Care's Problems and Prospects*. Kingston: McGill-Queen's University Press.

- Merrien, François-Xavier. 1999. «La Nouvelle Gestion publique: un concept mythique». *Lien social et Politiques* 41: 95-103.
- Muschell, Jeffrey. 1995. «Privatization in Health». *Health economics technical briefing note: WHO Task on health organization*. Geneva: World Health Organization: 1-20.
- Natali, David. 2009. «Public/private mix in pensions in Europe». *Working Paper European Trade Union Institute* 10: 1-32.
- Navarro, Vicente. 2007. «Neoliberalism as Class Ideology; Or, the Political Causes of Growth of Inequalities». Dans Vicente Navarro dir., *Neoliberalism, Globalization and Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life* Amityville: Baywood Publishing Company, 9-23.
- Naylor, C. David. 1999. « Health Care in Canada: Incrementalism under Fiscal Duress». *Health Affairs* 18 (3): 9-26.
- Osborne, David et Gaebler, Ted. 1992. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector* Reading: Addison-Wesley.
- Ouellet, Lionel. 1987. «La privatisation: un instrument de management public?». *Administration Publique du Canada* 30 (4) : 566-584.
- Ouellet, Martin. 2009. «Québec enterre l'Agence des PPP». *Le Devoir* (Montréal) 22 octobre : A7.
- Øvretveit, John. 1996. « Beyond the public-private debate: the mixed economy of health». *Health Policy* 35:75-93.
- Øvretveit, John. 2003. «Nordic privatization and private health care». *International Journal of Health Planning and Management* 18:233-246.
- Palley, Howard A. et Pierre-Gerlier Forest. 2004. «Canadian Fiscal Federalism, Regionalization and the Development of Quebec's Health Care Delivery System ». *Journal of Comparative Social Welfare* 20(2): 87-96.
- Paquet, Stéphane et Mario Cloutier. 2004. «Québec élargit la portée des partenariats public-privé». *La Presse* (Montréal) 6 mai : A4.
- Parent, Rollande. 2004. «Yves Séguin sème l'inquiétude chez les artisans de la télévision publique». *Le Devoir* (Montréal) 3 avril : A3
- Pérodeau, Guilhème et Denyse Côté. 2002. *Le virage ambulatoire : Défis et enjeux*. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.

- Perrot, Jean .2006. «Different approaches to contracting in health systems» *Bulletin of the World Health Organization* 84 (11): 859-866.
- Pineault, Raynald, Paul A. Lamarche, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos et Jean-Louis Denis. 1993. «The Reform of the Quebec Health Care System: Potential for Innovation?» *Journal of Public Health Policy* 14 (2): 198-219.
- Pineault, Raynald. 2006. «In What Direction is the Canadian Healthcare System Evolving? ». *Journal of Public Health Policy* (27):190-195.
- Pollitt, Christopher. 1990. *Managerialism and the Public Services: The Anglo-American Experience*. Oxford: Blackwell.
- Poole, Robert W. et Philip E. Fixler.1987. «Public-Sector Services in Practice: Experience and Potential». *Journal of Policy Analysis and Management* 6 (4) : 612-625.
- Prémont, Marie-Claude. 2006. «La garantie d'accès aux services de santé : analyse de la proposition québécoise». *Les Cahiers de Droit* 47 (3) : 539-580.
- Prémont, Marie-Claude. 2008. «Le système de santé québécois et l'intervention de la cours suprême du Canada fondée sur les droits de la personne». Dans François. Béland, André-Pierre Contandriopoulos, Amélie Quesnel-Vallée et Lionel Robert dir., *Le Privé dans la santé: Les discours et les faits*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 281-300.
- Presse canadienne. 1988. « Bourassa ne ferme pas la porte à la privatisation dans le domaine de la santé». *La Presse* (Montréal), 19 mai : B-4.
- Richer, Jocelyne. 2006. «Mulcair aurait approuvé la privatisation du mont Orford». *Le Devoir* (Montréal) 8 mars : A8.
- Rioux Soucy, Louise-Maude et Robert Dutrisac. 2010. «Tollé contre une franchise en santé.» *Le Devoir* (Montréal) 1<sup>er</sup> avril : A1.
- Roberts, Marc J., William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich. 2008. *Getting Health Reform Right*. New York: Oxford University Press.
- Rose, Richard. 1989a. «Welfare: The Public/Private Mix». Dans Sheila B. Kamerman et Alfred J. Kahn, dir., *Privatization and the Welfare State* Princeton: Princeton University Press, 73-96.
- Rose, Richard. 1989b. «Privatization as a Problem of Satisfying and Dissatisfying». *American Review of Public Administration*. 19(2): 97-118.
- Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, and Claus Wendt. 2005. «The changing role of the state in health systems». *European review* 13 (1): 187-212.



