

## **Chapitre 13 : Pour un système de santé de qualité pour tous <sup>1</sup>**

**André-Pierre Contandriopoulos**

**Texte préliminaire d'août 2013**

Au cours des cinquante dernières années, aucune institution, dans aucun pays, n'a soulevé autant d'espoirs et n'a été, en même temps, la source d'autant de débats et de désarrois, que le système de santé.

Au Canada, au fil des années, les sondages montrent qu'on aime le système de santé et en même temps qu'on craint pour son avenir. On s'inquiète de la qualité insuffisante des services, on trouve inadmissibles les files d'attente, mais on continue à croire que la médecine apportera une solution à tous nos problèmes et à toutes nos angoisses. On pense que le rôle de l'État est essentiel pour assurer l'équité dans l'accès aux soins et pourtant une proportion de plus en plus grande de la population est en faveur de l'introduction de l'assurance privée. Il existe un large consensus sur l'idée qu'il est nécessaire de transformer en profondeur le système de santé, mais les efforts pour mettre en oeuvre des réformes se heurtent à des résistances énormes.

Cette situation n'est pas propre au Canada. En ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, les pouvoirs publics et les citoyens de tous les pays s'interrogent sur la capacité de la société, dans les années à venir, à assurer de façon efficiente un accès libre et équitable à des services de qualité pour toutes les personnes qui souffrent. Cette interrogation est importante, non seulement parce qu'elle témoigne de l'inquiétude des citoyens de ne pas pouvoir être bien soignés quand la maladie se manifeste, mais aussi, plus fondamentalement, parce qu'elle soulève des enjeux politiques et éthiques importants. Ce qui est en cause, c'est la capacité de l'État à maintenir l'équilibre entre trois exigences également importantes qui entretiennent entre elles des relations paradoxales : l'exigence de l'équité par rapport à la santé et aux soins, la nécessité de protéger les libertés individuelles qui sont au cœur de la démocratie et l'obligation d'utiliser au mieux les ressources pour maximiser la qualité des soins ou

---

<sup>1</sup> Ce chapitre a été construit à partir de deux conférences données par l'auteur.

un résultat de santé. Il faut trouver un équilibre entre ces trois valeurs en gardant à l'esprit que le fait d'insister sur l'une risque d'entraîner une détérioration d'au moins une des deux autres.

Le maintien de cet équilibre dynamique entre équité, liberté et efficience dans le domaine de la santé est un enjeu politique majeur. Pour en saisir l'importance, il faut commencer par rappeler brièvement comment la santé est devenue une des préoccupations majeures de l'État moderne. Puis ensuite comment, au milieu du XXe siècle, la prise en charge de la maladie s'est institutionnalisée, et enfin quel est la nature de la crise qui frappe les systèmes de santé et quelles sont les questions que cette crise soulève.

## **1 - ORIGINE DE LA PRÉOCCUPATION DE L'ÉTAT MODERNE À L'ÉGARD DE LA SANTÉ**

Il faut retourner, selon Foucault, à la fin du XVIIe siècle pour comprendre la place qu'occupe la santé dans nos sociétés. À cette époque, le pouvoir de l'État s'exerçait directement sur les individus, il était disciplinaire et se manifestait par un « *droit de prise : sur les choses, le temps, les corps et finalement la vie* » (Foucault 1976) p.179. Au début du XVIIIe siècle, un changement important se produit. Il se manifeste, entre autres, par l'apparition d'un « personnage » nouveau : la population « *C'est un nouveau corps qui n'est plus le corps individuel, mais un corps multiple* » (Foucault 1997) p.218. L'entrée en scène de ce personnage reflète les changements profonds qui s'opèrent dans la conception même de l'État « *C'est sur la vie maintenant, et tout au long de son déroulement que le pouvoir établit ses prises* » (Foucault 1976) p.182. L'État commence à s'intéresser à la santé de la population en tant que telle. Il se préoccupe de la régulation des naissances, des politiques natalistes, des problèmes de morbidité, du vieillissement. En somme, il demeure attentif à tous les phénomènes qui réduisent la capacité de travail des individus : les maladies endémiques, la vieillesse, les infirmités, les accidents et les anomalies diverses. En d'autres mots, il est concerné par tout ce « *qui glisse dans la vie, la ronge, la diminue, l'affaiblit* » (Foucault 1997) p. 217. C'est à ce moment qu'apparaissent dans les

sociétés occidentales des caisses de secours, des programmes d'assurance-maladie<sup>2</sup> et d'assurance-vieillesse, des politiques d'hygiène et des règles d'urbanisme, des politiques dont le but est de veiller aux soins des enfants et à leur scolarisation. L'ensemble de ces interventions constitue ce que Foucault appelle le biopouvoir, le pouvoir de l'État sur la vie. L'État moderne devient responsable de la santé et du bien-être physique de la population<sup>3</sup>.

L'apparition du biopouvoir est indissociablement et étroitement liée au développement de l'État moderne et du capitalisme. L'industrialisation, au XIXe siècle, requiert une main-d'oeuvre utilisable et docile. Le processus circulaire du développement des connaissances sur la vie –en particulier le développement de la médecine scientifique, du développement agricole, puis du développement industriel– a créé un nouvel espace où une relative maîtrise sur la vie a été rendue possible. *«L'homme occidental apprend peu à peu ce que c'est que d'être une espèce vivante dans un monde vivant, d'avoir un corps, des conditions d'existence, des probabilités de vie, une santé individuelle et collective, des forces qu'on peut modifier et un espace où on peut les répartir de façon optimale [...] Pour la première fois dans l'histoire, le biologique se réfléchit dans le politique.»* (Foucault 1976) p.187. Dans ce contexte, la médecine prend une place considérable. Elle devient un *« savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps biologique et sur la population »* (Foucault 1997) p. 225. Elle est productrice de normes aux niveaux individuel et collectif (Canguilhem 1972; Arweiler 2002). Une médicalisation sans précédent s'opère au XXe siècle dans les sociétés occidentales, lesquelles sont littéralement transformées par une médecine qui occupe un champ d'intervention allant bien au-delà du malade et de la maladie. *« Ce n'est plus l'individu, mais la vie qui est le vrai sujet de la médecine.[...] la médicalisation, c'est précisément la généralisation du risque médical dans les domaines non médicaux [...] l'autorité médicale ne fonctionne plus seulement comme*

---

<sup>2</sup> Le premier en Amérique du Nord date de 1655. L'Hôtel-Dieu de Montréal organise une sorte de mutuelle de santé pour 26 familles de Montréal qui paient un montant forfaitaire pour que leurs membres puissent recevoir les soins dont ils pourraient avoir besoin.

ICIS (2005). Les soins de santé au Canada. Ottawa, Institut Canadien d'Information sur la Santé.

<sup>3</sup> Il est intéressant de noter que le jugement de la cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli c'est joué autour de cette question. D'après la Charte des droits et libertés du Québec l'État a le devoir de protéger l'intégrité de la personne humaine.

