

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION EXTRAORDINAIRE DE 1988 - 1989

Rattaché pour ordre au procès-verbal de la séance du 22 décembre 1988

Enregistré à la Présidence du Sénat le 27 janvier 1989

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission d'information effectuée du 16 au 24 juillet 1988 par une délégation chargée d'étudier la protection sociale et l'organisation du système de santé au Canada,

Par MM. Claude HURIET, Henri COLLARD, Charles DESCOURS,
José BALARELLO, Mme Marie-Claude BEAUDEAU
et M. Marc BOEUF,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Louis Souvet, Bernard Lemarié, Henri Collard, Charles Bonifay, *vice-présidents* ; André Rabineau, Charles Descours, Hector Viron, José Balarello, *secrétaires* ; MM. Jean Amelin, Jean Barras, Jean-Paul Bataille, Mme Marie-Claude Beauveau, MM. Henri Belcour, Gilbert Belin, Guy Besse, Jacques Bimbenet, Marc Boeuf, Eugène Boyer, Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Jean Cauchon, Jean Chérioux, François Delga, Franz Duboscq, Charles Ginésy, Claude Huriet, Roger Husson, Lucien Lanier, Louis Lazuech, Henri Le Breton, Roger Lise, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Mme Hélène Missoffe, MM. Arthur Moulin, Guy Penne, Henri Portier, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Olivier Roux, Franck Sérusclat, René-Pierre Signé, Paul Souffrin, Raymond Tarcy, Georges Treille, François Trucy.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
PROGRAMME DE LA MISSION	11
Préambule - Contexte politique, démographique et économique du Canada	15
A. Données démographiques	16
B. Les enjeux économiques à moyen terme	17
PREMIERE PARTIE : L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE AU CANADA	21
I. - Exercice des compétences en matière sanitaire et sociale	21
A. Historiquement, une quasi-exclusivité des provinces en matière sanitaire et sociale	21
B. L'entrée du pouvoir fédéral dans le champ de la santé	23
1° Participation fédérale ponctuelle	23
2° Loi sur l'assurance-hospitalisation en 1957	24
3° Une participation fédérale globale avec la loi sur les soins médicaux en 1966	25
C. Le relatif désengagement fédéral inscrit dans la loi sur les accords fiscaux	27
1° Les conséquences du choc pétrolier de 1973	27
2° Les arrangements fiscaux de 1982-1987	29
II. - Monographie des services et prestations assurés en matière de santé et de bien-être social au Canada	30
A. Services de santé	30
1° Compétence exclusive du pouvoir fédéral dans certains domaines spécialisés	30
2° Participation fédérale aux régimes d'assurance- hospitalisation et d'assurance maladie provinciaux	30
a. En matière d'hospitalisation	31
b. En ce qui concerne les soins médicaux ambulatoires	32
c. Programmes de soins médicaux pour les assistés sociaux	34
B. Sécurité du revenu et services sociaux	36
1° Les programmes sociaux fédéraux	37
a. Programmes de la sécurité du revenu	37

<i>b.</i> Programme de soutien du revenu au travers du régime d'assistance publique du Canada	39
<i>c.</i> Programmes d'assurance-revenu	39
<i>d.</i> Programmes fédéraux de services sociaux	41
2° Les programmes sociaux provinciaux	42
<i>a.</i> Assistance sociale	42
<i>b.</i> Indemnisation des accidents du travail	43
<i>c.</i> Crédits d'impôt-logement	43
<i>d.</i> Suppléments du revenu	44
<i>e.</i> Services sociaux provinciaux	45
III. - Aspects financiers et comparaisons internationales	47
A. Coût global de l'action sanitaire et sociale au Canada et dans les différentes provinces	48
1° L'exemple du Québec	48
2° Coût global dans les autres provinces et comparaisons internationales	49
B. Répartition et évolution respective des différentes fonctions composant les dépenses de santé	50
1° Poids global des dépenses de sécurité sociale et de santé	50
2° L'exemple de l'Ontario implique à moyen terme la nécessaire maîtrise des dépenses de santé	52
<i>a.</i> Évolution globale des dépenses en matière de santé	53
<i>b.</i> Répartition des principaux postes de dépenses en matière de santé	53
<i>c.</i> Le financement des dépenses de santé	56
DEUXIEME PARTIE : LE SYSTEME DE RETRAITES ET DE PENSIONS DU CANADA	59
I. - Un régime d'allocations de base pour personnes âgées	59
A. Les conditions d'obtention de la pension de base "sécurité de la vieillesse" (SV)	60
B. Les conditions d'attribution du supplément de revenu garanti (SRG) et de l'allocation au conjoint (AC)	60
C. Poids financier du dispositif de base pour les personnes âgées	61
II. - Les régimes de pensions du Canada et de rentes du Québec	64
A. Présentation du système	64
B. Contenu des prestations du régime de retraites du Canada	65
1° Modulation de la pension en fonction de l'âge de la retraite	65
2° Pensions de survivant	65
3° Pension d'invalidité	66
4° Prestations pour enfants à charge	67
5° Prestation décès	67
6° Partage des crédits de pension	67

C. Une nécessaire évolution du régime	68
1° Montée en charge du régime	68
2° Réforme du taux des cotisations pour équilibrer le régime jusqu'en 2010	69
III. - Un régime d'assurances privées à titre subsidiaire	70
TROISIEME PARTIE . LE SYSTEME SANITAIRE ET SOCIAL DU QUEBEC	73
1. Historique	73
2. Les fondements du système	75
I. - Monographie du "réseau" des établissements sanitaires et sociaux et ses difficultés de fonctionnement	78
A. Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux : La régionalisation du système dans l'impasse ?	80
1° Les CRSSS : Deconcentration plus que décentralisation	80
2° La régionalisation dans l'impasse	81
B. Les difficultés financières et administratives des centres hospitaliers de courte durée	82
1° Le rôle pivot des centres hospitaliers	82
2° Les difficultés des centres hospitaliers	82
C. "L'ouverture" vers l'extérieur des centres hospitaliers psychiatriques	84
1° L'évolution des services psychiatriques depuis 1960	84
2° La mise en place de structures intermédiaires et communautaires	85
D. Les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.)	85
1° Une mise en place des C.L.S.C. lente et très contestée	85
2° Une tentative d'évaluation des activités des C.L.S.C.	86
E. Les centres de services sociaux	87
1° La création des centres de services sociaux pour harmoniser l'offre et l'organisation des services sociaux	87
2° Des restrictions budgétaires qui imposent une redéfinition du rôle des centres de services sociaux (C.S.S.)	88
F. Les centres d'accueil d'hébergement (C.A.H.) et les centres hospitaliers de soins de longue durée (C.H.S.L.D.)	89
1° La réponse au vieillissement de la population	89
2° L'évolution des conditions d'hébergement des personnes âgées	90
G. Les centres d'accueil de réadaptation	91
1° Les CAR pour handicapés mentaux	91
2° Les CAR pour jeunes en difficulté	92
3° Les CAR pour handicapés physiques	92
4° Les CAR pour alcooliques et toxicomanes	93
5° Les centres d'accueil d'assistance-maternité	93

II. - Le financement du système sanitaire et social et la recherche de nouvelles ressources à moyen terme	96
A. Le coût du système sanitaire et social du Québec	97
1° Coût global	97
2° Analyse des composantes de la dépense publique en matière sanitaire et sociale	97
B. Les sources de financement	99
1° La prédominance du financement public est réelle en ce qui concerne tant les dépenses de santé que celles des services sociaux	99
a. Les sources de financement des services de santé	99
b. Les sources de financement des services sociaux ..	101
2° Les caractéristiques du financement public traduisent un relatif désengagement du pouvoir fédéral	102
a. L'évolution globale des différentes sources de financement public	102
b. Le désengagement "relatif" du pouvoir fédéral ...	103
C - Modalités d'allocation des ressources et maîtrise des coûts	105
1° Les tentatives de maîtrise des allocations aux établissements	105
2° Le paiement des services médicaux par la Régie d'Assurance maladie du Québec (RAMQ) et les mécanis- mes de contrôle de ces coûts	108
a. Modalités de fonctionnement de la RAMQ	108
b. Les mesures réglementaires de contrôle des coûts	115
 CONCLUSION	 119

INTRODUCTION

Mesdames, Messieurs,

Avec cette mission au Canada, la commission des Affaires sociales complète un cycle de voyages d'études qui l'a menée en Grande-Bretagne en 1984, en Suède en 1985 et aux Etats-Unis en 1987. Il s'agissait, afin d'éclairer le débat qui s'est engagé sur l'avenir de notre régime de protection sociale, d'étudier et de comparer à notre système, les systèmes adoptés par nos principaux partenaires économiques.

Le Canada gère un système de protection sociale, dont l'organisation, en raison d'une structure politique décentralisée, est très complexe, puisqu'interviennent tout à la fois, les gouvernements provinciaux et le pouvoir fédéral.

Mais les fondements de ce régime présentent de larges similitudes avec le système français :

- universalité et accessibilité des régimes de protection,
- gestion publique du système,
- ressources publiques.

La délégation a cherché, au-delà de l'étude même du dispositif, a analysé son évolution à moyen terme pour voir si les solutions envisagées pouvaient ou non conforter notre propre réflexion sur l'avenir du système français de protection sociale, ou à tout le moins l'inspirer.

Pour mener à bien une étude d'ensemble, dans un délai relativement court, le séjour de la délégation s'est déroulé en quatre étapes :

- deux jours à Toronto, pour étudier les compétences provinciales en matière sanitaire et sociale,
- deux jours à Ottawa, où furent expliquées les compétences du pouvoir fédéral,
- deux jours à Québec et une journée à Montréal où la délégation a pu étudier les particularités du système québécois.

A chacune de ces étapes, la délégation a pu avoir des entretiens avec :

- les responsables des ministères compétents en matière sanitaire et sociale tant au niveau fédéral que provincial,
- les parlementaires de l'Assemblée législative de l'Ontario, du comité des affaires sociales du Sénat et de la Chambre des communes et de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec.
- Au Québec, les gestionnaires de la régie d'assurance-maladie, et du réseau d'établissements sanitaires et sociaux,
- en Ontario et au Québec, les administrateurs d'établissements hospitaliers, et d'établissements pour personnes âgées, ainsi qu'avec des médecins exerçant dans ces établissements.

La délégation tient à remercier très vivement l'ensemble des personnalités qui l'ont reçue, pour la chaleur de leur accueil et la qualité des entretiens.

Elle souhaite également remercier M. André Vallerand, ministre délégué aux affaires internationales du Québec, qui a facilité le séjour de la délégation et permis de mesurer une fois encore, les liens très particuliers qui unissent le Québec à la France.

Enfin, la délégation remercie également S.E. M. Philippe Husson, Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire de France à Ottawa, M. Jacques Royer, Consul général de France à Toronto, M. Daniel Jouanneau, Consul général de France à Québec et M. Jean-Pierre Beauchataud, Consul général de France à Montréal, ainsi que leurs collaborateurs pour leur participation efficace à l'organisation et au bon déroulement de la mission.

*

* *

PROGRAMME DE LA MISSION

Dimanche 17 juillet : Toronto

- 10 H 00** Visite des chutes du Niagara et de Niagara-on-the-Lake
- 19 H 30** Diner offert par le Consul Général et Mme Jacques Royet

Lundi 18 juillet : Toronto

- 10 H 00** Entretien avec M. Julien Sweeny, ministre provincial des services sociaux et communautaires et M. Peter Barnes, sous-ministre
- 11 H 00** Réunion d'information organisée par le ministère des Affaires sociales et communautaires
- 12 H 30** Déjeuner offert par M. Jean Poirier, député, vice-président de l'Assemblée législative de l'Ontario
- 14 H 00** Entretien avec Mme Kaplan, ministre de la santé de l'Ontario
- 15 H 00** Réunion d'information organisée par le Ministère de la Santé
- 17 H 00** Visite de l'hôpital Queen Elizabeth (centre gériatrique)

Mardi 19 juillet : Ottawa

- 9 H 30** Visite du musée des Beaux Arts. Exposition Degas.
- 11 H 00** Réunion avec M. Aymard Corbin et Mmes Brenda Robertson, Lorna Murdsen et Margaret Andersen, sénateurs membres du comité des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie du Sénat
- 12 H 30** Déjeuner offert par M. André Harvey, député, vice-président de l'Association parlementaire France-Canada
- 14 H 30** Séance des questions à la Chambre des Communes

- 15 H 30** Réunion avec MM. Bruce Halliday, Barry Turner, et W. Paul Mc Crossan, députés, membres du comité de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des Communes
- 19 H 30** Dîner offert par S.E. M. Philippe Husson, ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire de France

Mercredi 20 juillet : Ottawa

- 9 H 30** Table ronde au Ministère de la Santé et du bien-être social présidée par M. Norbert Préfontaine, sous-ministre adjoint aux affaires intergouvernementales et internationales
- 12 H 30** Déjeuner offert par Mme Monique Tardif, secrétaire parlementaire du ministre de la santé et du bien-être social.
- 14 H 30** Visite de l'Hôpital Général
Réunion d'information présidée par M. Michel Bilodeau, vice-président de l'hôpital général