- Rousseau, Louise et Linda Cazale. 2007. «Réforme ou évolution? Enjeux et opinion sur la régulation et la transformation». Dans Marie-Josée Fleury, Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Luc Bordeleau dir., *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 23-37.
- Saint-Martin, Denis. 2000. *Building the New Managerialist State. Consultants and the Politics of Public Sector Reform in Comparative Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Salée, Daniel et William D. Coleman. 1997. «The challenge of the Québec question: Paradigm and counter paradigm, and...? ». Dans Wallace Clement dir., *Understanding Canada*. Montréal: McGill Queen's University Press, 262-285.
- Saltman, Richard B. et Casten Von Otter. 1992. *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Buckingham: Open University Press
- Saltman, Richard B. 2002. «Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems». *Social Science and Medicine* 54: 1677-1684.
- Saltman, Richard B. 2003. «Melting public-private boundaries in European health systems». *European Journal of Public Health* 13 (1): 24-29.
- Saltman, Richard B. et Joseph Figueras. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: Organisation mondiale de la Santé, Office régionale pour l'Europe.
- Saltman, Richard B. et Reinhard Busse. 2002. «Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: Theory and practice». Dans Richard B. Saltman, Reinhard Busse et Elias Mossialos dir., *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems* Buckingham: Open University Press, 3-52.
- Samson, Claudette. 2008. «Des imprécisions retardent l'application du règlement». *Le Soleil* (Québec), 22 décembre: A3.
- Savas, Emanuel S. 1987. *Privatization: The Key to Better Government*. Chatham, N.J.: Chatham House Publishers.
- Savas, Emanuel S. 2000. *Privatization and Public-Private Partnerships*. New York: CQ Press.
- Simonet, Daniel. 2008. «The New Public Management theory and European health-care reforms». *Canadian Public Administration/ Administration Publique du Canada* 51(4): 617-635.

- Smith, Steven Rathgeb et Deborah A. Stone. 1988. «The Unexpected Consequences of Privatization». Dans Michael R. Brown dir., *Remaking the Welfare State. Retrenchment and Social Policy in America and Europe*. Philadelphie: Temple University Press, 232-252.
- Smith, Steven Rathgeb et Michael Lipsky. 1992. «Privatization in Health and Human Services: A critique». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 17(2): 233-253.
- Sparer, Michael S. 1999. «Myths and Misunderstandings: Health policy, the Devolution Revolution, and the Push for Privatization». *American Behavioral Scientist* 43(1): 138-154.
- Stabile, Mark et Courtney Ward. 2006. «The Effects of Delisting Publicly Funded Health-Care Services». Dans Charles M. Beach, Richard P. Chaykowski, Sam Shortt, France St-Hilaire, et Arthur Sweetman, dir., *Health Services Restructuring in Canada: New Evidence and New Directions*. Kingston: McGill-Queen's University Press, 83-109.
- Starr, Paul. 1988. «The Meaning of Privatization». *Yale Law and Policy Review* 6 (6): 6-41.
- Stewart, Art. 1999. «Cost-containment and privatization: an international analysis». Dans Daniel Drache et Terry Sullivan, dir., *Health Reform: Public success, Private Failure*. London: Routledge, 65-84.
- St-Hilaire, France et Harvey Lazar. 2004. « A fix for a generation? ». *Option politique* Septembre 2004: 118-123.
- Stoddart, Greg L., et Roberta J. Labelle. 1985. *Privatisation du système canadien de santé: assertions, faits, idéologie et options*. Ottawa: Ministère de la santé et du bien-être social.
- Tuohy, Carolyn. 1999. *Accidental Logics: The Dynamics of the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*. New York: Oxford University Press.
- Tuohy, Carolyn, Collen M. Flood et Mark Stabile. 2004. « How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from the OECD Nations ». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 29 (3): 359-396.
- Tupper, Allan. 2001. «The contested terrain of Canadian public administration in Canada's third century». *Journal of Canadian Studies* 35(4): 142-160.
- Turgeon, Jean et Vincent Lemieux. 1999. «La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore ?». Dans Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux dir., *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*. Montréal : Les Presse de l'Université de Montréal :173-194.