*une autorité de savoir, mais également comme autorité sociale» (Leblanc 2004) p. 48.*

La médecine est conviée à participer aux décisions «relatives à une ville, à un quartier». Elle intervient dans tous les débats sur l'air, l'eau, les constructions, l'urbanisme, les égouts, l'alimentation, l'hygiène, la sexualité, etc.

La médecine représente la source d'immenses espoirs, elle devient synonyme de progrès. Elle semble au milieu du XXe siècle en mesure de faire oublier les horreurs de la guerre. On commence à croire que l'utopie de l'OMS « la santé pour tous en l'an 2000» est réalisable.

## **2 - LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE PAR L'ÉTAT : LE TEMPS DE L'ESPOIR**

L'introduction des régimes publics d'assurance-maladie dans tous les pays développés, au cours des quinze années qui ont suivi la fin de la Deuxième Guerre mondiale, peut s'expliquer par la rencontre tout à fait unique d'un pouvoir et d'un savoir. Le pouvoir considérable de dépenser –acquis par les États durant la guerre dont il faut maintenant utiliser pour passer d'une économie de guerre à une économie de paix – et les savoirs nouveaux qui résultent des progrès extraordinaires de la médecine de la fin du XIXe au milieu du XXe siècle. Ces progrès de la médecine se révèlent de façon exemplaire et symbolique par trois grandes découvertes : les antibiotiques, la radiographie et l'anesthésie. - Grâce aux antibiotiques, il est désormais possible de « guérir » les infections, ce qui complète la révolution pasteurienne du début du siècle. Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, il est possible d'agir sur des maladies qui, jusque-là, entraînaient la mort, en particulier celle des enfants. Il est envisageable d'éradiquer de grands fléaux comme la variole, de vacciner, de traiter... Le rêve de la santé pour tous semble à portée de la main, du moins dans les pays riches. - La radiographie, inventée par Röntgen en 1895, devient rapidement un outil de diagnostic indispensable. Elle rend transparent le corps vivant et élargit ainsi considérablement le champ d'investigation de la clinique. L'imagerie médicale moderne s'apprête à prendre son essor au lendemain de la guerre en profitant des découvertes de la physique et de l'électronique. - Les anesthésiques modernes se

généralisent après la guerre. Ils permettent, avec l'aide des antibiotiques, de réussir des opérations chirurgicales de plus en plus complexes. L'image de l'homme machine dont on peut changer les pièces défectueuses se répand.

La capacité de la médecine à intervenir avec succès sur les maladies semble illimitée. Dans un monde dévasté et épuisé par la guerre, ces progrès sont porteurs d'énormes espoirs. Les gouvernements des pays occidentaux s'engagent, à peu près tous en même temps, à utiliser leur pouvoir de dépenser afin de rendre accessible, à tous, les traitements mis au point grâce aux progrès de la médecine.

En 1948, à la suite du plan Beveridge (1942), l'Angleterre instaure le NHS pour « *conjurer le spectre du chômage et de la misère, en assurant aux citoyens "la sécurité du berceau jusqu'au cercueil"*(Beveridge 1942)» (Lambert 2000). En 1945, la France met en place la Sécurité sociale. L'Allemagne de l'Ouest reprend, en l'élargissant, le programme créé par Bismarck, en 1883, et l'Autriche fait de même. En 1947, le Japon étend la couverture de l'assurance-maladie à toute la population. En 1941, les pays scandinaves (Suède, Norvège, Danemark) ainsi que les Pays-Bas mettent, eux aussi, en place des régimes d'assurance-maladie. Aux États-Unis, le premier régime de Managed Care, le Kaiser Permanent, a été créé, en 1945, en Californie, suivi de l'instauration au début des années 60, des programmes Medicaid et Medicare.

Au Canada, le gouvernement fédéral envisage très tôt, dès 1928, la possibilité d'introduire un régime public d'assurance-maladie, mais ce n'est qu'en 1943 qu'il tente concrètement sa mise en place (Desrosier 1999; Glouberman 2001). Un projet de loi est déposé; jugé toutefois inconstitutionnel, il est retiré. Les provinces de l'Ouest prennent alors l'initiative de se doter, à des rythmes différents<sup>4</sup>, de programmes provinciaux d'assurance-maladie jusqu'à ce que le gouvernement fédéral, par ses lois de 1957 et de 1966, incite toutes les provinces<sup>5</sup> à mettre en

---

<sup>4</sup> La Saskatchewan instaure le premier régime public d'assurance-maladie, en 1947, et d'assurance médicale, en 1961, après une dure grève générale des médecins de la province.

<sup>5</sup> Pour ne pas contrevenir à la Constitution en intervenant dans un domaine de compétence provinciale, le gouvernement fédéral propose d'assumer la moitié des coûts d'un système public d'assurance-maladie à condition que les provinces acceptent de respecter les cinq grands principes (gestion publique, accessibilité, universalité, intégralité, transférabilité) repris, par la suite, dans la « Loi canadienne sur la santé » préparée par Monique Bégin en 1984. Cette dernière retrace, de façon très vivante, le combat qu'elle a mené, quand elle était ministre de la Santé à Ottawa, pour introduire cette loi et garantir l'accès universel aux soins dans son livre : *L'assurance santé* (Monique Bégin, 1987).

place successivement des régimes d'assurance-hospitalisation puis d'assurance-maladie tout en respectant cinq grands principes : gestion publique, accessibilité, universalité, intégralité, transférabilité.

Au Québec, les travaux de la Commission Castonguay-Nepveu, au tout début des années 1970, sont à l'origine de la création du régime d'assurance-maladie que nous connaissons (CESBES 1970). Les lois promulguées à ce moment-là permettent à toute la population l'accès gratuit aux services de santé. Elles créent de nouvelles institutions (parmi lesquelles la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les Conseils Régionaux, les CLSC), renforcent le pouvoir de plusieurs autres (ministère de la Santé, ordres professionnels) et surtout changent, de façon importante, les modalités de financement des services médicalement requis (services hospitaliers et services médicaux) qui deviennent publics.

La création des régimes publics d'assurance-maladie, au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, constitue la contrepartie concrète, visible de l'apparition d'un droit fondamental nouveau pour la personne : non plus seulement le droit à la vie, mais le droit à la vie en santé. Un droit qui oblige l'État à assumer de nouvelles responsabilités et qui est porteur d'immenses espoirs à la population. Pour Foucault, le plan Beveridge représente la date marquante dans la formalisation de ce droit. *«La date de ce plan recèle une valeur symbolique. En 1942 - au coeur de cette guerre mondiale qui tua quarante millions de personnes - s'est consolidé non pas le droit à la vie, mais un droit différent, plus important, plus complexe, qui est le droit à la santé [...] à la vie en bonne santé»* (Foucault 2001) P. 41. À partir de ce moment, dans les démocraties occidentales, la légitimité de l'État repose de façon critique sur la manière dont il prend en charge la santé. La santé quitte la sphère privée et devient un enjeu politique majeur. Lorsqu'il était ministre de la Santé du Canada, Alan Rock l'avait bien compris. Invité par l'Association médicale canadienne, il déclarait *« Pour les Canadiens, le système de soins de santé n'est pas un programme gouvernemental quelconque. Il représente un droit pour les citoyens. Il reflète et concrétise certaines valeurs et certains principes de l'identité canadienne. Si nous, en tant que gouvernement ou fournisseur de soins, nous ne réussissons pas à réformer le système de soins, c'est le pays tout entier que nous aurons laissé tomber »*.