Jeudi 21 juillet : Québec

- 9 H 00** Entretien avec M. Réjean Cantin, sous-ministre de la santé
- 10 H 00** Entretien avec M. Raynold Gagnon, directeur de la liaison avec les hôpitaux (structures hospitalières)
- 10 H 30** Table ronde avec les responsables de :
- la direction des politiques et synthèses financières
- la direction des ententes fédérales provinciales
- la direction du personnel de la santé
- 13 H 00** Déjeuner offert par M. Réjean Cantin, sous-ministre de la santé
- 15 H 00** Réunion avec M. Auguste Mockle, président de la région d'assurance-maladie du Québec
- 17 H 00** Réunion d'information au ministère de la main-d'oeuvre et du revenu
- 19 H 30** Dîner offert par M. Daniel Jouanneau, Consul général de France

Vendredi 22 juillet : Québec - Montréal

- 9 H 00** **Petit déjeuner de travail et entretien avec M. Guy Belanger, député, président de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec**
- 11 H 00** **Départ pour Montréal
Déjeuner français à la résidence du Consul général de France**
- 14 H 00** **Visite à M. André Vallerand, ministre délégué aux Affaires internationales du Québec**
- 14 H 45** **Entretiens au Conseil de la Santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain avec MM. Marcel Villeneuve, directeur de la programmation, et Eric Deslauriers, directeur de la planification**
- 16 H 30** **Entretiens à la communauté urbaine de Montréal, avec MM. Jérôme Choquette, maire d'Outremont, chargé des transports, André Gamache, vice-président de la communauté et Claude Vézina, conseiller pour le développement et la coordination**
- 18 H 00** **Cocktail offert par M. Jean-Pierre Beauchataud, Consul général de France**

Samedi 23 juillet : Montréal

- 9 H 00** **Visite du centre hospitalier "Côte des Neiges" (centre gériatrique)**
- 11 H 00** **Visite de l'hôpital Notre-Dame
Entretiens avec M. Marcel H. Labbé, directeur général et secrétaire du Conseil d'administration et les Drs François Lamoureux, Louis Lapierre, Gilles Beland et Pierre Audet-Lapointe, chefs de départements hospitaliers**
- 15 H 00** **Visite de Montréal**
- 19 H 30** **Départ pour Paris**

PRÉAMBULE : CONTEXTE POLITIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE DU CANADA

Le Canada est un Etat fédéral comprenant dix provinces et deux territoires. La Confédération canadienne créée par l'Acte de l'Amérique du Nord britannique s'est donc peu à peu constituée et organisée :

1867 : Québec, Ontario, Nouvelle-Ecosse, Nouveau Brunswick

1870 : Manitoba

1871 : Colombie britannique

1873 : Ile du Prince Edouard

1874 : Territoires du Nord-Ouest

1898 : Yukon

1905 : Alberta - Saskatchewan

1949 : Terre Neuve

Au niveau fédéral, le gouvernement est dirigé par un Premier ministre, leader du parti majoritaire au Parlement. Actuellement, il s'agit de M. Brian Mulroney, conservateur, élu en septembre 1984 et réélu le 21 novembre 1988. Le Parlement est bicaméral, composé du Sénat où siègent 104 membres inamovibles nommés par le gouvernement et de la Chambre des communes, où siègent 282 députés élus pour 5 ans au scrutin uninominal à un tour.

Chaque province est gouvernée par un conseil des ministres responsable devant une Assemblée législative qui dispose de pouvoirs étendus.

Avant de présenter le régime institutionnel et juridique de l'action sanitaire et sociale au Canada, il convient de tracer très brièvement le contexte démographique et économique de ce pays en 1988.

A. Données démographiques

Le Canada, d'un strict point de vue démographique et géographique, se caractérise par l'immensité de son territoire, qui le place en deuxième pays du monde après l'URSS (10 millions de km² environ) avec une population qui s'élève à 27,5 millions d'habitants.

Cette population est, pour 38,6 %, d'origine britannique et pour 24,6 % d'origine française. Les deux langues officielles sont donc l'anglais et le français, respectivement parlés par 70 % et 30 % de la population mais, au Québec, le français est pratiqué par 80 % de la population.

L'évolution de la population est marquée par son vieillissement, plus précisément par l'augmentation importante de femmes âgées et de personnes très âgées et souvent très dépendantes.

La deuxième caractéristique de la population canadienne est liée à la politique d'immigration. Historiquement, l'immigration a fortement contribué à l'histoire et à la culture du Canada. Aujourd'hui, elle comporte d'indéniables aspects positifs tant du point de vue économique que démographique, puisqu'elle ralentit le vieillissement de la population. Pour des raisons de conjoncture économique, les flux d'entrée avaient été restreints ces dernières années, mais ils sont à nouveau en augmentation, puisqu'en 1987-1988, 150 000 personnes auront été admises contre seulement 114 000 en 1986-1987, 85 000 en 1985-1986 et 87 000 en 1984-1985.

Les immigrants choisissent principalement de s'installer en Ontario (84 600 en 1987-1988) et au Québec (25 000 en 1987-1988) ou encore en Colombie Britannique (19 000 en 1987-1988).

B. Les enjeux économiques à moyen terme

D'un point de vue économique, les perspectives sont favorables pour le Canada, malgré quelques zones d'ombre. Dans ce contexte, les perspectives de l'accord de libre-échange américano-canadien ne seront pas sans conséquence sur la politique intérieure du pays.

Les indicateurs présentés dans le tableau ci-dessous témoignent de l'activité économique du pays.

1987	
PIB	53,8 milliards de \$ (*) (242 milliards de francs)
PIB/h	21.315 \$ (100.000 francs)
Taux croissance PIB	+ 3,9 %
Balance commerciale	+ 9 milliards de \$
Taux d'inflation	+ 4,4 %
Chômage	8,8 %

(*) - \$. sauf indications contraires, ce sigle, utilisé dans le rapport, fait référence au dollar canadien.

. Valeur du dollar canadien au 15 février 1989 : 1 \$ = 5,32 F

En 1987, l'expansion économique a été soutenue par le niveau élevé de la consommation des ménages, l'importance des investissements productifs et la forte croissance du nombre des emplois créés (+ 400.000).

En 1988, la croissance s'est poursuivie avec une croissance du PIB de + 4,2 % et un taux de chômage qui est tombé à 7,8 %.

Pour les années à venir, tout porte à croire que la croissance devrait se maintenir à un niveau soutenu (+ 3 % par an), et ceci grâce à l'investissement et à l'accroissement des exportations.

Ces perspectives sont bien entendu très dépendantes de la mise en place de l'accord de libre-échange américano-canadien signé en janvier 1988 et ratifié par le Parlement canadien le 30 décembre.

L'élimination progressive des droits de douane, selon le dispositif présenté ci-dessous, va, dans un premier temps, entraîner une augmentation des importations car les droits de douane sont plus élevés au Canada. Ce n'est que plus tard que l'on pourra enregistrer les avantages en matière de productivité de restructurations et de spécialisations, selon les conclusions des experts canadiens.

Suppression des droits de douane dans l'accord de libre échange

Droits de douane entièrement supprimés sur 15 % du commerce bilatéral imposable (matériel informatique, les fourrures, le poisson frais surgelé, la nourriture pour animaux, les skis, les patins et le whisky).	Droits réduits de 20 % tout de suite puis de 20 % par an jusqu'à la franchise totale début 1993 sur le tiers des produits imposables (machinerie, les peintures, les meubles, le papier et ses dérivés, le contreplaqué, le bois dur, le pétrole et les pièces automobile).	Diminution de 10 % immédiatement puis de 10 % par an jusqu'à leur disparition complète le 1er janvier 1988 des droits sur les quelque 50 % restants du commerce imposable (les vêtements, les chaussures, les textiles, les appareils ménagers, la plupart des aliments conditionnés, les produits pharmaceutiques, les cosmétiques).	Autres dispositions : levée par le Canada de son embargo sur les avions et les voitures d'occasion en provenance des États-Unis, simplification des formalités d'entrée pour des séjours temporaires des hommes d'affaires des deux pays, garantie d'accès et interdiction de toute nouvelle barrière pour les fournisseurs de services couverts par le traité.
---	--	--	--

Au-delà de cette contrainte externe, les zones d'ombre restent encore très largement structurelles et d'ordre interne, puisque liées à l'endettement important du Canada.

La politique de réduction du déficit budgétaire a certes eu quelques effets puisque, fin 1987, le déficit fédéral était ramené à 4 % du PIB. Mais, pour l'année 1987-1988, il atteint 29,3 milliards de \$ (soit 5 % du PIB) et devrait s'élever à 28,9 milliards de \$ pour 1988-1989.

La menace qui pèse sur l'économie canadienne est alors constituée par l'accumulation de ces déficits ; la dette publique, en mars 1989, s'élèverait à 322 milliards de \$, soit 55 % du PIB. Le service de la dette absorbe quant à lui 32 milliards de \$, soit 5 % du PIB.

Dans ces conditions, le débat sur les dépenses budgétaires et leur limitation constituera un enjeu important de ces prochaines années. D'autant plus que le gouvernement a adopté une réforme fiscale en 1987 qui, à court terme, implique de moindres rentrées. C'est donc sur le chapitre des dépenses que les aménagements devront se faire. Tout en étant très attaché au régime de protection sanitaire et social actuel, le Canada pourra-t-il éviter de procéder à l'aménagement de son contenu ?

PREMIERE PARTIE : L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE AU CANADA

I. EXERCICE DES COMPETENCES EN MATIERE SANITAIRE ET SOCIALE

C'est dans le cadre fédéral tel qu'il est esquissé en préambule que s'exercent de façon complexe les compétences respectives du gouvernement fédéral et des provinces en matière de protection sanitaire et sociale.

A. Historiquement, une quasi-exclusivité des provinces en matière sanitaire et sociale

Le chapitre VI de la loi constitutionnelle de 1867 (l'Acte de l'Amérique du nord britannique, AANB), amendée de nombreuses fois depuis lors, traite de la "distribution des pouvoirs législatifs".

L'article 91, qui fixe les pouvoirs du Parlement canadien, précise que l'autorité exclusive du Parlement du Canada s'étend à "(...) la quarantaine, l'établissement et le maintien des hôpitaux de marine".

L'article 92, qui fixe les pouvoirs exclusifs des législatures provinciales, prévoit pour sa part que (...) "dans chaque province, la législature pourra exclusivement légiférer relativement aux matières entrant dans les catégories de sujets ci-dessous énumérés, à savoir : (...) l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine ; (...) généralement, toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province".

A première vue, le texte constitutionnel est clair : mis à part les hôpitaux de marine, ce sont les provinces qui ont la responsabilité de la santé et qui donc devront financer les dépenses

de ce secteur, qu'il s'agisse des équipements collectifs ou des soins proprement dits.

En réalité, l'article 92 ne comporte pas d'attribution spéciale de compétence en matière de santé (contrairement à l'éducation que l'article 93 de la constitution attribue de manière exclusive aux provinces). En témoigne le commentaire de la commission royale d'enquête sur les relations entre le Dominion et les provinces (commission Rowell-Sirois, 1938).

"En 1867 (année de la création de la confédération), le service de la santé publique était encore à l'état embryonnaire". L'Etat n'intervenait que "de façon exceptionnelle pour protéger ou améliorer la santé des citoyens, et cette intervention n'était tolérée que dans les cas d'urgence, en temps d'épidémie par exemple". Ces initiatives étaient, en outre, le fait presque exclusif des administrations provinciales et municipales. (...) "Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que l'Acte de l'Amérique du nord britannique n'ait pas attribué de pouvoirs définis en matière de santé publique". Cependant, constate la commission, cet Acte confie au Dominion (le Canada) "la juridiction sur les hôpitaux de marine et la quarantaine (probablement des navires)", tandis qu'il reconnaît aux provinces juridiction sur les autres hôpitaux, les asiles, les institutions et les hospices de charité. Il attribue également aux provinces des pouvoirs généraux sur toutes les matières d'une nature purement locale ou privée. Les questions d'hygiène, recommande la commission, doivent donc être considérées comme relevant du domaine provincial.

Historiquement donc, la compétence générale en matière de santé publique a été peu à peu considérée comme appartenant aux provinces, en vertu de l'article 92. Ce principe a été confirmé récemment par un arrêt de la Cour suprême du Canada (Schneider c. la Reine, R (1982). Une toxicomane de Colombie britannique, enfermée par ordre des pouvoirs publics provinciaux pour une cure de désintoxication en application de l'Heroin Treatment Act de la province, contestait la constitutionnalité de cette loi. A l'unanimité, par la plume du juge Dickson, la cour affirme que :

(...) "La compétence générale en matière de santé appartient aux provinces". Elle admet cependant une compétence limitée du pouvoir fédéral, à titre accessoire ou en rapport avec le

"pouvoir d'urgence relatif à la paix, à l'ordre et au bon gouvernement". Toutefois, le juge en chef Laskin s'empresse d'ajouter : "cette conclusion ne doit pas s'interpréter comme empêchant le Parlement du Canada d'adopter des lois sur la santé publique, qui viseraient à protéger le bien-être national".

La santé est donc un domaine de compétences partagées où, cependant, les provinces prennent la place principale et auquel elles consacrent des parts importantes de leurs budgets respectifs. Toutefois, le gouvernement fédéral ne s'est jamais privé d'intervenir dans ce champ où il a parfois joué un rôle de leader.