- Turgeon, Jean, Hervé Anctil et Joël Gauthier. 2003. «L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture ?». Dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger dir., *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 93-118.
- Vaillancourt, Yves. 1988. «Québec» Dans Jacqueline S. Ismael et Yves Vaillancourt dir., *Privatization and Provincial Social Services in Canada*. Edmonton : University of Alberta Press.
- Vaillancourt, Yves. 2002. «Le modèle québécois de politiques sociales et ses interfaces avec l'union sociale canadienne». *Policy Matters/Enjeux publics* 3(2) : 2-52.
- Vaillancourt, Yves et Luc Thériault. 1997. *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux : enjeux pour le Québec*. Montréal : Cahiers du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Université du Québec à Montréal.
- Vaillancourt, Yves et Christian Jetté. 1997. *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé: rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*. Montréal: Cahiers du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Université du Québec à Montréal.
- Vaillancourt, Yves, François Aubry, Martine D'Amours, Christian Jetté, Luc Thériault, Louise Tremblay. 2000. «Social Economy, Health and Welfare: The Specificity of the Québec Model within the Canadian Context». *Canadian Review of Social Policy* 45-46: 55-87.
- Vaillancourt, Yves et Christian Jetté. 2003. «La politique de soutien à domicile au Québec». Dans Yves Vaillancourt, François Aubry et Christian Jetté dir., *L'économie sociale dans les services à domicile*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec, 48-112.
- Walker, Alan. 1984. «The Political Economy of Privatisation». Dans Julian Le Grand et Ray Robinson, dir., *Privatisation and the Welfare State*. London: George Allen & Unwin, 19-44.
- Weintraub, Jeff. 1997. «The Theory and Politics of the Public/Private Distinction». Dans Jeff Weintraub et Krishan Kumar, dir., *Public and Private in Thought and Practice: Perspectives on a Grand Dichotomy*. Chicago: The University of Chicago Press, 1-42.
- Weller Geoffrey R. et Pranlal Manga. 1983. «The Push for Reprivatization of Health Care Services in Canada, Britain, and the United States». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 8 (3): 495-518.

- Wendt, Claus, Lorraine Frisina et Heinz Rothgang. 2009. «Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison». *Social Policy and Administration* 43 (1): 70-90.
- Wessen, Albert F. 1999. «The Comparative Study of Health Care Reform». Dans Francis D. Powell et Albert F. Wessen, dir., *Health Care Systems in Transition: An International Perspective*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 3-24.
- Woodward, Christel A. et Catherine A. Charles. 2002. «The Changing Faces of Health Care in Canada». Dans Andrew C. Twaddle, dir., *Health care Reform around the World*. Westport : Auburn House, 78-96.