Dans tous les pays, la santé constitue l'objet des luttes politiques. Il n'y a pas une élection qui n'en fait pas un enjeu majeur. Le droit de vivre en santé a comme corollaire les droits des personnes malades. En premier lieu, le droit d'être soigné, mais aussi le droit pour le malade de cesser de travailler et de ne plus assumer ses responsabilités sociales.

De surcroît, avec l'introduction des régimes publics d'assurance-maladie, la santé entre dans le champ de la macro-économie. Elle modifie considérablement les arbitrages budgétaires en obligeant l'État à redistribuer ses ressources en fonction des besoins de santé.

Enfin, en mettant en place des régimes publics d'assurance-maladie dont le but est de prodiguer des soins de qualité, de façon équitable, à toutes les personnes souffrantes, l'État modifie par le fait même radicalement l'équilibre qui existait, durant la première moitié du XXe siècle, entre l'équité, le respect des libertés individuelles et l'exigence d'efficacité.

Ces transformations ont pu avoir lieu grâce à l'existence d'un très large consensus sur l'idée de progrès. Beck rappelle que « *dans le contexte de croissance de l'après-guerre [...], il était évident que progrès économique, technique et individuel allaient de pair. La « croissance économique », l'« augmentation de la productivité », les « innovations techniques » n'étaient pas uniquement des objectifs économiques [...], elles contribuaient aussi de façon perceptible partout, à la reconstruction de la société, à l'augmentation des opportunités de consommation individuelle, à une « démocratisation » d'un modèle d'existence alors exclusif. Dans le contexte d'une société marquée par les destructions de la guerre, cette imbrication des intérêts individuels, sociaux et économiques dans la réalisation du « progrès » entendu comme progrès économique et scientifico-technique, fut un succès.* » (Beck 2001) p. 431. Mais succès qui porte en lui les germes de nouvelles inquiétudes.

### **3 - DU SUCCÈS À LA CRISE : LE TEMPS DU DÉSARROI**

Ce succès, dans les sociétés occidentales, se manifeste par une amélioration extraordinaire des conditions de vie de la population ainsi que par la présence de

plus en plus lourde des technologies dans tous les aspects de la vie. Son corollaire immédiat fut l'augmentation sans précédent de l'espérance de vie dans les pays occidentaux : 40 ans depuis le milieu du XIXe siècle, soit d'environ 2 ans tous les 10 ans de façon régulière. Cette tendance ne semble pas fléchir. La pyramide des âges s'inverse : au Québec par exemple, alors que la population de moins de 14 ans constituait en 1950 le tiers de la population, on prévoit qu'en 2030 le tiers de la population aura plus de 65 ans. Les conséquences négatives de cette réussite sont aussi spectaculaires que la réussite elle-même.

La question du vieillissement illustre bien ce paradoxe. Les personnes âgées, souvent économiquement à l'aise, sont simultanément des corps vieillissants qui intéressent, au sens littéral du terme, les scientifiques et les investisseurs, et des personnes dérangeantes. - Les personnes âgées intéressent. La fragilité<sup>6</sup> des corps vieillissants devient un terrain nouveau et sans limites d'expansion pour la médecine. Les avancées technologiques permettent moins la guérison que le diagnostic précoce des problèmes de plus en plus nombreux<sup>7</sup> en proposant des interventions préventives et palliatives qui, souvent, apportent peu au bien-être. Mais l'élargissement du domaine d'intervention de la médecine qui en découle entraîne, d'une part, un accroissement des dépenses du système de soins et une augmentation des revenus des professionnels, et, d'autre part, une augmentation considérable des attentes de la population. Ces problèmes sont certainement beaucoup moins dus à la croissance du nombre de personnes âgées qu'à l'accroissement du volume et de l'intensité des services qui sont donnés aux personnes âgées.

---

<sup>6</sup> La fragilité est une notion dynamique qui peut se concevoir comme le risque qu'a une personne âgée, à un moment de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités de différentes dimensions, étant donné les effets combinés des déficiences biologiques (cognitives; neuro-musculo-squelettique; métabolisme énergétique) et de facteurs modulateurs (ressources personnelles, ressources sociales, services de santé).

<sup>7</sup> « Il en résulte une augmentation dramatique des maladies "chroniques", c'est-à-dire des maladies qui sont diagnostiquées en raison des capacités médico-technique accrues, sans que l'on dispose, ni même envisage, des thérapies efficaces pour les traiter. » (Beck, 2001 : 437). Pensons au diabète, à la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, à plusieurs formes de cancer... Cette tendance n'en est qu'à ses débuts. La médecine prédictive qui commence à voir le jour à partir de découvertes de la génétique risque d'accélérer de façon considérable cette tendance



- Les personnes âgées sont socialement dérangeantes. Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, cohabitent de façon courante quatre générations. La quatrième, les arrières grands-parents, occupe une place nouvelle. Ils dépendent de façon souvent lourde de leurs enfants qui, eux, sont partagés entre leur rôle de grands parents et leurs responsabilités envers leurs parents. La quatrième génération n'a pas véritablement de fonction sociale reconnue. Cette «inutilité» de ceux que l'on appelle les «vieux-vieux» n'est certainement pas indépendante des mauvais traitements que subissent les personnes âgées en perte d'autonomie dans les institutions et du manque de dignité avec laquelle on les traite trop souvent.

Mais les questions qui sont soulevées par la réussite de la modernité ne s'arrêtent pas là. Durant les cinquante dernières années, les avancées de la génétique, le développement de la pharmaco-génomique et des nouvelles techniques de reproduction ont affecté plus fortement et plus directement la vie de citoyens que les politiques de l'État. Elles posent et poseront des questions de plus en plus complexes aux décideurs politiques et aux administrateurs des organismes liés à la santé.

Le pouvoir sur la vie qui, nous l'avons vu, se trouve au centre du projet de l'État moderne, est de moins en moins exercé par lui. C'est le système technico-économique qui, en contrôlant les développements technologiques, exerce en fait ce pouvoir. Ce renversement dans l'exercice du biopouvoir s'est opéré, durant la deuxième moitié du XXe siècle, quand les frontières naturelles à l'intervention de l'homme sur la vie que constituaient la procréation, la naissance et la mort, ont disparu.