B. L'entrée du pouvoir fédéral dans le champ de la santé

1. Participation fédérale ponctuelle

La santé étant l'affaire des citoyens dans leur vie quotidienne, les provinces se sont profondément impliquées dans ce secteur. Chacune a un ministère de la santé (souvent jumelé avec les services sociaux) qui assure la tutelle des services et des équipements de soins. Pour Ottawa (le gouvernement fédéral), il ne s'agit pas d'intervenir directement dans la gestion de la santé. On a utilisé, comme dans tous les cas de compétence partagée, la technique des "programmes à frais partagés" : chaque province paie les coûts correspondants et Ottawa en rembourse une partie selon une formule préétablie, dans le cadre d'ententes généralement négociées au cours de conférences fédérales-provinciales.

Le tableau qui suit donne une idée de la manière dont a fonctionné le mécanisme entre 1867 et 1957, en ce qui concerne la santé :

Année	Programme	Critères de base de l'attribution aux provinces des fonds fédéraux	Remboursement fédéral %
1937	allocations aux aveugles	aveugles indigents de 18 à 69 ans	75
1948	- construction d'hôpitaux	estimation du coût	50
	- hygiène mentale	subvention brute et population	50
	- contrôle tuberculose	subvention brute, population et décès causés par la maladie	50
	- recherche en santé publique	besoins de la recherche	50
	- prévention du cancer	taux brut et population	50
	- santé publique	taux brut et population	50
	- rééducation des enfants infirmes	taux brut et population	50 à 100 (1)
1953	santé des mères et des enfants	subvention brute, taux de natalité et mortalité infantile	100
1954	allocations aux infirmes	infirmes nécessiteux de 18 à 69 ans	50

(1) Les provinces fournissent l'administration et les installations matérielles nécessaires.

Extrait de : Association canadienne d'études fiscales. Le financement de la fédération canadienne en avril 1966.

2. Loi sur l'assurance-hospitalisation - 1957

A la fin des années cinquante, après 20 années d'interventions ponctuelles, Ottawa prit une initiative d'envergure : la loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques. La loi fut votée en avril 1957 à l'initiative du gouvernement libéral d'Ottawa. Cette loi prévoyait que des subventions fédérales seraient allouées aux provinces disposant de plans d'assurance universelle administrés par la province et couvrant les soins des hôpitaux généraux, à partir du moment où la participation de six provinces comprenant 50 % de la population canadienne serait acquise. Jusqu'alors, les hôpitaux du pays étaient le plus souvent entre les mains d'organismes privés, religieux pour la plupart. C'était une manière indirecte de faire en sorte que toutes les provinces prennent le contrôle réel des institutions hospitalières et que se mettent en place des normes nationales. Le parti libéral fédéral perdit les

élections en juin 1958 au profit des conservateurs de Diefenbaker. Ces derniers amendèrent aussitôt la loi annulant l'exigence de la participation de six provinces et de 50 % de la population.

Terre-Neuve, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie britannique qui avaient déjà un programme d'hospitalisation, et le Manitoba qui en mettait un sur pied, accédèrent aussitôt à ce programme à frais partagés : quatre autres provinces y adhérèrent, l'une après l'autre en 1959 : l'Ontario et la Nouvelle-Ecosse (1er janvier), le Nouveau-Brunswick (1er juillet), l'Île-du-Prince-Édouard (1er octobre). Bon dernier, le Québec rejoignit les rangs en 1961 seulement.

La formule de remboursement était la suivante : Ottawa payait 25 % du coût moyen national per capita, plus 25 % du coût per capita assumé par la province, moins les frais payés directement par les malades. On le voit, les provinces ne recevaient pas forcément le même montant, dépendant du coût per capita qui variait d'un endroit à l'autre et de la décision d'imposer ou non un ticket modérateur (seules l'Alberta et la Colombie britannique imposèrent aux patients des frais journaliers de \$1 à \$2 pour créer le sentiment de responsabilité et freiner un usage abusif). En général, les provinces assurèrent le financement de leur participation par la fiscalisation (taxes sur les ventes, impôt forcé, et sur le revenu) et non par des cotisations spécifiques.

En l'espace de quatre ans, l'assurance hospitalisation se généralisa dans l'ensemble du pays, le gouvernement fédéral assumant grosso modo la moitié des coûts.

3. Une participation fédérale globale avec la loi sur les soins médicaux en 1966

Au début de l'année 1965, lors d'une réunion du ministre fédéral et des ministres provinciaux du bien-être, le gouvernement fédéral proposa d'élargir ses subventions dans le domaine de la santé. Les provinces avaient commencé à mettre en place des régimes d'assurance maladie ("medicare"). Il s'agissait de refaire ici ce qui avait été réalisé en matière d'hospitalisation. L'offre d'Ottawa était

de prendre à sa charge environ la moitié des dépenses per/capita. Cette aide financière serait accordée à toute province administrant un régime d'assurance maladie qui répondrait aux critères suivants : **gestion par une autorité publique, soumission à la vérification publique, absence de bénéfices (régime à but non lucratif) ; les conditions dans lesquelles les services devraient être offerts aux résidents de la province seraient uniformes et l'accessibilité universelle ; aucune période de résidence minimum ne serait imposée et le régime devrait être transférable d'une province à l'autre en cas de déménagement (dans ce cas, la période d'attente ne pourrait excéder trois mois pour les nouveaux arrivants).**

Le montant de la contribution fédérale serait de "50 % du coût par tête et par année de tous les services fournis en conformité aux régimes d'assurance de soins médicaux des provinces participantes, multiplié par la moyenne, pour l'année, du nombre des personnes assurées dans la province à la fin de chaque mois." Il était, par ailleurs, très clair que le gouvernement fédéral ne rembourserait aucun frais d'administration du régime et contrôlerait étroitement les renseignements concernant les services rendus, fournis par chaque province participante.

Satisfaites du régime d'assurance hospitalisation, toutes les provinces donnèrent leur accord et le Parlement fédéral mit sur le chantier la "loi sur les soins médicaux (medicare)" qui fut votée à l'été 1966.

Le modèle était a priori parfait : chaque province était totalement maîtresse de son régime de santé (soins et hospitalisation) qu'elle développait comme elle l'entendait et connaissait à l'avance le montant du remboursement qu'elle recevait du gouvernement fédéral et donc le montant des dépenses à inscrire à son propre budget. A Ottawa, on avait atteint un objectif longtemps souhaité : le gouvernement fédéral entraît massivement et globalement dans un champ où il n'avait agi, jusque-là, que d'une façon ponctuelle. Le rêve de l'unité nationale (juste un siècle après la naissance de la confédération) avançait d'un grand pas, grâce au pouvoir de dépenses du pouvoir fédéral.

Dans l'euphorie de la croissance économique accélérée de l'époque, les provinces ont donné un essor vigoureux aux politiques de santé : laïcisation et modernisation des équipements, accélération

de la professionnalisation des personnels locaux, accroissement rapide de leur nombre, encouragement de la consommation de soins par la création de nouveaux programmes. La facture semblait facile à payer puisqu'Ottawa remboursait 50 % des services fournis, sans aucune limite de plafond. Bien sûr, les provinces prenaient à leur charge tous les investissements lourds et les coûts d'administration. Aucun problème ne se posait pour les provinces riches du centre et de l'Ouest (Ontario, Québec, Colombie britannique, Alberta). Pour les provinces des prairies et surtout pour les provinces pauvres de l'Atlantique (Terre-Neuve, Ile-du-Prince-Edouard, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Ecosse) d'autres programmes conjoints venaient prendre le relais dans ces domaines : péréquation fiscale, subventions conditionnelles, ententes de développement. En quelques années, les dépenses de santé firent un bond fantastique et les services fournis à la population connurent une croissance spectaculaire, tant en quantité qu'en qualité.

C. Le relatif désengagement fédéral inscrit dans la loi sur les accords fiscaux

1. Les conséquences du choc pétrolier de 1973

Le gouvernement fédéral connut son dernier budget excédentaire en 1970. A partir de cette date et surtout du premier choc pétrolier de 1973, le gouvernement fédéral dut faire face, en même temps, à un ralentissement de la croissance, à une très forte inflation et à un taux de chômage élevé. Les libéraux, au pouvoir à Ottawa depuis 1963, jouèrent sur la dépense publique et investirent des sommes énormes dans des programmes de lutte contre le chômage et de relance économique, au moment même où les recettes publiques diminuaient. Cette politique entraîna des déficits croissants et la dette prit des proportions vertigineuses. La santé devenant moins prioritaire, il fallut réagir à la croissance des coûts puisqu'il n'y avait aucun plafonnement. Au plus fort de la crise, Ottawa remit profondément en cause les accords fiscaux qui, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, régissaient la plus grande partie de ses relations avec les dix provinces. L'originalité de la confédération canadienne est le rôle important que joue le gouvernement central dans la redistribution des richesses nationales par le biais des budgets publics : en simplifiant quelque peu, on peut dire que 45 à 47 % des dépenses annuelles fédérales consistent en transferts de toutes sortes aux provinces et aux territoires (Nord-ouest et Yukon), alors que 25 % en moyenne des recettes des

gouvernements provinciaux proviennent d'Ottawa (mais cette moyenne cache des disparités, puisque les provinces pauvres de l'Atlantique reçoivent plus ou moins 50 % de leurs recettes du gouvernement fédéral).

Dans de telles conditions, Ottawa ne pouvait plus se contenter de régler la facture des frais de santé sans jamais en connaître le montant exact à l'avance. Le 31 mars 1977, était adoptée la loi sur les accords fiscaux. Cette loi comporte trois principales innovations : en premier lieu, disparaît la notion de "programme à frais partagés" (qui sous-entend l'absence de toute limitation quant au montant des dépenses encourues) au profit de celle de "programme à frais établis" ; ensuite, conséquence logique, Ottawa fixe les limites de sa prise en charge : une formule mathématique complexe impose un plafonnement des remboursements en introduisant deux critères nouveaux qui sont le taux de variation du produit national et le taux de variation de la population de chaque province ; enfin, on met en place un programme de services complémentaires de santé, jusqu'alors exclus des services remboursables par Ottawa, à savoir les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissements pour adultes, les hôpitaux psychiatriques, les soins à domicile et les soins ambulatoires. Cette réforme a entraîné, bien sûr, un tollé de la part des provinces, mais du côté fédéral, c'était à prendre ou à laisser, sans aucune marge de négociation.

La contribution fédérale n'est plus calculée à partir des dépenses des provinces, mais comme un financement global à deux composantes :

- le transfert aux provinces d'une partie du champ d'imposition et les paiements de péréquation s'y rapportant. Il s'agit ainsi du transfert de 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et de 1 point d'impôt sur le revenu des corporations (l'équivalent de l'impôt sur les sociétés français).

- une contribution au comptant ; en vertu de ces accords, le gouvernement fédéral s'engageait à verser annuellement aux provinces une somme représentant environ 25 % de ce qu'il en coûtait au total en 1975. Cette contribution de base devrait être rajustée chaque année selon l'augmentation du produit national brut (PNB) canadien par habitant. Elle incluait également un paiement d'égalisation pour uniformiser les contributions de base per capita entre les provinces, pendant une période de cinq ans, ainsi que des paiements de rajustement lorsque le rendement des points d'impôt

transférés s'avérait inférieur, après péréquation, à la contribution de base calculée pour chaque province (garantie de recettes fiscales). Elle comportait enfin un paiement de 20 \$ per capita, rajusté à la progression annuelle du PNB, pour permettre aux provinces de financer certains services complémentaires de santé (services de soins intermédiaires en maison de repos, services de soins en établissements pour adultes, services de santé à domicile, etc.).

2. Les arrangements fiscaux de 1982-1987

En 1982, le gouvernement fédéral abandonnait la compensation pour garantie de recettes fiscales, prévue auparavant pour le financement des programmes établis. Cette coupure de transferts correspondait à 2 % de l'impôt fédéral sur le revenu des particuliers. En 1984, il scindait son transfert global sur la santé et l'enseignement post-secondaire sur la base du taux de partage prévalant en 1975-1976. "Le gouvernement fédéral a ainsi prétendu qu'il finançait plus de 50 % des dépenses provinciales d'enseignement post-secondaire et il en a conclu à la nécessité d'imposer un plafond à la croissance de son transfert à ce titre. En procédant de la sorte, il dévoilait toutefois un sous-financement fédéral chronique dans le secteur de la santé puisque les dépenses provinciales en la matière croissaient à un rythme plus élevé que sa contribution"^(*). La loi canadienne sur la santé (C-3), votée également en 1984, prévoit dorénavant des pénalités financières pour les provinces qui permettront la surfacturation ou exigeront des frais modérateurs qui sont au Canada l'équivalent des tickets modérateurs français.

Enfin, en 1986, la loi modifiant la loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et les contributions en matière d'enseignement secondaire et de santé (C-96), vient supprimer le lien qui existait depuis 1977 entre la croissance économique et la contribution du gouvernement fédéral. Elle réduit en effet de 2 % par an la croissance des paiements de transfert aux provinces pour les programmes établis.

A titre d'exemple, les experts ont évalué que l'ensemble de ces modifications occasionneront entre 1982 et 1992 des pertes de revenu pour le Québec de près de six milliards.

(*) : Sources : ministère des finances, budget 1987-1988. Discours sur le budget Québec

II. MONOGRAPHIE DES SERVICES ET PRESTATIONS ASSURES EN MATIERE DE SANTE ET DE BIEN-ETRE SOCIAL AU CANADA

A. Services de santé

Le gouvernement fédéral s'occupe des questions de santé de portée nationale et internationale et participe aux régimes provinciaux d'assurance médicale et d'assurance hospitalisation.