### **Publications gouvernementales et officielles**

- Arpin, Rolland. 1999. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Canada. Santé Canada. 2004. *Loi canadienne sur la santé*. En ligne : [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/overview-aperçu\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/overview-aperçu_f.html) (page consultée le 10 octobre 2008).
- Canada. Cour suprême du Canada. 2005. Chaoulli c. Québec (Procureur général), [2005] C.S.C. 35. *Jugements de la Cour suprême du Canada*. En ligne : <http://csc.lexum.umontreal.ca/fr/2005/2005esc35/2005esc35.html> (page consultée le 13 octobre 2008).
- Canada. Ministère des Finances. 2007. *Bref historique des transferts canadiens en matière de santé et de programmes sociaux*. En ligne : <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/hisf.html> (page consultée le 10 octobre 2008).
- Castonguay, Claude. 2008. *En avoir pour notre argent*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Clair, Michel. 2000. *Les solutions émergentes*. Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Conseil de la santé et du bien-être. 2001. *Évolution des rapports public privé dans les services santé et les services sociaux*. Québec : Conseil de la santé et du bien-être.
- Conseil de la santé et du bien-être. 2003. *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers*. Québec : Conseil de la santé et du bien-être.
- Forum national sur la santé. 1997. *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*. Ottawa: Forum national sur la santé.

- Institut canadien d'information sur la santé. 2007. *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut canadien d'information sur la santé. 2008. *Tendances des dépenses nationales en santé de 1975 à 2008*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
- Ménard, Jacques. 2005. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. 2000. *The observatory health system glossary*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé. En ligne: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?language=French&phrase=privatization> (page consultée le 2 février 2009)
- Organisation mondiale de la Santé. 2002. *The Role of the Private Sector and Privatization in European Health Systems*. Copenhague: Organisation mondiale de la Santé, Comité régional pour l'Europe.
- Québec. Commission sur le déséquilibre fiscal. 2002. *Pour un nouveau partage des moyens financiers au Canada*. Québec : Commission sur le déséquilibre fiscal.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2006. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Document de consultation. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2008. *Accès aux services médicaux spécialisés*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. En ligne : <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/app1/g74web/> (page consultée le 27 janvier 2009).
- Québec. Ministère des Finances. 2010. *Budget 2010-2011. Vers un système de santé plus performant et mieux financé*. Québec : Ministère des Finances.
- Québec. Régie de l'assurance-maladie du Québec. 2006. *Les services couverts au Québec*. En ligne : [http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/serv\\_couv\\_queb/serv\\_couv\\_queb.shtml](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/serv_couv_queb/serv_couv_queb.shtml) (page consultée le 7 avril 2010).
- Québec. Secrétariat du Conseil du trésor. 2004. *Moderniser l'État : Pour des services de qualité aux citoyens. Plan de modernisation 2004-2007*. Québec : Secrétariat du Conseil du trésor.

## ANNEXE I - Médecins non participants et désengagés

La Loi sur l'assurance maladie (LAM) prévoit que les médecins peuvent opter pour trois statuts particuliers :

- Participant** Le professionnel participant exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie et est rémunéré suivant les tarifs prévus à une entente (LAM, art. 1, par. C)
- Désengagé** Le professionnel de la santé, autre qu'un pharmacien, qui exerce en dehors des cadres du régime institué par la LAM, mais qui accepte d'être rémunéré selon les tarifs prévus à l'entente et dont le montant des honoraires est payé à ses patients par la RAMQ (LAM, art. 1, par. D)
- Non participant** Le professionnel de la santé non participant exerce en dehors des cadres du régime et n'accepte pas d'être rémunéré suivant les tarifs prévus à l'entente. Ses patients assument seuls le paiement de ses honoraires (LAM, art. 1, par. E).

### Évolutions des effectifs médicaux par statut

Statut	Médecins	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Désengagé	Omnipraticiens	3	2	2	2	3
	Spécialistes	6	5	5	4	3
Non participant	Omnipraticiens	48	56	72	93	114
	Spécialistes	54	58	69	86	98
<b>Total</b>		<b>111</b>	<b>121</b>	<b>148</b>	<b>185</b>	<b>218</b>

Un professionnel qui a changé de statut plus d'une fois entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 mars d'une année donnée n'est considéré qu'une seule fois aux fins du calcul.

Données fournies par la RAMQ