En résumé, la capacité d'intervention de l'homme sur le vivant semble infinie. Et plus grave, cette capacité semble échapper à la régulation démocratique qui, en permanence, est à la remorque du développement technologique lequel est orienté par les intérêts particuliers du système technico-économique et non par les attentes de la population.

Les risques associés à cette réduction du pouvoir de la régulation démocratique sont considérables. Ils soulèvent des questions éthiques nouvelles et essentielles.

Essayons de voir comment cela s'exerce dans le système de santé.

Très rapidement, après leur mise en place, les systèmes de santé suivent une trajectoire qui inquiète les observateurs et les responsables des politiques de santé. Deux phénomènes imprévus apparaissent.

- Tout d'abord, la santé de la population semble peu affectée par l'existence des régimes d'assurance-maladie. Les indicateurs globaux de santé continuent à s'améliorer au même rythme qu'avant l'assurance maladie. Plus ennuyeux, même si l'utilisation des services médicaux augmente rapidement, les disparités de santé entre les différents groupes de la société ne rétrécissent pas, elles ont même tendance à augmenter, et les années en mauvaises santé augmentent plus rapidement que les années de vie (Science et vie, 2013).

- Ensuite le pouvoir de l'État sur l'évolution du système de santé est très faible. Pour comprendre pourquoi, il est instructif de partir d'un double constat et d'en tirer les conséquences.

**Le premier constat** est que les systèmes de santé des pays occidentaux, malgré la très grande diversité de leurs arrangements institutionnels (formes de financement, décentralisation, disponibilité des ressources, couverture), font face aux mêmes défis. Si l'ampleur des problèmes varie d'un pays à l'autre, leur nature reste la même (Commissaire à la santé et au bien-être, 2009). Dans tous les pays, on observe des pénuries de ressources et de personnel dans les hôpitaux ; des temps d'attente souvent longs pour l'accès aux soins et aux technologies de pointe ; un manque de valorisation de la médecine de première ligne et une intégration insuffisante avec le reste du système ; des tensions croissantes entre les assureurs publics et privés ; des débats récurrents sur la privatisation ; de graves problèmes de qualité des soins ; une incapacité chronique à contenir la hausse du coût des médicaments et à assurer un accès équitable aux médicaments et aux technologies de pointe ; des scandales à répétition sur les soins donnés aux personnes vulnérables, et notamment aux personnes âgées ; et, de façon générale, des interrogations sur la viabilité économique des régimes publics d'assurance-maladie.

**Le deuxième constat** est que les projets de réforme n'arrivent pas à infléchir de façon durable la trajectoire d'évolution des systèmes de soins. Si les mêmes

solutions sont explorées partout<sup>8</sup> — maintenir ou accroître le financement public, décentraliser et intégrer les soins, mettre le patient au centre des préoccupations, améliorer la qualité, déplacer le centre de gravité du système de l'hôpital vers la première ligne, encourager la prévention, améliorer les systèmes d'information, repenser la gouvernance et l'imputabilité, adapter la formation des professionnels aux nouvelles exigences et transformer les modalités de financement —, elles ne sont implantées que de façon partielle, voire pas du tout !

**La première conséquence** de ces constats concerne l'origine des problèmes. Si les systèmes de soins des différents pays font face aux mêmes défis malgré leurs arrangements institutionnels variés, il faut en conclure que les causes de leurs problèmes doivent être les mêmes. On assiste à une forme de mondialisation du développement des connaissances et des techniques dans le domaine de la santé. Ces facteurs influencent en profondeur la façon dont s'exerce la médecine. Les nouvelles connaissances et les « progrès » technologiques ne résultent pas d'une décision démocratique, mais s'imposent en fonction d'une logique qui leur est propre et sur laquelle les États ont peu de pouvoir, même si leurs conséquences sociales et économiques sont considérables (Beck, 1986). L'influence de ces forces sur l'évolution du système de santé est amplifiée par le fait qu'elles interagissent avec le vieillissement de la population et la dégradation de l'environnement pour accroître en permanence les attentes de la population et la demande de soins. Mais, en même temps, des forces contraires agissent. La mondialisation des échanges et, surtout, la crise des marchés financiers depuis 2008, obligent les États à contrôler leurs dépenses. La combinaison de ces grandes forces fait en sorte que les systèmes de santé ont de plus en plus de difficulté à maintenir un équilibre satisfaisant entre les valeurs d'équité, de liberté et d'efficacité. Ils sont en crise et l'écart entre les attentes de la population et les services offerts par le système de santé ne cesse de s'agrandir.

**La deuxième conséquence** porte sur la capacité de réformer les systèmes de santé. Le problème ne semble pas être de savoir ce qu'il faut faire, mais bien comment

---

<sup>8</sup> Pour le Québec voir les 10 propositions mises de l'avant par un groupe de chercheur et de responsables des politiques de santé (Lettre des...)

mettre en œuvre ce qui est souhaitable. Les projets de réforme des systèmes de santé semblent impuissants à modifier la trajectoire d'évolution de ces systèmes. L'inquiétude grandit ! Deux questions restent sans réponse : pourquoi n'arrive-t-on pas à faire ce qui est souhaitable ? Comment mettre en œuvre les changements nécessaires ?

### **La crise du système de soins et la nécessité d'une réforme**

En résumé, la situation est la suivante. D'un côté, la population aspire de façon légitime à bénéficier d'un accès facile et équitable à tous les services de santé disponibles grâce aux progrès de la médecine. D'un autre côté, la mondialisation des marchés financiers, et en particulier la crise des finances publiques survenue dans la plupart des pays occidentaux, oblige les pouvoirs publics à contrôler rigoureusement les dépenses de santé. Ce contrôle est nécessaire pour que les pays conservent leur capacité à agir de façon démocratique. Sans lui, ce sont les intérêts des financeurs, plutôt que ceux des citoyens, qui détermineront les choix de la société. La crise financière et économique de 2008 montre de façon tout à fait explicite la position délicate dans laquelle sont placés les gouvernements : s'ils veulent conserver leur capacité à agir de façon démocratique, ils doivent couper dans les dépenses publiques, et donc dans les dépenses de santé, afin de ne pas alourdir la dette. Ce faisant, ils risquent de perdre leur légitimité auprès de la population qui les a élus et qui s'attend à bénéficier d'un accès équitable à des services de santé de qualité. Confrontés à ce dilemme, les pouvoirs publics ne peuvent tenir un autre discours que celui de la réforme. Tous disent : « Il est possible de faire plus et mieux avec les ressources existantes. Pour cela, il faut entreprendre des réformes pour transformer les modalités d'organisation du système de santé et les pratiques des différents groupes d'acteurs. » Mais même s'il existe un très large consensus sur ce diagnostic, on ne s'entend pas sur la nature des réformes à entreprendre. Deux grands courants s'affrontent : pour les uns, la réforme doit se faire par la privatisation en mobilisant la dynamique du marché pour générer des innovations. Pour les autres, la réforme doit permettre de mieux coordonner les ressources pour accroître l'intégration du système.