1. Au titre des questions de santé de portée nationale et internationale, le Ministère de la santé nationale et du bien-être social s'occupe de nombreux secteurs spécialisés, parmi lesquels on peut citer :

- surveillance des denrées alimentaires, des drogues, cosmétiques et instruments médicaux mis en vente au Canada,
- hygiène du milieu,
- lutte contre les maladies contagieuses,
- prévention du cancer, de la tuberculose ...
- prévision et organisation des services médicaux et d'hygiène à l'intention des autochtones amérindiens et des résidents du Yukon et des Territoires du Nord-ouest.

2. Participation fédérale aux régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance maladie provinciaux.

En 1984, le ministre de la santé publique, Mme Monique Bégin, fit adopter la "loi canadienne sur la santé". Dans le préambule, le législateur fixe deux objectifs principaux à la politique de la santé : "protéger, favoriser, améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada ; faciliter un accès satisfaisant aux services de santé sans obstacles d'ordre financier ou autres. Le tout doit se passer dans le cadre d'une nécessaire coordination des gouvernements".

Ce texte définit les conditions d'attribution aux provinces de la contribution financière fédérale prévue par la loi de 1977 :

- **gestion publique du régime**, dans un but non lucratif,
- **généralité du champ d'application** : tous les services de santé fournis par les hôpitaux, les médecins, les dentistes,
- **transférabilité des régimes** : pas de frontières provinciales,
- **accessibilité** : pas de tickets modérateurs ni de surfacturation par les praticiens ou les établissements (dans de tels cas, Ottawa retient une partie de sa contribution, équivalent au montant de la surfacturation et/ou du ticket modérateur).

Le financement est assuré exactement selon le modèle retenu en 1977 et les lois précédentes sur l'assurance-hospitalisation (1957) et les soins médicaux (1966) sont abrogées.

Dans ce cadre législatif global, les provinces, au-delà du strict respect des quatre règles de base énoncées ci-dessus, offrent une assurance pour tous les résidents, financée par les voies fiscales ordinaires ou par le biais de cotisations, et dont le contenu peut varier :

a) en matière d'hospitalisation :

* un certain nombre de prises en charge sont assurées par tous les régimes provinciaux. Il s'agit des frais d'hospitalisation dans les salles du régime commun ainsi que des services habituellement offerts aux hospitalisés (repas, soins infirmiers, services de laboratoire, de radiologie et autres procédés diagnostiques, la plupart des médicaments, etc.). En revanche, les soins dispensés dans les établissements pour malades mentaux ou pour tuberculeux, dans les maisons de repos, les foyers de vieillards, les infirmeries ou autres établissements dont le but est d'assurer la garde de leurs pensionnaires ne sont pas prévus dans la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (les traitements

dispensés dans les établissements pour malades mentaux ou tuberculeux font l'objet de lois provinciales distinctes).

* au-delà de cette prise en charge de base, les services assurés peuvent varier d'une province à l'autre. Le remboursement des services de consultation pour malades externes reste à la discrétion des provinces. Toutefois, la majorité des provinces assurent toute une gamme de services ambulatoires généralement aussi complets que ceux dont bénéficient les malades hospitalisés. A titre d'exemple, on citera les soins d'urgence prodigués aux victimes d'accidents, la post-observation dans les cas de fracture, l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie, la radiothérapie pour les cancéreux, les soins chirurgicaux de jour, les petites interventions chirurgicales ainsi que les soins psychiatriques de jour et de nuit.

Plusieurs provinces, dans le cadre de leurs régimes d'assurance, prévoient le remboursement de services qui ne sont pas assurés en vertu de la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Par exemple, la Nouvelle-Ecosse garantit les services d'hygiène mentale dans les hôpitaux psychiatriques et les centres d'hygiène mentale ; l'Ontario prévoit le remboursement des services ambulanciers, des services privés de physiothérapie et des soins prolongés (soins prodigués dans les maisons de repos ou les foyers de vieillards aux personnes qui ont besoin de surveillance médicale et de certaines catégories de soins infirmiers ordinaires) ; le Manitoba assure les soins dans les foyers de soins (qui prodiguent des soins prolongés et des soins personnels) qui peuvent être comparés au nursing.

L'Alberta assure, quant à lui, les soins des maisons de repos. Mais le coût des services ambulanciers et des services assurés dans les maisons de repos et les établissements de soins prolongés est supporté en partie par les intéressés.

b) en ce qui concerne les soins médicaux ambulatoires :

* L'ensemble des provinces assure les services médicaux rendus par les médecins et certains services chirurgico-dentaires en milieu hospitalier.

* Pour le reste, prestations pharmaceutiques, soins dentaires ..., les solutions varient d'une province à l'autre. En effet, la

plupart des régimes prévoient également d'autres services au paiement desquels le gouvernement fédéral ne participe pas. C'est ainsi que les services de correction des troubles de réfraction prodigués par les optométristes sont inclus dans la majorité des régimes provinciaux. Certaines provinces étendent également la garantie à un nombre restreint de soins spécifiques tels que prodigués par des chiropracteurs et des podologues. Les résidents peuvent actuellement encore, s'ils le désirent, contracter une assurance (généralement en s'adressant à des organismes privés de libre association) couvrant les frais infirmiers spéciaux et médicaments obtenus sur ordonnance. La majorité des provinces ont introduit des programmes publics visant à supporter le coût des médicaments obtenus sur ordonnance par les personnes âgées.

Quelques provinces offrent des services supplémentaires aux résidents souffrant d'affections déterminées. Par exemple, les résidents de la Saskatchewan bénéficient, sauf certaines exceptions, d'un régime de subventions pour prothèses auditives, d'indemnisations lors de l'achat de prothèses et d'appareils orthopédiques, de fauteuils roulants, de cadres de marche, de chaises spéciales ou de tout autre appareil utilisé dans la vie quotidienne ; et d'un régime de soins dentaires pour enfants.

* En ce qui concerne le champ d'application de ladite assurance, le principe d'universalité énoncé dans la loi canadienne de 1984 sur la santé interdit toute exclusion fondée sur l'âge, les revenus ou l'état de santé préalable. Toute personne qui, ayant le droit de demeurer au Canada, élit domicile et vit habituellement dans une province donnée a le statut de résident de cette province ; les touristes, les personnes de passage ou les visiteurs qui séjournent dans une province sont expressément exclus par cette définition. Les membres des Forces armées, de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers jouissant de la garantie d'autres régimes, ne sont pas assurés par les régimes fédéraux provinciaux.

La condition de résidence dans la province constitue le principal facteur d'admissibilité à ces régimes d'assurance-hospitalisation. Toutefois, en Ontario et en Alberta, les familles en mesure de le faire doivent également payer des cotisations. La plupart des provinces n'assurent leurs résidents qu'après trois mois de séjour, mais des accords interprovinciaux prévoient l'extension de la garantie de l'assurance de la province d'origine pendant cette période. Les immigrants, par contre, peuvent prétendre, dès leur arrivée au Canada, à une garantie immédiate dans toutes les provinces, sauf la Colombie Britannique où ils doivent, comme les autres résidents, se conformer à la règle des trois mois de séjour.

* Enfin, en matière de financement, outre la participation fédérale, les provinces utilisent les recettes fiscales générales. La Nouvelle-Ecosse ajoute une taxe sur les ventes. Quatre provinces dont l'Ontario impose une cotisation et le Québec impose une surtaxe sur le revenu ainsi qu'une taxe sur les salaires et les traitements payés par les employeurs. En règle générale, les provinces, qui ont institué le principe d'une cotisation, la prennent en charge pour les assurés sociaux et les résidents de 65 ans et plus^(*).

c) programmes de soins médicaux pour les assistés sociaux :

Pour compléter la description des services de santé offerts au Canada, on peut indiquer que les personnes reconnues "assistés sociaux" ou à partir d'un certain âge, bénéficient d'une prise en charge très étendue.

* soins médicaux : avec l'entrée en vigueur des régimes provinciaux de soins médicaux, les assistés sociaux ont été assurés d'office. Les provinces qui exigent des cotisations versent celle des résidents à revenu limité (qu'elles paient entièrement ou en partie). En vertu des régimes provinciaux, les assistés sociaux ont droit aux mêmes services que l'ensemble de la population, leurs avantages pouvant même inclure des indemnisations pour frais de déplacement et de communications téléphoniques (conseils dispensés par téléphone), frais qui, généralement, ne sont pas couverts et qui, dans ce cas, sont d'ordinaire partagés en vertu du régime d'assistance publique du Canada.

* soins hospitaliers : les régimes d'assurance-hospitalisation de chaque province assurent automatiquement les assistés sociaux sans qu'ils aient à verser les cotisations ou à acquitter eux-mêmes de frais au moment où ils bénéficient d'un service.

* médicaments vendus sur ordonnance : comme on a pu le noter dans les régimes provinciaux d'assurance maladie, quelques provinces assurent les médicaments prescrits par un médecin, pour la quasi totalité de la population ou pour certaines catégories de citoyens tels que les personnes de 65 ans et plus. En Colombie Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, au

(*) sur ces problèmes de financement, le rapport donne l'exemple de l'Ontario en point IV de la première partie et du Québec en troisième partie.

Nouveau-Brunswick, au Québec et à Terre-Neuve, presque tous les assistés sociaux bénéficient de régimes d'assistance médicaments. Au Québec, les personnes de 65 ans et plus qui touchent un supplément de revenu garanti s'ajoutant à la pension de sécurité de la vieillesse ont droit aux mêmes avantages que les autres assistés sociaux. Sont prévus dans le régime d'assistance médicaments presque tous les médicaments vendus sur ordonnance et quelques médicaments en vente libre. Les barèmes des paiements versés aux pharmaciens ou aux médecins qui dispensent ces médicaments sont négociés par les gouvernements provinciaux. Quelques provinces peuvent exiger que certains malades paient une partie du prix de détail.

Les gouvernements de l'Ontario et de la Nouvelle-Ecosse assurent une prestation globale de médicaments à tous les résidents âgés de 65 ans et plus (et, en Ontario, aux autres membres de la famille) sans qu'ils aient à payer de frais directs. Outre cette prestation, les deux gouvernements subventionnent le coût des médicaments dispensés par les municipalités ayant institué des programmes de bien-être à l'intention des nécessiteux. Des allocations directes supplémentaires sont également offertes par les provinces aux nécessiteux ayant besoin de médicaments. L'Ontario fournit également aux malades des maisons de repos, aux résidents des foyers de soins spéciaux, aux personnes qui reçoivent de l'aide en vertu du programme gouvernemental d'allocations familiales, et aux bénéficiaires du supplément de revenu garanti versé par la province, des médicaments vendus sur ordonnance inscrits sur la liste du régime provincial de prestations de médicaments.

La majorité des provinces assurent, par l'entremise de leur ministère de la Santé, le remboursement de certains médicaments jouant un rôle important dans la prévention des infections et dans la guérison de certaines affections -telles les maladies vénériennes, la fièvre rhumatismale et la tuberculose- dont le traitement est long et parfois coûteux.

Enfin, on peut rappeler que quelques provinces ont institué des programmes dentaires fort complets à l'intention de tous les enfants faisant partie de groupes d'âges déterminés, ou de tous les résidents de 65 ans et plus. Des régimes d'assurance dentaire intéressant certaines catégories d'assistés sociaux sont en vigueur dans la majorité des provinces. En Colombie Britannique, on examine les moyens d'existence des assistés sociaux désireux de bénéficier de ce régime afin de décider ou non de leur admission. (Les enfants des assistés sociaux âgés de moins de 13 ans bénéficient, quant à eux, d'un régime distinct). L'Ontario verse des prestations pour soins dentaires aux personnes qui reçoivent une allocation de maternité et une allocation de père à charge. Ce régime englobe les parents et les enfants âgés de moins de 18 ans. Des prestations

provinciales pour soins dentaires essentiels peuvent également être accordées à d'autres personnes à la discrétion de la municipalité. Tous les assistés sociaux de l'Alberta et de la Saskatchewan et certaines catégories d'assistés sociaux du Manitoba ont droit à des prestations de soins dentaires en vertu des régimes de ces provinces.

D'ordinaire, ces régimes de soins dentaires excluent certains services et exigent une autorisation préalable à l'exécution de certains autres services. Les paiements versés aux dentistes sont établis en fonction de tarifs négociés pour chacun de ces régimes. En Alberta et en Saskatchewan, le patient doit, en outre, acquitter des frais modérateurs qui s'élèvent à environ 50 % du coût des dentiers.

B. Sécurité du revenu et services sociaux

L'appareil de sécurité sociale au Canada garantit à tous les Canadiens un minimum de ressources pour répondre à leurs besoins essentiels et les services indispensables à leur bien-être. Un éventail de programmes de sécurité du revenu et de services sociaux permet d'atteindre cet objectif. Les programmes de sécurité du revenu prévoient que certains groupes-cibles, comme les personnes âgées, les familles, les travailleurs et les invalides, peuvent bénéficier d'avantages financiers. En outre, l'assistance sociale provinciale met chacun à l'abri de l'indigence. Ainsi, grâce à l'éventail de programmes, le bien-être financier des Canadiens est assuré. Les services sociaux viennent compléter ces programmes, en répondant à d'autres besoins que l'assistance financière ne peut satisfaire.

Les trois paliers de gouvernement offrent des services de sécurité sociale, leurs secteurs de compétence respectifs étant définis dans la Loi constitutionnelle de 1867. Le gouvernement fédéral administre certains programmes destinés aux personnes âgées, aux familles et à certains autres groupes, et participe au financement de plusieurs programmes provinciaux. De plus, il assume seul la responsabilité des programmes de sécurité sociale pour les anciens combattants des Forces armées et pour les Indiens inscrits et les Inuits. Les provinces et les municipalités assurent la plupart des services directs et administrent divers programmes d'assistance financière aux Canadiens. D'autres services de soutien sont assurés par des organismes bénévoles.

Les programmes sociaux du Canada tirent leurs origines des oeuvres de bienfaisance des églises et des premières tentatives d'organisation de services d'assistance publique au niveau municipal. De façon générale, les programmes ont suivi l'évolution des besoins de la société canadienne. L'appareil actuel vise à desservir les groupes les plus susceptibles d'avoir besoin d'aide, notamment les personnes âgées, les familles, les chômeurs et les invalides.

Pour une présentation succincte mais schématique de ces différents programmes, on parlera d'une part des programmes fédéraux et, d'autre part, des programmes provinciaux, auxquels participe à des degrés divers le niveau fédéral.

1. Les programmes sociaux fédéraux

a) Programmes de la sécurité du revenu

* Prestations aux personnes âgées : Trois programmes sont prévus pour les personnes âgées, qui prévoient une pension de base de sécurité de la vieillesse (SV) depuis 1952, un supplément de revenu garanti (SRG), fonction des ressources, créé en 1967, et une allocation au conjoint (AC) également fonction des revenus et mise en place depuis 1975. En 1979 et 1985, le régime de cette allocation a été modifié et son champ d'application étendu.

La mission d'information s'étant plus particulièrement intéressée aux régimes de retraites et de revenus assurés pour les personnes âgées, ce dispositif sera étudié plus en détail ultérieurement.

* Allocations familiales et crédits d'impôts pour enfants : Le régime des allocations familiales a été mis en place à la fin de la seconde guerre mondiale et, par réformes successives, s'est progressivement élargi. A l'heure actuelle, il est prévu le versement d'une prestation mensuelle pour tout enfant à charge jusqu'à l'âge de 18 ans, et ce dès le premier. L'une des réformes votées en 1973

autorise les provinces à fixer des taux, fonction de l'âge de l'enfant ou du nombre d'enfants. Seuls l'Alberta et le Québec ont retenu cette possibilité et, de plus, le Québec ajoute un supplément à la prestation fédérale.

Pour 1986-1987, les dépenses fédérales, au titre des allocations familiales, ont dépassé 2,5 milliards de \$ distribués à 3,6 millions de familles, au nom de 6,59 millions d'enfants. Le montant de l'allocation familiale était de 31,93 \$ par an et imposable si on demande à bénéficier de l'exemption d'impôt pour l'enfant visé.

Depuis 1979, un système de crédit d'impôt pour les enfants a été institué, plafonné en fonction du revenu. En 1986, le crédit d'impôt maximal a été fixé à 454 \$ par an par enfant.

* Programmes à l'intention des autochtones : Au-delà des programmes fédéraux d'application générale auxquels les autochtones ont droit, le gouvernement fédéral s'assure, par le biais d'ententes fédérales-provinciales spécifiques, de la réalisation de quatre objectifs principaux : s'assurer que les services offerts aux Indiens sont comparables à ceux offerts aux autres Canadiens de la province ; accroître la participation indienne à l'application des services sociaux ; encourager l'émancipation et la prise en charge ; aider les autres organismes publics et privés à fournir des services sociaux aux Indiens.

* Anciens combattants des Forces canadiennes : L'application des lois relatives aux anciens combattants et à leurs personnes à charge relève du ministère des Affaires des anciens combattants (MAAC) et de quatre organismes indépendants affiliés : Commission canadienne des pensions, Conseil de révision de pensions Au fil des années, le Parlement a modifié les lois d'après l'évolution de la situation économique et sociale des anciens combattants, en particulier pour ce qui est des pensions et des allocations. Les programmes du ministère englobent les soins médicaux, les soins à domicile, l'aide à l'éducation, le counselling et autres services. Le ministère accomplit son travail par l'entreprise de bureaux régionaux et de districts répartis à travers le Canada.

b) Programme de soutien du revenu au travers du régime d'assistance publique du Canada

Les allocations aux aveugles (1937, 1952), aux invalides (1954), ainsi qu'aux personnes en chômage et aux personnes inaptes au travail (1955), ont été remplacées en 1966 par le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), dont les dispositions sont plus souples et plus exhaustives. Ce régime autorise le gouvernement fédéral à partager également avec les provinces les coûts de la prestation d'une aide financière directe aux familles et aux particuliers qui, pour une raison quelconque, sont dans le besoin. Pour déterminer l'admissibilité d'un ménage, on détermine ses besoins de base en regard des ressources (y compris le revenu et l'actif) dont il dispose. L'aide accordée est proportionnelle à la différence entre les ressources et les besoins. Même si chaque province a son propre programme et sa propre structure de prestations, le RAPC stipule que l'aide doit porter sur certains biens et services, dont l'alimentation, le logement, le chauffage, les services publics, les articles nécessaires à la pratique d'un métier, certains services d'assistance sociale et certains services sociaux et de santé. Les coûts des projets d'adaptation au travail et de certains autres programmes d'emploi peuvent être partagés en vertu du RAPC.

Le Régime d'assistance publique du Canada prévoit également le partage des coûts de certains soins dispensés par des établissements de soins spéciaux, dont les foyers pour personnes âgées, les maisons de repos, les établissements assurant des services pour enfants et les centres pour femmes et enfants battus. Depuis 1977, la majeure partie des dépenses fédérales liées aux soins prolongés des adultes en établissement relève de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé. Le RAPC prévoit également le partage des coûts pour les soins des enfants dans des foyers nourriciers et pour d'autres services de protection et de prévention destinés aux enfants.

c) Programmes d'assurance-revenu

* Assurance-chômage : Le coût élevé des prestations de secours versées avant la Seconde guerre mondiale a convaincu les

gouvernements fédéral et provinciaux du besoin d'établir des réserves pour faire face aux imprévus en cas de chômage généralisé et de dépression économique. En 1941, le gouvernement fédéral prenait l'initiative en adoptant la Loi sur l'assurance chômage. A cette fin, il a fallu obtenir l'accord de toutes les provinces par une modification de l'Acte constitutionnel de 1967.

D'abord conçu pour protéger les petits salaires, le Régime d'assurance-chômage a été révisé à diverses reprises jusqu'en 1971, année où il devint applicable à tous les travailleurs, sauf quelques exceptions. Le régime de prestations a été étendu à toutes les catégories de revenu d'emploi. On l'a aussi élargi de façon à fournir de l'aide à tous les travailleurs touchés par une maladie de longue durée, aux femmes qui se retirent temporairement de la vie active pour cause de grossesse et d'accouchement ou pour adopter un enfant, aux pêcheurs sans travail, aux personnes inscrites à des programmes nationaux de formation et à celles qui participent à des projets de travail partagé ou à des programmes de formation en cours d'emploi.

Le Régime d'assurance-chômage est financé à l'aide des cotisations des employeurs et des employés. En 1988, la cotisation employeur est de 3,29 % et celle de l'employé de 2,35 %. Le financement de certaines indemnités s'effectue à partir du fonds du revenu consolidé du gouvernement fédéral. En 1982, 1983 et 1984, le régime de l'assurance chômage était déficitaire et fut abondé par le budget fédéral.

* Régimes de pensions du Canada et de rentes du Québec : Il ne s'agit de faire ici qu'une présentation succincte de ce dispositif, car une étude plus détaillée sera proposée en deuxième partie du rapport.

Le Régime de pensions du Canada (RPC) et le Régime de rentes du Québec (RRQ), instaurés en 1966, sont des programmes d'assurance sociale. Les deux régimes sont financés par des cotisations égales de l'employeur et de l'employé équivalant chacune à 1,8 % des gains cotisables. Les travailleurs autonomes doivent cotiser au taux complet de 3,6 %. Le RPC s'applique dans toutes les provinces, sauf au Québec ; celui-ci a mis sur pied son propre programme d'assurance sociale, le Régime de rentes du Québec (RRQ). Les deux régimes assurent le même genre de prestations aux

cotisants et à leurs familles, avec quelques différences au niveau des prestations et de l'admissibilité. Le RPC comme le RRQ donnent droit à des prestations de retraite, à des prestations de survivant à la veuve ou au veuf et aux enfants à charge, à des prestations de décès, à des prestations d'invalidité aux cotisants forcés de quitter leur emploi prématurément pour cause d'invalidité, et à des prestations pour leurs enfants à charge.

Il existe des ententes de réciprocité entre les deux régimes garantissant le droit aux prestations à presque tous les travailleurs de la population active. Une personne qui a cotisé aux deux régimes à différents moments de sa vie active a droit aux prestations du régime qui s'applique à son lieu de résidence habituel au moment de sa demande. Dans le cas des prestations de survivant, le lieu de résidence du cotisant au moment de son décès permet d'établir lequel des deux régimes devra verser les prestations.

Comme il l'avait fait pour le programme de sécurité de la vieillesse, le gouvernement fédéral a signé des accords en matière de sécurité sociale avec neuf pays, et il en a conclu quatre autres qui n'ont pas encore été ratifiés. Dans le cas du Régime de rentes du Québec, des accords existent avec cinq pays.

d) Programmes fédéraux de services sociaux

Outre les programmes qui garantissent des prestations financières directes, le gouvernement fédéral gère et subventionne divers programmes d'assistance et de santé. Certains sont plus directement orientés vers l'emploi, tandis que d'autres sont à vocation sociale, tel le programme Nouveaux-Horizons, dans le cadre duquel plus de 13 millions de \$ par an ont été dépensés en 1984-1985, et qui est tourné vers les personnes âgées. On peut également citer le programme de réadaptation professionnelle des invalides, au sein duquel le gouvernement fédéral prend en charge 50 % du coût des services de réadaptation professionnelle pour des personnes invalides physiquement et mentalement.

2. Les programmes sociaux provinciaux

Les gouvernements provinciaux parrainent divers programmes de sécurité du revenu pour protéger et maintenir le bien-être des Canadiens. Parfois, les provinces financent seules ces programmes ; dans certains cas, elles en partagent les frais avec le fédéral.

a) Assistance sociale

Même si le gouvernement fédéral partage avec les provinces les coûts de l'aide financière accordée aux démunis (par l'entremise du RAPC), chaque province a la responsabilité de concevoir, d'administrer et d'appliquer son propre programme d'assistance sociale. Dans neuf des douze secteurs de compétence, les prestations aux personnes ayant besoin d'une aide de longue durée proviennent des bureaux centraux provinciaux, alors que les allocations d'urgence sont remises en mains propres par les bureaux régionaux du ministère provincial des services sociaux ou son équivalent. Toutefois, en Nouvelle-Ecosse, en Ontario et au Manitoba, les prestations pour les besoins de longue durée sont accordées par la province, et les autres allocations (aux personnes temporairement dans le besoin, en situation d'urgence ou de passage), par les municipalités.

Les bénéficiaires de l'assistance sociale peuvent se voir accorder des prestations pour payer leurs dépenses d'alimentation, de logement, de chauffage et d'habillement. Les bénéficiaires peuvent également profiter de services sociaux, notamment des services de formation et de counselling^(*), des prestations pharmaceutiques et des services de santé. Le niveau des prestations varie d'un secteur de compétence à l'autre et peut être fonction de l'âge du requérant, de son état de santé et de son aptitude au travail.

(*) Par counselling, on entend la fourniture de renseignements sur les droits des individus et les prestations qu'ils peuvent obtenir des pouvoirs publics.

b) Indemnisation des accidents du travail

Les programmes provinciaux d'indemnisation des accidents du travail assurent aux employés blessés au travail des prestations financières ainsi que des services médicaux et de réhabilitation. Les programmes sont administrés par des commissions provinciales pour le compte de l'industrie et d'autres employeurs. Le financement provient exclusivement des cotisations des employeurs ; les taux varient selon le type d'entreprise.

c) Crédits d'impôt-logement

Presque toutes les provinces offrent aux propriétaires et aux locataires des crédits d'impôt, des dégrèvements ou des subventions au logement. Les programmes de ce genre ont été mis sur pied pour aider les familles et les personnes âgées à faire face à l'accroissement rapide des frais de logement.