## **4 - POUR SORTIR DE LA CRISE : DEUX OPTIONS**

### **La réforme par la privatisation**

Ce courant de pensée part de l'idée qu'il faut, pour dynamiser le système de santé, accroître la concurrence en favorisant la privatisation. Il pose le postulat que le système de santé n'est pas vraiment différent des autres services comme les banques ou les assurances et que, dans ces domaines, la concurrence crée innovation et performance. Les partisans de la privatisation du système de santé évoquent trois arguments : l'État n'a plus les moyens de payer les dépenses de santé, le vieillissement de la population accroît la pression sur les coûts de santé et le privé est plus efficient.

Or, ni le postulat de base ni aucun des trois arguments ne résistent à l'analyse. Pour ce qui est du postulat, il faut reconnaître qu'il n'est pas équivalent d'avoir besoin d'un service de santé, d'un pontage par exemple, et d'avoir besoin d'une assurance pour son auto. Les services de santé touchent à l'essence même de la personne et de la vie. La personne malade n'a pas le recul nécessaire pour agir de façon autonome et rationnelle. Elle doit pouvoir compter sur l'expertise et le jugement d'un professionnel qui, au mieux des connaissances existantes, l'aidera à décider des services dont elle a besoin et lui fournira ces services. Le système de santé n'est pas fondé sur la rencontre d'une demande et d'une offre indépendantes l'une de l'autre, mais bien sur celle d'une personne qui souffre et d'un professionnel. Et cette rencontre ne peut se schématiser par un marché régulé par le prix du service. Au centre du système de santé, il y a le processus d'utilisation des services (Donabedian, 1973), qui est régulé par l'interaction entre les compétences des professionnels, les besoins des patients et un engagement déontologique formel et exigeant.

Pour déterminer la validité des trois arguments évoqués par les partisans de la privatisation du système de santé, il faut examiner attentivement les données existantes.

### ***L'État n'a plus les moyens de payer les dépenses de santé***

Toutes les études sur les coûts du système de santé au Québec et au Canada qui utilisent les données officielles (Béland, 2008 ; Contandriopoulos, 2007 ; Evans, 2005) montrent que les dépenses de santé ne sont pas hors de contrôle et que leur augmentation ne met pas en péril les finances publiques. Sur le plan international, on observe que les dépenses de santé d'un pays sont proportionnelles au PIB par habitant et que le Canada se situe à cet égard dans la moyenne des pays de l'OCDE (figure 6). Au Québec, les dépenses hospitalières et les dépenses médicales évoluent approximativement au même rythme que le PIB. Les postes de dépenses qui connaissent la plus forte croissance sont ceux où il y a un financement mixte, à la fois public et privé, comme celui des produits pharmaceutiques. Cette observation est parfaitement cohérente avec les données de l'OCDE (Colombo *et al.*, 2004), qui montrent que le niveau des dépenses totales de santé par personne dans les pays développés est d'autant plus élevé que la proportion des dépenses de santé privées est forte (figure 7).

### ***Le vieillissement de la population accroît la pression sur les coûts de santé***

Les données disponibles montrent que le phénomène du vieillissement, qui est le corollaire de la réussite des sociétés modernes (Meslé *et al.*, 1992), n'est pas un phénomène brutal qui frappe le Québec par surprise. Le vieillissement est un phénomène progressif et prévisible dont les effets ont commencé à se manifester dans tous les pays depuis les années 1970. Sa progression depuis la fin des années 1990 ne s'est pas accélérée. Si le Québec, comme les autres pays riches, a su gérer la situation pendant plus de 30 ans, il n'y a aucune raison qu'il ne réussisse pas à le faire durant les 30 années à venir ! La croissance de l'ensemble des dépenses de santé attribuables au vieillissement en tant que tel est de l'ordre de 1 % par année et de 1,5 % pour ce qui est des médicaments ; ce qui est loin d'être suffisant pour acculer à la faillite le système de santé (Evans *et al.*, 2001 ; Béland *et al.*, 2008 ; Quesnel-Vallée, 2008 ; FCRSS, 2010). Il faut cependant reconnaître que la question du vieillissement ne se résume pas à une règle de trois. Si le vieillissement a des conséquences sociales et économiques importantes, ce phénomène ne peut

cependant, à lui seul, expliquer les craintes que suscite l'avenir du système de santé. Ces craintes sont justifiées par la lourdeur et l'augmentation des traitements et des soins prodigués aux personnes âgées, ainsi que par l'évolution de leurs besoins, nonobstant la part qu'elles représentent dans la population. Autrement dit, s'il est vrai qu'on intervient de plus en plus sur des personnes de plus en plus âgées, l'évolution de la nature des interventions médicales entre également dans l'équation. Cette tendance n'est pas attribuable au vieillissement en tant que phénomène démographique, mais bien à la façon dont l'évolution des connaissances, des technologies et des pratiques médicales s'applique à des corps vieillissants. Deux observations permettent de comprendre pourquoi toutes les prévisions sur l'impact du vieillissement se sont révélées erronées. Premièrement, la santé des personnes âgées est en constante amélioration. Deuxièmement, les coûts des soins augmentent généralement de façon considérable au cours des six derniers mois de la vie, quel que soit l'âge du décès.

### ***Le privé est plus efficient***

Cette affirmation est loin d'être confirmée dans les faits. Au niveau macro, les enquêtes du Commonwealth Fund montrent clairement que les pays qui ont le plus petit pourcentage de dépenses publiques ne sont pas les plus performants. Les deux pays qui réussissent le moins bien sont les États-Unis et le Canada. Un des éléments négatifs de la gestion privée est l'importance des dépenses administratives. Au Canada, par exemple, les 13 % des dépenses totales qui sont gérées par des assurances privées coûtent aussi cher à gérer que les 72 % des dépenses publiques ! Au niveau micro, les méta-analyses qui comparent la qualité des soins, l'accès et les résultats des établissements à but lucratif et des établissements publics en termes de mortalité concluent que les établissements publics sont supérieurs (Vaillancourt *et al.*, 2003 ; Lamarche et Trigub-Clover, 2008 ; Comondore, 2009). En résumé, les connaissances factuelles disponibles ne permettent pas d'affirmer que le privé est plus efficient.

À la lumière de ces conclusions, il faut donc admettre que ceux qui affirment que l'accroissement du privé permettra d'améliorer le système de santé plaident seulement pour le maintien du statu quo et des privilèges qui lui sont associés.

L'option de la privatisation a l'avantage d'être facile à implanter. Il suffit de laisser jouer les forces qui orientent actuellement le système de santé. On verra très vraisemblablement s'amplifier à court terme les tendances qui se manifestent déjà. L'État, les établissements et les professionnels, encouragés par les assureurs et une partie du monde des affaires, exigeront, avec l'accord tacite de la population, qui craint de ne plus avoir accès rapidement à des services de qualité, des paiements complémentaires privés pour leurs services<sup>9</sup>. Cette privatisation du financement, qui a d'ailleurs déjà commencé, est d'autant plus difficile à arrêter qu'elle sert les intérêts immédiats de plusieurs groupes puissants dans la société. Elle ouvre un marché du travail complémentaire pour les professionnels et les employés du système de santé ; elle permet aux plus fortunés de bénéficier d'un accès prioritaire aux services ; et, finalement, elle ouvre aux assureurs, à l'industrie pharmaceutique et à l'industrie des biotechnologies de nouveaux marchés très lucratifs.

Quand les dépenses privées dépasseront un certain seuil (qui est difficile à établir avec précision, mais dont le Canada se rapproche dangereusement), il ne sera plus possible pour l'État de maintenir l'interdiction qui empêche les assureurs privés d'assurer les services médicalement requis sans porter atteinte aux « droits fondamentaux » de ceux qui souhaiteraient acheter une assurance complémentaire privée. Si les provinces laissent le financement privé s'introduire de façon significative dans le domaine des services médicaux et hospitaliers, le gouvernement fédéral ne pourra plus faire respecter les cinq principes de la loi canadienne sur la santé<sup>10</sup>. Dès qu'une brèche suffisante sera ouverte, les assureurs

---

<sup>9</sup> Le jugement de la Cour suprême du Canada dans la cause *Chaoulli c. Québec* (2005) ouvre une voie légale à ce genre de scénario.

<sup>10</sup> « *L'Accord de Libre-Échange Nord-Américain (ALENA) agit sur les systèmes de santé de deux manières. Tout d'abord, il limite les possibilités d'intervention des gouvernements en ce qui concerne les politiques publiques. Deuxièmement, l'accord introduit, à l'intérieur des systèmes de santé, la logique de la libéralisation des marchés. Pour atteindre ses objectifs, l'ALENA adopte, dans les deux cas, des stratégies particulières, propres au monde des affaires. En effet, et cela mérite d'être souligné, selon cet accord, un gouvernement qui étend ses services à des secteurs généralement desservis par des entreprises privées se*



offriront à ceux qui peuvent se les payer des assurances complémentaires pour les services médicaux et hospitaliers et les professionnels seront de plus en plus nombreux à choisir le système privé<sup>11</sup>. Il deviendra rapidement impossible d'interdire aux médecins d'avoir des pratiques mixtes – privées et publiques – pour réussir à maintenir un système public minimal.

À partir de ce moment-là, le système de santé tel qu'il existe aujourd'hui, c'est-à-dire fondé sur l'équité d'accès aux soins et la solidarité, aura disparu. Il existera dès lors deux catégories de citoyens, ceux qui auront des assurances privées et les autres. Compte tenu du poids des États-Unis, des traités de libre-échange et de la puissance des groupes qui dirigent les systèmes technico-économiques, le modèle qui finira par s'imposer ressemblera à celui de nos voisins du Sud. Les systèmes de santé canadiens s'achemineront tranquillement vers des systèmes publics qui ne couvriront que le strict minimum des besoins de santé. Une telle évolution n'a en fait d'autre but que de satisfaire les intérêts économiques de ceux qui voient dans la privatisation du système de santé une occasion de faire des affaires !

La réforme du système de santé soulève des questions politiques plus que techniques. Elle nous oblige à nous demander comment, dans nos démocraties libérales, mettre en œuvre des réformes qui vont à l'encontre des attentes de puissants groupes d'intérêts (Contandriopoulos, 2003) pour répondre aux besoins du plus grand nombre ?

---

*voit obligé de verser des compensations à certaines de ces entreprises pour avoir le privilège d'intervenir dans le domaine. Par nature, l'ALENA protège la logique marchande, qui s'oppose inévitablement aux fondements du système de santé du Canada.» Appleton, B. (1999). International Agreement and National Health Plan: NAFTA. Health Reform: Public success Public failure. In D. Drache and T. Sullivan. London and New York, Routledge. : 87 traduction de l'auteur; voir aussi Romanow 2002, Crawford, M. (2006). "Interactions: Trade Policy and Healthcare Reform After Chaoulli v. Quebec." Healthcare Policy / Politiques de Santé 1(2): 90-102.*

<sup>11</sup> Au Québec, même si le nombre de médecins désengagés du régime public d'assurance-maladie reste faible, il augmente très rapidement.

## 5 – POUR SORTIR DE LA CRISE : LA BONNE OPTION

### **La réforme par la coordination et l'intégration<sup>12</sup>**

C'est la voie qui est au cœur de tous les projets de réforme qui ont pour objectif d'assurer de façon efficiente, à toutes les personnes souffrantes, un accès libre et équitable à des services de qualité. Il s'agit d'une voie difficile, mais incontournable. Aux États-Unis, par exemple, P. Krugman (2006) constate que « [le] problème central du système de santé américain, c'est sa fragmentation... Les soins et les assurances constituent un assemblage hétéroclite d'assurances privées, d'hôpitaux à but lucratif et d'autres acteurs qui ajoutent aux coûts sans ajouter de valeur... On pourrait faire beaucoup mieux en s'inspirant de systèmes intégrés comme celui des Vétérans ». Au Québec, M. Couillard, quand il était ministre de la Santé, disait : « Il s'agit [maintenant] de donner accès à des soins et des services de qualité et sécuritaires à l'intérieur de délais raisonnables. » En France, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », qui vise à transformer en profondeur le système de soins, « a pour objet d'améliorer l'accès de tous nos concitoyens à une offre de soins de qualité et rationalisés sur l'ensemble du territoire ». Chez les analystes des systèmes de santé du monde entier, il existe un très large consensus quant au besoin de plus d'intégration et de coordination. Mais l'intégration est une entreprise difficile qui demande de la volonté, des moyens, du temps et du courage. Concrètement, elle oblige à repenser les frontières, les chasses gardées, les intérêts et les pouvoirs d'acteurs et d'organisations traditionnellement jaloux de leur indépendance.

L'enjeu de la réforme par l'intégration n'est pas l'élimination des structures existantes pour en reconstruire d'autres aussi contraignantes, mais bien la mise en place de modalités de régulation souples et adaptatives. Celles-ci doivent favoriser en permanence les processus d'apprentissage, encourager les acteurs à innover, valoriser non pas les contrôles punitifs, mais bien la responsabilité et l'obligation de

---

<sup>12</sup> « L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leur interdépendance pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif » : L'accès universel à des soins de qualité (Contandriopoulos, 2001).

rendre des comptes publiquement et susciter les débats, entre autres, par une utilisation systématique des nouvelles technologies de l'information. L'intégration implique un renouvellement du professionnalisme et de la gouvernance. Ce sont des transformations de cet ordre qui permettront à tous les citoyens de bénéficier d'un accès libre et équitable à des soins de qualité dans un contexte économique hautement compétitif. Or, pour qu'un tel processus de changement puisse se produire, il est nécessaire que tous les leviers du changement – les incitations associées aux systèmes de financement, à l'autorité, à l'influence qui découle des connaissances et des débats, laquelle se manifeste par le leadership et l'engagement de chacun à l'égard de grandes valeurs collectives comme l'équité par rapport à la maladie et à la santé – puissent être mobilisés.