Les premiers programmes remboursaient ou différaient la plupart des impôts fonciers visant les propriétaires âgés. Des remises moins importantes étaient également consenties aux propriétaires mieux nantis, selon des taux bases sur leurs revenus. Dans les années 70, les administrations provinciales ont instauré à l'intention des locataires, surtout ceux du troisième âge, des programmes d'aide sous forme de remises sur le loyer, qui allaient directement aux locataires, ou d'allocations de logement qui correspondaient à la totalité ou à une partie du loyer ayant excédé un pourcentage du revenu du locataire compris entre 20 % et 30 %. Les décharges sur l'impôt foncier et les remises sur le loyer sont administrées par les pouvoirs qui lèvent l'impôt sur le revenu ou la taxe foncière. Quant aux allocations de logement, elles sont d'habitude versées par l'organisme provincial chargé des questions de logement. Les provinces ont depuis adopté des formes additionnelles de crédits d'impôt. Par exemple, depuis 1981 le Québec permet à ses contribuables de réclamer une allocation à la place de la déduction pour frais de garde d'enfants. Le Manitoba offre depuis 1974 un crédit d'impôt en guise d'indemnité pour le coût de la vie. L'Ontario accorde une remise de la taxe de vente aux personnes âgées et le Yukon, une subvention annuelle dite de pionnier à ses contribuables de 65 ans et plus. Dans l'ensemble, les provinces administrent plus d'une quarantaine de programmes de crédits d'impôt et d'allocations au

logement à l'intention des Canadiens. Cet éventail d'initiatives provinciales fait partie de l'appareil de sécurité sociale et donne lieu à des dépenses importantes.

d) Suppléments du revenu

Les programmes provinciaux de suppléments du revenu visent à aider les personnes âgées, les invalides et les familles à faible revenu.

Personnes âgées. Toutes les provinces, sauf quatre, ont institué des suppléments de revenu pour les personnes âgées. En général, ces programmes prévoient le versement d'un appoint mensuel, trimestriel ou annuel de revenu aux bénéficiaires de la SV qui touchent des suppléments de revenu garanti. Dans trois provinces et dans les deux territoires, les bénéficiaires d'une allocation de conjoint ont également droit à ces appoints. Au Manitoba et en Alberta, des prestations sont également payables aux résidents de plus de 55 ans dont le revenu ne dépasse pas certains seuils établis. Ces programmes comprennent : en Colombie-Britannique, un revenu garanti versé aux personnes âgées en cas de besoin ; en Alberta, un régime de revenu assuré et une rente de veuve ; en Saskatchewan, un régime de revenu pour les personnes âgées ; au Manitoba, un supplément de revenu pour les personnes de plus de 55 ans ; en Ontario, un régime de revenu annuel garanti pour les personnes âgées ; en Nouvelle-Ecosse, une assistance sociale spéciale ; au Yukon, un programme de supplément du revenu pour les personnes âgées ; et dans les Territoires du Nord-Ouest, un programme de prestations aux personnes âgées.

Invalides. Il existe de nombreuses formes d'aide financière à l'intention des invalides. Beaucoup d'entre eux bénéficient de l'assistance sociale en vertu de programmes provinciaux. D'autres sont admissibles à des prestations en vertu de programmes provinciaux de réadaptation professionnelle ou d'assistance financière, ou touchent de l'assurance-chômage, des indemnités pour accidents de travail ou des allocations fédérales de formation.

Les programmes provinciaux dont le gouvernement fédéral assume une partie des frais, en vertu de la loi sur la réadaptation professionnelle des invalides, ont pour objet d'aider les personnes physiquement ou mentalement handicapées à devenir capables d'exercer un emploi rémunéré, par exemple : un emploi sur le marché libre du travail, un emploi pour son propre compte, des tâches domestiques, un travail agricole, un emploi en milieu protégé ou tout autre travail rétribué. En 1984-85, environ \$200 millions (contributions totales du Canada et des provinces) ont été dépensés en vertu du PRPI.

Au nombre des programmes d'assistance financière pour les invalides, mentionnons : un revenu garanti pour les handicapés, en Colombie-Britannique ; un revenu assuré pour les personnes gravement handicapées, en Alberta ; et le régime de revenu annuel garanti pour les invalides, en Ontario. Terre-Neuve, le Québec et l'Ontario accordent une aide financière aux familles qui prennent soin d'un enfant invalide.

Familles. En 1974, la Saskatchewan a pris l'initiative d'instaurer un régime de revenu familial à l'intention des familles, tant actives que non actives sur le marché du travail. La prestation, assujettie à une évaluation du revenu, comporte une somme pour le conjoint à charge et tous les enfants également à charge. Le régime fait partie des mesures d'assistance sociale dont bénéficient les familles admissibles. Le Québec a mis sur pied, en 1979, le programme du supplément au revenu de travail à l'intention des familles actives à faible revenu, tandis qu'en 1980, le Manitoba se dotait d'un programme de suppléments de revenu pour les enfants à charge des familles dont le revenu est insuffisant. L'Ontario, pour sa part, offre un supplément aux bénéficiaires de l'assistance sociale qui retournent au travail en vertu de son programme d'incitation au travail.

e) Services sociaux provinciaux

Les pouvoirs publics ont mis en place une vaste gamme de services sociaux dans toutes les régions du Canada. Leurs modes de financement, d'administration et de prestation sont particuliers à chaque province et à chaque municipalité. En vertu du régime

d'assistance publique du Canada, le gouvernement fédéral partage avec les provinces les coûts de bon nombre de ces programmes.

Les programmes varient selon la collectivité et le milieu familial en cause, et ils portent sur la santé physique et mentale des personnes qui ont besoin d'aide pour participer à la vie communautaire. Bon nombre sont axés sur la prévention, tandis que d'autres ont pour objet d'assurer une aide à long terme. Tous reposent sur le principe selon lequel il convient que les pouvoirs publics offrent des programmes de soutien pour favoriser l'autonomie des personnes en logement privé, et des services pour prévenir, retarder ou amoindrir le besoin de soins en établissement dans le cas des personnes âgées et des invalides. Ces services compensent en même temps l'absence de soutien familial qui découle du taux accru d'activité des femmes sur le marché du travail, de la mobilité géographique des familles et du taux élevé de rupture des mariages.

Les services aux familles et aux particuliers bénéficiaires comprennent : l'intervention en cas de crise, ainsi que des mécanismes d'intégration sociale pour les personnes qui sont ou risquent d'être coupées de la vie communautaire : les services de protection et de développement de l'enfance et des services de garderie, et les services à domicile qui s'adressent aux personnes ayant besoin d'aide pour continuer de vivre dans leur propre logement. Plusieurs provinces ont lancé des programmes pour inciter les personnes invalides à conserver une autonomie suffisante pour éviter le placement en structures collectives. Celles-ci peuvent obtenir des dispositifs et des appareils et se prévaloir d'un auxiliaire à domicile. La prestation de conseils d'ordre personnel, budgétaire et familial permet d'aider les personnes qui éprouvent des difficultés sociales et contribue à prévenir l'apparition de nouveaux problèmes. Les collectivités offrent des centres d'activité, des programmes de renforcement, des ateliers protégés et des programmes de réadaptation professionnelle, ainsi que des programmes d'activités de jour pour les personnes âgées. De plus, les provinces fournissent des services de soins infirmiers et médicaux, de counselling en nutrition, de soins en établissement et à domicile, ainsi que des services de soins intermédiaires et ambulatoires.

III. ASPECTS FINANCIERS ET COMPARAISONS INTERNATIONALES

Au terme de cette première partie, on peut présenter ici une synthèse du coût et du financement des services sociaux et de santé au Canada.

En ce qui concerne le coût de l'action sanitaire et sociale, le Canada, et plus précisément les différentes provinces de l'Union, ne sont pas très éloignées de la moyenne des pays industrialisés.

- La répartition et les évolutions respectives des différents postes de dépenses ne présentent pas non plus de grandes divergences par rapport aux pays industrialisés, notamment à la France.

- En ce qui concerne le financement de la santé, le Canada est caractérisé par la part prédominante du financement public. Ce financement provient, pour les raisons historiques développées plus haut et selon un schéma qui vient d'être exposé, tout à la fois du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux. Or, depuis 1980, la part du financement émanant du gouvernement fédéral ne cesse de diminuer en pourcentage, même si en valeur absolue elle se maintient. Cette tendance est lourde de signification pour le système de santé canadien, car elle ne semble pas devoir s'inverser dans un proche avenir. De plus, les gouvernements provinciaux ne peuvent pas se substituer en lieu et place du gouvernement fédéral, sous peine de voir leur budget remis en cause. C'est pourquoi, une réflexion s'amorce sur la nécessaire maîtrise des dépenses sociales et de santé.

A. Coût global de l'action sanitaire et sociale au Canada et dans les différentes provinces

1. L'exemple du Québec (*)

En 1985, au Québec, les dépenses totales de santé s'élevaient à 9,8 milliards de \$. Ceci représentait 9,1 % du PIB, et correspondait à une dépense de 1,500 \$ per capita répartis ainsi :

- dépenses individuelles de santé		1.314 \$
dont :		
services institutionnels	874 \$	
services professionnels	278 \$	
médicaments, prothèses	162 \$	
- autres dépenses de santé		185 \$
	TOTAL	1.499 \$

Depuis 1960, on peut distinguer quatre périodes qui permettent de schématiser l'évolution des dépenses de santé au Québec :

- de 1960 à 1971 : on assiste à une période de croissance rapide des coûts, parallèlement à la mise en place des régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation. Le PIB n'augmentait que de 8,6 % en moyenne par an, alors que le rythme de croissance annuel des dépenses de santé était de 12,7 % ;

- de 1971 à 1979 : les pouvoirs publics ont une relative maîtrise des coûts de santé puisqu'ils évoluent sensiblement au même rythme que le PIB (12,7 % contre 13 % par an). Le ralentissement est particulièrement net à partir de 1977, date de la révision des accords fiscaux fédéraux-provinciaux ;

- de 1979 à 1983 : on note à nouveau une accélération du rythme de croissance des dépenses de santé : + 13,7 % par an, alors que le PIB n'augmente que de + 9 % par an.

(*) Le système sanitaire et social du Québec est par ailleurs développé dans la troisième partie de ce rapport (cf. p. 73)

On peut penser que la récession économique de 1982 n'a pas eu d'effets immédiats sur le secteur de santé, dont les délais de réaction aux ajustements économiques, pour autant qu'elle intervienne, sont toujours très longs.

- de 1983 à 1985 : après un très fort ralentissement, le rythme de croissance des dépenses de santé devient inférieur à celui du PIB (+ 6,9 % contre + 9 %) et la part des dépenses de santé est stabilisée à son niveau de 1982. Ceci est dû aux restrictions budgétaires importantes décidées par le gouvernement qui se sont notamment traduites en matière de salaires pour les agents publics.

En résumé, sur toute la période 1971-1985, les dépenses totales de santé ont augmenté de + 12,2 % par an (PIB : + 11,3 % par an) et la part de ces dépenses dans le PIB est passée de 8,2 % à 9,1 %.

2. Coût global dans les autres provinces et comparaisons internationales

* Vis-à-vis des autres provinces, et de la moyenne du Canada, le Québec se situe sur une position médiane. Les écarts quant à la part de PIB consacrée aux dépenses de santé sont importants d'une province à l'autre et dépendent de la richesse des provinces.

Dépenses de santé en pourcentage du PIB - 1984

	Département santé/PIB
Manitoba	9,6 %
Québec	9,1 %
Ontario	8,1 %
Moyenne Canada	8,4 %

(Source : Les dépenses nationales de santé au Canada 1975-1985)

En ce qui concerne l'augmentation des dépenses de santé, le Québec a bien réussi à la maîtriser, par rapport à la croissance de la richesse nationale.

1975-1985
Comparaison des taux d'augmentation du PIB et des
dépenses de santé

	PIB/an	Dépenses santé/an
Québec	+ 10,2 %	+ 11,6 %
Ontario	+ 10,5 %	+ 12,3 %
Canada	+ 10,7 %	+ 12,5 %

(Source : Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec 1988)

* Au niveau international, si on compare le niveau des dépenses de santé par habitant, on est frappé par le grand écart qui subsiste entre les différents pays. En 1984, une comparaison en dollars US montre que le Canada (1275) vient en troisième rang derrière les Etats-Unis (1637) et la Suède (1445).

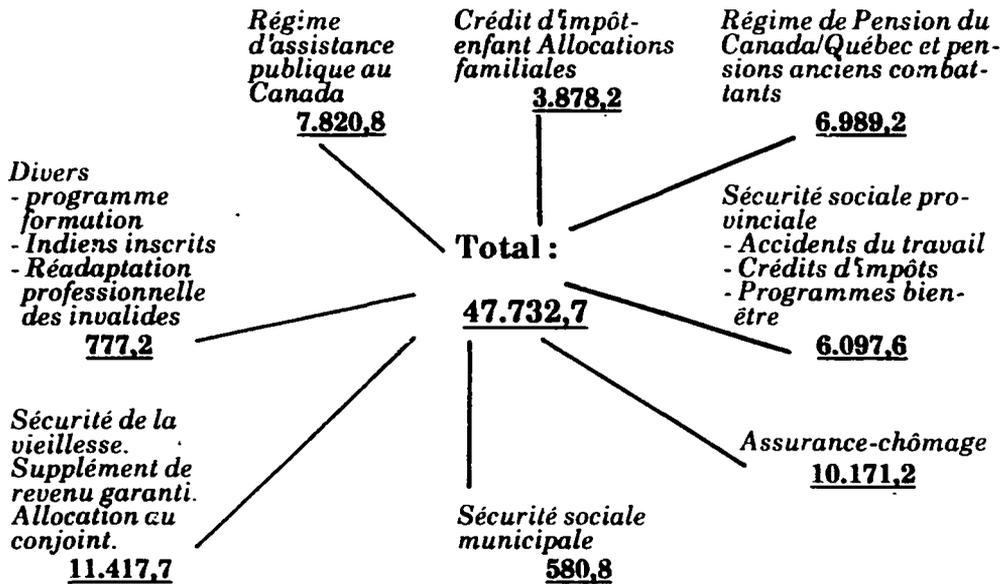
Les mêmes écarts se retrouvent entre les pourcentages respectifs du PIB consacrés par les différents pays à leurs dépenses de santé. L'écart est de 4,6 % en Grèce, à 10,7 % aux Etats-Unis, et il existe même entre pays industrialisés, aux situations économiques pourtant comparables. Les Etats-Unis consacrent ainsi plus de 10 % du PIB à la santé.