### **Les difficultés de mise en œuvre des changements**

Plus le temps passe, plus la privatisation se développe et plus il devient difficile collectivement de mobiliser les leviers nécessaires pour mettre en œuvre les transformations nécessaires. L'intégration doit se faire rapidement, car demain il sera probablement trop tard !

La dynamique des transformations à mettre en œuvre est particulièrement complexe. La crise du système de santé résulte des pressions qu'exerce simultanément le développement des connaissances et des techniques, le vieillissement de la population, la dégradation de l'environnement et la mondialisation de la crise des finances publiques. Aucune société n'a véritablement les moyens d'agir sur ces facteurs. Face à cette crise, nous n'avons d'autre choix que de réformer en profondeur le système de santé. L'idée la plus prometteuse est celle de la réforme par l'intégration. Pour que cette idée prenne corps, il faut qu'elle soit conçue, portée et opérationnalisée par des leaders à tous les niveaux du système et qu'autour d'elle s'organisent des coalitions puissantes d'acteurs disposant des ressources nécessaires pour faire aboutir le projet. Ces ressources ne sont pas seulement financières et matérielles, elles sont aussi constituées par le temps, les connaissances, les informations et les capacités cognitives nécessaires pour concevoir un nouveau système de santé. Le projet de réforme, porté par ces

coalitions d'acteurs, entraînera de véritables changements s'il est à l'origine d'une transformation simultanée des pratiques des acteurs des organisations et des structures du système — c'est-à-dire aussi bien des pratiques des professionnels que de celles des gestionnaires et des patients.

Ces changements devraient accroître l'intégration du système de santé et entraîner, par le fait même, l'amélioration de sa performance.

La réussite de ces transformations dépend de la capacité d'une société à maîtriser les cinq paradoxes qui expliquent les difficultés qui freinent la mise en œuvre des projets de réforme :

1) *Le paradoxe de la mise en œuvre du changement.* Le changement est un processus social complexe qui demande des idées, du leadership, du temps, des informations, des compétences de haut niveau et des ressources matérielles, financières et humaines souvent importantes. Ce processus doit être implanté quand les ressources sont rares, quand il faut agir vite, quand les informations dont on aurait besoin pour prendre des décisions rationnelles ne sont pas disponibles et quand personne n'a le temps de faire autre chose que ce qu'exige son travail immédiat.

2) *Le paradoxe de la pérennité du changement.* Il faut entreprendre un changement radical du système de santé. Or on sait, d'une part, que les projets de changements qui ont le plus de chances de réussir sont les petits projets ciblés, mais que de tels projets ne sont généralement pas suffisants pour entraîner une transformation significative et durable du système de santé et, d'autre part, que les projets de changements radicaux ont généralement peu de chances de réussir !

3) *Le paradoxe de l'impulsion du changement.* Pour réussir, un changement doit être à la fois une démarche délibérée, rationnelle, planifiée, décidée et mise en œuvre par les responsables administratifs et politiques du système de santé (*top down*) et, pour s'implanter concrètement, un phénomène émergent, négocié, qui se construit, acquiert du sens et prend forme au cours de sa réalisation en fonction des initiatives des agents locaux (*bottom up*).

4) *Le paradoxe de la gouverne politique du changement.* Dans les sociétés démocratiques, les dirigeants sont élus par la population qu'ils doivent gérer. La population sur laquelle s'exerce leur autorité est la même que celle qui leur confère

cette autorité. Plus leurs décisions sont dérangeantes, plus ils prennent le risque de perdre leur légitimité politique et, par le fait même, leur capacité à mettre en œuvre des changements. D'autant plus que les qualités requises pour être élu ne sont pas nécessairement les mêmes que celles qu'exige la gouvernance d'un projet radical de réforme (Rocard, 2007).

5) *Le paradoxe des coalitions d'acteurs.* Pour qu'un changement puisse se réaliser, il faut qu'une large coalition d'acteurs crédibles et influents à tous les niveaux du système appuie le projet de réforme. Or une réforme majeure, en provoquant des changements dans les structures et les pratiques, modifiera forcément les champs de pouvoir des acteurs et la distribution des ressources. Or, pour qu'une réforme puisse réussir, il faudrait qu'elle soit appuyée par ceux qui ont le plus à perdre si la réforme aboutit! Martin Luter King dans sa « lettre de la geôle de Birmingham » en 1963 écrivait : « *L'histoire est la longue et tragique illustration du fait que les groupes privilégiés cèdent rarement leurs privilèges sans y être contraints. Il arrive que des individus soient touchés par la lumière de la morale et renoncent d'eux-mêmes à leurs attitudes injustes, mais les groupes ont rarement autant de moralité que les individus* ».

La capacité de maîtriser ces paradoxes pour entrainer le système de santé dans une direction qui soit compatible avec les attentes de la population implique une transformation importante dans les façons d'agir dans le système de santé et, par extension, dans l'ensemble de la société. Notre société doit favoriser les débats qui font ressortir les risques d'un manque de cohérence entre les discours et la réalité des transformations engendrés par le statu quo. Il faut penser le changement dans sa complexité et mobiliser la confiance et le leadership pour maîtriser les paradoxes et être en mesure d'inscrire des actions de changement dans la durée. Il est nécessaire d'impliquer les professionnels et d'encourager et d'appuyer les changements émergents par des politiques volontaristes qui engagent le système et les organisations dans une trajectoire durable d'amélioration continue de la performance. Pour cela, il faut outiller les professionnels et les gestionnaires pour

leur permettre de débattre, d'interpréter et d'agir en tenant compte des évaluations de la performance.

## **EN CONCLUSION : UN RÊVE**

On pourrait espérer que le processus de changement à mettre en œuvre pour réformer le système de santé devienne le grand chantier de la réforme de la démocratie et permette de démontrer que les politiques publiques ont véritablement la capacité de transformer les grandes institutions de la société et de répondre ainsi aux attentes de la population.

## **Bibliographie (à compléter, vérifier)**

- Appleton, B. (1999). International Agreement and National Health Plan: NAFTA. Health Reform: Public success Public failure. In D. Drache and T. Sullivan. London and New York, Routledge.
- Arweiler, D. (2002). L'économie face à la santé. Faculté des Études Supérieures. Montréal, Université de Montréal. **Thèse de doctorat PhD**.
- Beck, U. (2001). La société du risque. Paris, Aubier.
- Beveridge, W. H. (1942). Social Security and Allied Services. London., H. M. Stationery off.: 74 p.
- Canguilhem, G. (1972). La Mathématisation des doctrines informes; colloque tenu à l'Institut d'histoire des sciences de l'Université de Paris. [Paris], Hermann.
- CESBES (1970). Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, deuxième partie, volume IV: la santé. Québec, Gouvernement du Québec.
- CESSSS (2000). Les solutions émergentes. Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

- Contandriopoulos, A.-P. (2003). "Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins." Éthique Publique 5(1): p. 42-57.
- Cours Suprême du Canada (2005). Chaoulli c Québec (Procureur Général), [2005] 1. R.C.S. 791, 2005 CSC 35, Ottawa, Cours Suprême du Canada.
- Crawford, M. (2006). "Interactions: Trade Policy and Healthcare Reform After Chaoulli v. Quebec." Healthcare Policy / Politiques de Santé 1(2): 90-102.
- CSBEQ (2002). Le financement privé des services médicaux et hospitaliers: Avis/ Conseil de Santé et du Bien-Être. Québec, Conseil de Santé et du Bien-Être du Québec.
- Desrosier, G. (1999). "Le système de santé au Québec - Bilan historique et perspective d'avenir. Conférence inaugurale du 51e congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française, octobre 1998." Revue d'histoire de l'Amérique française 53(1): p. 3-18.
- Forum National sur la Santé. (1997). La Santé au Canada: un héritage à faire fructifier. Ottawa, Gouvernement du Canada. **vol II, Rapport de synthèse et document de référence**
- Foucault, M. (1976). La volonté de savoir. Histoire de la sexualité. Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (1997). Il faut défendre la société: cours au collège de France (1975-1976). Paris, Seuil/Gallimard.
- Foucault, M., Ed. (2001). «Crise de la médecine ou antimédecine?». in Dits et écrits II, 1976-1988. Paris, Quatro, Gallimard.
- Glouberman, S. (2001). Towards a New Perspective on Health Policy. Toronto, Canadian Policy Research Networks Inc.
- Guattari, F. (1992). Pour une refondation des pratiques sociales. Le Monde Diplomatique.
- ICIS (2005). Les soins de santé au Canada. Ottawa, Institut Canadien d'Information sur la Santé.
- Khun, S. T. (1962). La structure des révolutions scientifiques. Paris, Champ Flammarion 1983.
- Lambert, D.-C. (2000). Les systèmes de santé - Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels. Paris, Seuil.
- Leblanc, G. (2004). "L'extension du pouvoir médical." Le magazine littéraire(n° 435): pp 47-49.

Lomas, J. (1990). "Finding audiences, changing beliefs: the structure of research use in Canadian health policy." *Journal of Health Politics, Policy & Law* **15**(3): 525-42.

OCDE (2000). *Analyse comparative de 29 pays*, CREDES.

Romanow, R. J. (2002). Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada. Saskatoon, Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Barer ML, Evans RG, Hertzman C, Johri M. (mars 1998). « Lies, Damned Lies, and Health Care Zombies: Discredited Ideas that Will Not Die. » Vancouver (BC) : Centre for Health Services and Policy Research, 78 p.

Beck U. (1986). « Culture politique et évolution technique : la fin du consensus sur le progrès et subpolitique de la médecine – étude d'un cas limite », dans *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Alto-Aubier, pp. 428-451.

Béland F. (mars 2008). « Les dépenses de santé au Québec : une énigme ou un signal d'alarme ? », dans Béland *et al.* (dir.) (2008). *Le privé dans la santé : un débat sans fin ?* Montréal : PUM.

Béland F, Contandriopoulos AP, Quesnel-Vallée A, Robert L. (dir.) (2008). *Le privé dans la santé : un débat sans fin ?* Montréal : PUM.

Colombo F, Tapay N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers No. 15.

Commissaire à la santé et au bien-être (novembre 2009). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins de santé : le Québec comparé*. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2008. CSBE : Québec.

Comondore VR, Devereaux PJ, Zhou Q, Stone SB, Busse JW, Ravindran NC, *et al.* (2009). « Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and Meta analysis ». *BMJ* 2009, 339 : b2732.

Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. (2001). « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre ». *Ruptures*, vol. 8, n° 2, pp. 38-52



Contandriopoulos AP. (2003). « Inertie et changement ». *Ruptures*, vol. 9, n° 2.

Contandriopoulos AP. (2007). « L'évolution des dépenses de santé est-elle insupportable ? ». *Santé, Société et Solidarité*, volume VI, n° 2, pp. 19-26.

Donabedian A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press.

Evans RG, McGrail KM, Morgan SG, Barer ML, Hertzman C. (2001) « Apocalypse No: Population Aging and the Future of Health Care Systems ». *Canadian Journal on Aging*, vol. 20 (suppl. 1), pp. 160-191

Evans RG, Vujicic M., dans Maynard A. (dir.) (2005). « Political Wolves and Economic Sheep: The Sustainability of Public Health Insurance in Canada ». *The Public-Private Mix for Health Care*. Oxford : Radcliffe Publishing.

FCRSS (2011). *Mythe : le vieillissement de la population est responsable de la hausse incontrôlable des coûts de la santé*. FCRSS : Ottawa.

Foucault M. (2001). « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », dans *Dits et écrits II (1976-1988)*. Paris : Quarto, Gallimard, pp. 40-58.

Foucault M. (1997). « Cours du 17 mars 1976 », dans *Il faut défendre la société*. Paris : Seuil/Gallimard, pp. 213-235).

Krugman P. (23 mars 2006). *New York Review*.

Lamarche P, Trigub-Clover A. (2008). « Les effets des services de santé selon le type de propriété des organisations productrices : une revue systématique », dans Béland et al. (2008). *Le privé dans la santé : un débat sans fin ?* Montréal : PUM.

Le Blanc G. (octobre 2004). « L'extension du pouvoir médical ». *Le magazine littéraire*. n° 435.

Rocard M. (2007), dans Crépu M, Ferry L, Rocard M, Valadier P. *Gouverner, métier impossible?* Paris : Elema, p. 38-39.

Meslé F, Vallin J. (1992) « Santé et démographie : les conséquences du progrès de la médecine », dans *L'homme et la santé*. Ouvrage cité à l'exposition « L'homme et la santé » présentée à la Cité des sciences et de l'industrie de la Villette, Paris : Seuil, pp. 237-243.

Quesnel-Vallée A, Jenkins T. (2008). « Vieillesse et utilisation des soins : comment répartir les coûts ? », dans Béland *et al.* *Le privé dans la santé : un débat sans fin ?* Montréal : PUM.

Quesnel-Vallée A, Soderstrom L. (2008). « Le défi démographique du vieillissement : une menace pour le financement des services de santé », dans Béland *et al.* (dir.) *Le privé dans la santé : un débat sans fin ?* Montréal : PUM.

Vaillancourt-Rosenau P, Linder SH. (2003). « A comparison of the performance of for-profit and nonprofit U.S. psychiatric inpatient care providers since 1980 ». *Psychiatric Services*, 54(2), pp. 183-187.