B. Répartition et évolution respective des différentes fonctions composant les dépenses de santé

1. Poids global des dépenses de sécurité sociale et de santé

* En ce qui concerne les dépenses de sécurité sociale, on peut présenter dans le tableau ci-dessous la répartition des dépenses totales par type de programmes, tels qu'ils ont été précédemment décrits :

**1985-1986 - Dépenses de sécurité sociale par programme
(en millions de \$)**



* En ce qui concerne les dépenses de santé au niveau fédéral, le tableau ci-dessous indique le montant des transferts fédéraux :

Provinces et territoires	1985/86	1986/87	1987/88	Population de recensement de 1986
Terre-Neuve	259.9	272.3	278.4	570,000
Ile-du-Prince Edouard	56.1	59.7	62.2	127,000
Nouvelle-Ecosse	388.8	414.1	428.8	874,000
Nouveau-Brunswick	318.9	337.4	349.1	711,000
Québec	2,922.0	3,083.3	3,217.4	6,544,000
Ontario	4,009.3	4,269.8	4,525.4	9,134,000
Manitoba	472.5	502.5	528.5	1,066,000
Saskatchewan	452.5	481.2	497.0	1,010,000
Alberta	1,047.6	1,107.2	1,170.7	2,372,000
Colombie britannique	1,289.2	1,361.7	1,426.4	2,888,000
Territoires du N.O.	22.4	24.3	25.5	53,000
Yukon	9.8	11.0	11.4	23,000
Total	11,249.3	11,924.5	12,520.0	25,372,000
Budget total fédéral des dépenses	105,598.5	108,500.0	113,987.0	
% des transferts pour la santé	10.7	11.0	11.0	

En millions de \$, selon les prévisions budgétaires publiées en début d'exercice
(Source : L'Administration de la santé au Canada. René Didier 1987)

2. L'exemple de l'Ontario implique à moyen terme la nécessaire maîtrise des dépenses de santé

Au cours du bref séjour effectué en Ontario, les membres de la mission d'information, au travers des contacts établis avec le ministère de la santé, ont eu connaissance du fonctionnement et du poids du budget de la santé pour l'Ontario.

Au travers de l'analyse de ce budget, il apparaît très clairement que les pouvoirs publics sont conscients de la nécessité d'une réflexion à moyen terme pour assurer une meilleure maîtrise du dispositif. En effet, non seulement les dépenses de santé sont très importantes, mais leur proportion par rapport à l'ensemble des dépenses croît sans cesse. L'état d'esprit est donc à la recherche de moyens capables d'améliorer le système ou de solutions de rechange moins coûteuses sans toutefois sacrifier la qualité des services, ni réduire l'accessibilité aux services essentiels. L'opinion publique et les pouvoirs publics n'envisagent ni coupe sombre ni remise en cause dramatique, mais on a conscience que la poursuite de la hausse des coûts de santé risque de compromettre d'autres priorités socio-économiques importantes.

En 1988, le ministère de la Santé a dépensé 12,7 milliards de dollars. Il s'agit là d'une augmentation de 1,2 milliard de dollars par rapport à 1987-1988, et ceci représente des dépenses d'environ 1 350 \$ par habitant de la province. Au cours des dix dernières années, la fraction du total des dépenses dans le domaine de la santé que représentent les paiements versés aux médecins et autres praticiens par le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (OHIP) est passée de 24 % à 32 %, tandis que la part consacrée au fonctionnement des hôpitaux est descendue de 52 % à 44 %. Le programme pluriannuel d'immobilisation doté de 850 millions de dollars qui avait été annoncé dans le budget de 1986 pourvoit à l'élargissement, devenu nécessaire, du réseau des services de santé, surtout dans le domaine des services dispensés aux malades chroniques.

a) Evolution globale des dépenses en matière de santé en Ontario

Les dépenses provinciales pour les services de santé ont augmenté régulièrement entre 1977-1978 et 1987-1988, érodant une part sans cesse croissante des ressources du gouvernement. Au cours de cette période, la part des dépenses du ministère de la Santé est passée de 27 % à 33 % du total des dépenses du budget provincial.

Les dépenses pour les services de santé ont plus que triplé entre 1977-1978 et 1987-1988, passant de 3,7 milliards de dollars à un montant estimé à 11,5 milliards de dollars ; il s'agit là d'une croissance moyenne de 12,1 % par année. Au cours de cette période, la population de la province a augmenté à un rythme annuel moyen de 1 %, ce qui équivaut à un peu moins d'un million d'habitants. Donc, la hausse des dépenses s'expliquerait surtout par une augmentation moyenne annuelle des dépenses par habitant de 10,9 %. Le coût total par habitant a atteint 1.243 \$ en 1987-1988.

b) Répartition des principaux postes de dépenses en matière de santé

Les principales dépenses dans le secteur de la santé :

Entre 1977-1978 et 1987-1988, 78 à 80 % des dépenses du ministère de la Santé ont été consacrées au fonctionnement des hôpitaux, au Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO/OHIP) et au Régime de médicaments gratuits de l'Ontario (RMGO). Les autres dépenses étaient destinées aux programmes de soins prolongés, de soins à domicile, de soins d'urgence, de santé mentale, à d'autres programmes de santé et aux besoins de capitaux.

Les tableaux ci-dessous montrent l'évolution de la répartition des dépenses du ministère de la Santé entre 1977-1978 et 1987-1988. La part des dépenses pour le régime d'assurance-maladie, qui a augmenté de 24 à 32 %, empiète sur celle d'autres postes, plus particulièrement le fonctionnement des hôpitaux.

1977-1978

Autres 22 %	RM GO 2 %	RAMO/OHIP 24 %	HOPITAUX 52 %
----------------	-----------------	-------------------	------------------

1987-1988 *

Autres 20 %	RMGO 4 %	RAMO/OHIP 32 %	HOPITAUX 44 %
----------------	-------------	-------------------	------------------

* chiffres provisoires

Légende : RMGO : Régime de médicaments gratuits de l'Ontario
RAMO/OHIP : Régime d'assurance maladie de l'Ontario

(Source : Ministère du Trésor et de l'Economie de l'Ontario)

* Le fonctionnement des hôpitaux

Les dépenses provinciales au titre du fonctionnement des hôpitaux ont augmenté de plus de 250 pour 100, passant de 1,9 milliard de dollars en 1977-1978 à 5,1 milliards de dollars en 1987-1988. Il s'agit d'une augmentation annuelle moyenne de 10,3 pour 100. En termes de dépenses par habitant, le montant consacré au fonctionnement des hôpitaux s'est accru au cours de cette période. Il est passé de 229 \$ à 553 \$, ce qui fait une croissance moyenne de 9,2 pour 100 par année.

Au cours de cette période, le financement provincial était fonction de certains facteurs, dont :

- . les augmentations de traitements et de salaires,
- . une demande accrue de services hospitaliers,
- . la hausse des frais pour les programmes de maintien des fonctions vitales au moyen d'appareils de haute technologie,
- . la création et le développement des programmes.

Ces dépenses pour les hôpitaux ne représentent que le financement du fonctionnement des hôpitaux publics et ne comprennent pas celui de la rénovation et de la construction. On procède actuellement à d'importants travaux dans les hôpitaux de

l'Ontario, grâce à l'affectation provinciale pluriannuelle de 850 millions de dollars aux immobilisations annoncée dans le budget de 1986.

*** Le régime d'assurance-maladie de l'Ontario.**

En dix exercices, de 1977-1978 à 1987-1988, les dépenses affectées au règlement des services offerts par les médecins et autres praticiens dans le cadre du régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO/OHIP) ont quadruplé et sont passées de 0,9 milliard de dollars à 3,6 milliards de dollars, ce qui représente, en termes annuels, une progression moyenne de 15,5 pour 100. Cette progression des dépenses a une double cause : l'augmentation négociée, de l'ordre de 8 pour 100 en moyenne par année, des tarifs correspondant aux services offerts par les laboratoires, les médecins et autres praticiens, et l'accroissement, de 7 pour 100 par année en moyenne, de l'utilisation des services. Sur l'ensemble de la période, la tendance a été à la baisse pour les augmentations négociées des honoraires mais à la hausse pour les taux d'utilisation.

Le tableau ci-dessous montre l'accroissement du nombre de médecins exerçant en Ontario dans le cadre du RAMO/OHIP ainsi que l'augmentation de la moyenne des versements faits aux médecins de 1981-1982 à 1986-1987.

**Médecins ontariens facturant le RAMO/OHIP
de 1981-1982 à 1986-1987**

	Nombre de médecins	Moyenne des versements faits aux médecins
1981-1982	13478	94 500 \$
1982-1983	13888	109 000 \$
1983-1984	14429	121 100 \$
1984-1985	15039	130 500 \$
1985-1986	15698	140 700 \$
1986-1987	16443	154 100 \$

(Source : ministère de la santé de l'Ontario)

L'importance des dépenses engagées dans le régime d'assurance-maladie de l'Ontario tient également au développement

considérable des services de laboratoires, la part de dépenses les concernant ayant augmenté en moyenne de 16 pour 100 par exercice de 1981-1982 à 1986-1987.

Pendant cette période, le nombre de demandes de remboursement présentées dans le cadre du RAMO/OHIP a connu une forte progression, passant de 57 millions en 1977-1978 à environ 94 millions en 1987-1988, ou encore de 6,8 demandes à 10,1 demandes de règlement par habitant.

* Le régime de médicaments gratuits de l'Ontario

Ce régime a été créé en 1974 pour que les personnes âgées et les personnes dans le besoin puissent obtenir les médicaments qui leur sont prescrits par ordonnance. De fait, les personnes du troisième âge, les assistés sociaux et les pensionnaires des établissements de soins prolongés et des foyers de soins spéciaux reçoivent gratuitement les médicaments qui leur sont prescrits.

Les dépenses du ministère de la santé concernant le régime de médicaments gratuits de l'Ontario sont passées de 72 millions de dollars en 1977-1978 à 498 millions de dollars en 1987-1988, ce qui signifie qu'elles sont augmentées de 591 pour 100 au total, ou de 21,3 pour 100 en moyenne par année. S'il est vrai que l'augmentation enregistrée dans les premières années provenait en grande partie de l'accroissement naturel du nombre de bénéficiaires, il n'en reste pas moins que ce régime a connu un taux de croissance à deux chiffres pendant toute cette période, ce qui le place parmi les programmes de santé ayant pris le plus d'ampleur pendant les années en question. Les dépenses du ministère de la santé pour ce régime sont passées en moyenne de 109 \$ par participant en 1977-1978 à 498 \$ en 1987-1988.

c) Le financement des dépenses de santé

C'est en puisant dans ses recettes générales, y compris dans les paiements de transfert du gouvernement fédéral et les primes du régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO/OHIP),

que le gouvernement de l'Ontario finance les services de santé. Or, comme l'augmentation de l'apport du gouvernement fédéral au financement des programmes établis (FPE) n'a pas suivi le rythme de croissance, très rapide, des dépenses de santé, cette contribution aux dépenses a en fait diminué. Les recettes provenant des primes du RAMO/OHIP n'ont que légèrement progressé puisque la tarification n'a pas changé par rapport aux dernières années, ce qui signifie que le prélèvement nécessaire sur les autres sources de recettes provinciales pour financer les dépenses de santé a régulièrement augmenté.

*** Le financement des programmes établis (FPE)**

Créé en 1977 par le gouvernement fédéral, l'accord portant sur le financement des programmes établis remplaçait la politique des programmes fédéraux-provinciaux à coûts partagés dans les domaines de la santé et de l'éducation postsecondaire et instaurait à leur place le concept d'un financement global inconditionnel.

Si l'objet de cet accord était d'assurer une certaine stabilité financière de longue durée dans les domaines de la santé et de l'éducation postsecondaire, les révisions successives à la baisse de l'évaluation des paiements de transfert fédéraux a eu pour effet de freiner l'augmentation des sommes allouées à l'Ontario. Après avoir atteint le niveau record de 51,8 pour 100 en 1979-1980, l'aide financière accordée pour les programmes ontariens est tombée à 39,3 pour 100 en 1987-1988.

*** Les primes du régime d'assurance-maladie de l'Ontario**

En l'absence d'un redressement des taux de primes depuis 1984 et compte tenu des exonérations de primes, augmentées d'année en année depuis 1984, que le gouvernement provincial a accordées aux personnes à faible revenu, la proportion des primes dans le financement des services de santé a baissé de 19 pour 100 en 1984-1985 à 14,9 pour 100 en 1987-1988. L'aide totale aux personnes à faible revenu et aux autres groupes de personnes admissibles, telles

les personnes âgées, a coûté en tout 770 millions de dollars en 1987-1988.

Pour conclure cette analyse budgétaire, on peut indiquer les pistes de réflexion retenues par le gouvernement ontarien pour parvenir à une meilleure maîtrise des dépenses de santé, sans remettre le système en cause et en tenant compte de certains facteurs, tel que le vieillissement de la population qui pèseront sur l'augmentation des dépenses.

En décembre dernier, le ministère de la santé a annoncé qu'il examinerait le fonctionnement des hôpitaux et, tout particulièrement, celui des 22 hôpitaux qui sont continuellement déficitaires, et qu'il entreprendrait une étude complète des modalités de remboursement de certains frais et services dans les hôpitaux. Il a également mis sur pied un groupe d'experts chargé d'analyser, en collaboration avec l'Association des médecins de l'Ontario, les facteurs influant sur l'accroissement du recours aux services médicaux et la prestation de ces services et, ultérieurement, de recommander les changements nécessaires. Pour finir, le ministère de la santé procède actuellement à l'examen des programmes de médicaments gratuits du gouvernement (acquisition, distribution et prescription des médicaments, et exécution des ordonnances) et du fonctionnement du programme de soins à domicile. Le conseil du premier ministre sur la santé, quant à lui, a commencé des travaux essentiels sur la recherche de nouvelles solutions, originales et d'un bon rapport coût-efficacité, dans le domaine de la santé.

*

* *

A la suite de cette première partie, qui s'est voulue exhaustive afin de présenter une vue générale du système de protection sanitaire et sociale au Canada, les deuxième et troisième parties de ce rapport insistent sur certains points précis qui ont particulièrement intéressé les membres de la mission d'information. Il s'agit d'une part de l'étude du régime de retraites canadien et d'autre part, de l'examen du système de protection sanitaire et social québécois. L'originalité de ce dispositif est évidente, et sa réussite également, mais comme les autres systèmes de santé des pays développés, il fait aujourd'hui l'objet de multiples interrogations.

*

* *

DEUXIEME PARTIE : LE SYSTEME DE RETRAITES ET DE PENSIONS DU CANADA

Au Canada, comme il a été indiqué en première partie, le système des retraites est très largement géré au niveau fédéral. Même si le Québec administre un système autonome, le programme de retraites est caractérisé par son critère d'universalité, sous réserve de conditions d'admissibilité car en définitive les deux régimes sont similaires sur des points essentiels et des accords de réciprocité sont prévus entre eux deux.

Trois paliers dans ce régime de retraites peuvent être établis pour décrire avec précision le dispositif :

- un régime d'allocations de base,
- un régime d'assurances sociales,
- un régime d'assurances privées.

I. UN REGIME D'ALLOCATIONS DE BASE POUR PERSONNES AGEES

Trois programmes gérés par le ministère de la Santé et du Bien-être social assurent un minimum de revenus aux personnes âgées. Ces programmes ont été progressivement mis en place depuis 1952 et deux d'entre eux soumettent le versement d'une pension à condition de ressources :

- 1952 : institution de la pension de base "sécurité-vieillesse" (SV) versée sans condition de ressources
- 1967 : création du supplément de revenu garanti, versé sous conditions de ressources
- 1975 : mise en place de l'allocation au conjoint (AC) également versée sous conditions de ressources, et dont les modalités d'attribution ont été élargies en 1975 et 1979.

A. Les conditions d'obtention de la pension de base "sécurité de la vieillesse" (SV)

Pour bénéficier de la pension à taux plein de SV (Sécurité de la vieillesse), une personne doit avoir résidé au Canada durant 40 ans passé l'âge de 18 ans ou, si elle avait 25 ans ou plus au 1er juillet 1977, durant les dix années qui ont précédé immédiatement sa demande. En juillet 1977, les conditions d'admissibilité ont été modifiées de manière à autoriser le versement de pensions partielles proportionnelles au nombre d'années de résidence. Des accords de réciprocité en matière de sécurité sociale ont été signés avec un certain nombre de pays pour permettre à des personnes, qui autrement n'auraient pas satisfait aux conditions de résidence minimales, de bénéficier des prestations de SV. En vertu de ces accords, une personne vivant au Canada peut devenir admissible en ajoutant à ces années de résidence au Canada les années passées dans un autre pays. Chaque année de résidence au Canada donne droit à un quarantième de la pension intégrale, à condition de pouvoir se prévaloir d'au moins dix ans de résidence si la pension est versée au Canada, et d'au moins 20 ans, si elle est versée à l'étranger. Des accords avec l'Italie, la France, le Portugal, la Grèce, la Jamaïque, les États-Unis, la Barbade, le Danemark et la Suède sont en vigueur, et d'autres, avec la Belgique, la République fédérale d'Allemagne, le Luxembourg et la Norvège depuis janvier 1987.

En janvier 1987, le montant mensuel de la pension SV était de 297,37 \$ et 1,322 million de personnes bénéficiaient de cette pension seule.

Les dépenses au titre de cette prestation se sont élevées à 8,8 milliards de \$ en 1986.

B. Les conditions d'attribution du supplément de revenu garanti (SRG) et de l'allocation au conjoint (AC)

Le SRG et l'AC sont assujettis à une évaluation du revenu. L'admissibilité du pensionné ou du requérant dépend de son revenu

l'année précédente, calculé conformément à la Loi de l'impôt sur le revenu. Le SRG maximal est réduit de 1 \$ par mois pour chaque 2 \$ de revenu mensuel d'autres sources. Dans le cas des couples mariés, tout revenu est réputé être réparti à part égale. L'AC équivaut au montant combiné de la pension de base et du plein montant du SRG au taux de personne mariée. L'allocation est réduite de 3 \$ pour chaque tranche de 4 \$ de revenu mensuel combiné des deux conjoints jusqu'à élimination du montant équivalant à la pension de base. Par la suite, le montant équivalant au SRG est réduit de 1 \$ par tranche de 4 \$ de revenu combiné. S'il s'agit d'une allocation de personne veuve ou d'une AC prolongée, la partie égale au SRG est réduite à raison de 1 \$ pour chaque 2 \$ de revenu.

Comme il a été indiqué plus haut, les conditions d'obtention de l'allocation au conjoint ont été élargies depuis octobre 1975. Initialement réservée au conjoint d'un pensionné vivant, cette allocation peut désormais être versée aux conjoints survivants âgés de 60 à 64 ans, mais elle reste soumise à condition de ressources.

C. Poids financier du dispositif de base pour les personnes âgées

* Mode de revalorisation et tentative de maîtrise des coûts :

Depuis 1973, les trois types de prestations (sécurité de la vieillesse, supplément de revenu garanti et allocations au conjoint) sont revalorisés en fonction du taux d'augmentation de l'indice des prix à la consommation.

En 1983, pour tenter de limiter la forte progression de ces programmes, et en pleine période de restrictions budgétaires, une loi a limité à 6 % en 1983 et 5 % en 1984 les augmentations de la pension sécurité de la vieillesse. Les taux d'inflation étaient de 11 % en 1982 et 7 % en 1983. Pour atténuer les pertes résultant de l'indexation limitée de la pension de base, le taux d'augmentation du supplément de revenu garanti a été légèrement majoré.

Mais, depuis 1985, le gouvernement a repris le principe de l'indexation trimestrielle totale pour les trois types de prestations.

* Coût global du programme d'allocations pour personnes âgées :

en janvier 1987, les bénéficiaires d'une pleine pension de sécurité de la vieillesse (SV) touchaient 297,37 \$ canadiens par mois. Le montant maximum du supplément de revenu garanti pour un célibataire était de 353,41 \$ alors que chaque conjoint d'un couple pouvait, à ce titre, recevoir 230,17 \$. Quant au montant de l'allocation au conjoint, elle était de 527,42 \$ pour l'allocation prolongée et l'allocation de personne veuve. On peut préciser que toutes ces allocations sont versées mensuellement.

en mars 1986, 2,79 millions de canadiens ont touché des prestations de sécurité de la vieillesse, et 50 % d'entre eux ont également reçu un supplément de revenu garanti. De plus, parmi ces 2,79 millions de personnes, 142.302 ont bénéficié de l'allocation au conjoint.

Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti et Allocation au conjoint - Nombre de bénéficiaires par province ou territoire et par programme - mars 1986

Province ou territoire (1)	SV seulement	SRG	Total de la SV et du SRG	% du SRG (2)	AC	Total SV/SRG/AC
Terre-Neuve	10.038	40.136	50.174	79,99	5.072	55.246
Ile-du Prince-Edouard	4.937	10.975	15.912	68,97	1.126	17.038
Nouvelle-Écosse	37.861	65.227	103.088	63,27	7.196	110.284
Nouveau-Brunswick	27.206	51.741	78.947	65,54	6.213	85.160
Québec	248.992	393.696	642.688	61,26	45.122	687.810
Ontario	570.049	400.027	970.076	41,24	42.486	1.012.562
Manitoba	65.235	67.382	132.617	50,81	6.687	139.304
Saskatchewan	64.296	62.617	126.913	49,34	5.889	132.802
Alberta	96.208	87.991	184.199	47,77	8.723	192.922
Columbie Britannique	191.999	144.790	336.789	42,99	13.502	350.291
Yukon	393	424	817	51,90	49	866
Territoires du Nord-Ouest	244	1.124	1.368	82,16	83	1.451
Accords internationaux (3)	4.890	3.756	8.646	43,44	154	8.800
Total	1.322.348	1.229.886	2.652.234	50,14	142.302	2.794.536

1. Les bénéficiaires à l'extérieur du Canada sont payés par le bureau régional de la province où ils demeureraient avant de quitter le pays ; ces personnes sont incluses dans le nombre de bénéficiaires pour les provinces en question.

2. Le nombre de bénéficiaires du SRG est exprimé en tant que pourcentage du nombre total de bénéficiaires de la SV/SRG.

3. Comprend tous les pensionnés admissibles en vertu d'accords internationaux en matière de sécurité sociale.

(Source : Direction générale de la politique, de la planification et de l'information. Ministère de la Santé et du Bien-être social).

Le tableau suivant indique la répartition du nombre de bénéficiaires selon le groupe d'âge et le sexe.

**Programmes d'allocations pour personnes âgées
Nombre de bénéficiaires par âge et par sexe
Juin 1986**

FEMMES					Groupe d'âge	HOMMES				
SV seulement	SRG maximum	SRG partiel	AC	TOTAL		SV seulement	SRG maximum	SRG partiel	AC	TOTAL
-	-	-	126.027	126.027	60-64	-	-	-	12.383	12.383
282.109	35.605	165.511	-	483.225	65-69	255.952	31.562	117.946	-	405.460
206.316	36.776	163.979	-	407.071	70-74	186.409	21.403	112.401	-	322.213
126.998	37.503	132.951	-	297.452	75-79	106.567	14.356	89.032	-	209.955
67.339	34.489	88.883	-	190.711	80-84	45.977	9.790	55.351	-	111.118
32.129	25.060	46.576	-	103.765	85-89	16.433	6.962	23.423	-	46.818
15.992	16.174	24.591	-	56.757	90+	7.410	4.381	9.329	-	21.120
730.884	185.607	622.491	126.027	1.665.008	Total	620.748	88.454	407.482	12.383	1.129.067

Enfin, on peut indiquer que pour 1985-1986, le coût total de ces programmes, entièrement financé par l'impôt, s'est élevé à 12,524 milliards de dollars canadiens. Le tableau ci-dessous indique la répartition par type de programmes et en prenant l'exemple de l'Ontario et du Québec.

**Programmes d'allocations pour personnes âgées
Dépenses par province et par programme
1985-1986**

(en millions de dollars canadiens)

Province	SV	SRG	AC	TOTAL
Québec	2.157,28	1.009,87	111,72	3.278,88
Ontario	3.244,50	944,48	87,51	4.276,49
Canada	8.857,66	3.319,42	347,75	12.524,84

(Source : Direction générale de la politique, de la planification et de l'information. Ministère de la Santé et du Bien-être social).

En 1986, le total des prestations versées au titre de la sécurité-vieillesse s'élevait à 8,2 milliards de dollars contre seulement 4,67 milliards en 1980.

II. LES RÉGIMES DE PENSIONS DU CANADA ET DE RENTES DU QUÉBEC

A. Présentation du système

Le Régime des pensions du Canada (RPC) et le Régime de rentes du Québec (RRQ), instaurés en 1966, sont des programmes d'assurance sociale. Les deux régimes sont financés par des cotisations égales de l'employeur et de l'employé équivalant chacune à 1,8 % des gains soumis à cotisation. Les travailleurs autonomes doivent cotiser au taux complet de 3,6 %. En 1986, ces gains étaient ceux compris entre l'exemption de base de l'année (EBA) de 2,500 \$ et le maximum des gains annuels de 25,800 ouvrant droit à pension (MGAP). Le RPC s'applique dans toutes les provinces sauf au Québec ; celui-ci a mis sur pied son propre programme d'assurance sociale, le Régime de rentes du Québec (RRQ)*. Les deux régimes assurent le même genre de prestations aux cotisants et à leurs familles, avec quelques différences au niveau des prestations et de l'admissibilité. Le RPC comme le RRQ donnent droit à des prestations de retraite, à des prestations de survivant à la veuve ou au veuf et aux enfants à charge, à des prestations de décès, à des prestations d'invalidité aux cotisants forcés de quitter leur emploi prématurément pour cause d'invalidité, et à des prestations pour leurs enfants à charge.

Il existe des ententes de réciprocité entre les deux régimes garantissant le droit aux prestations à presque tous les travailleurs de la population active. Une personne qui a cotisé aux deux régimes à différents moments de sa vie active a droit aux prestations du régime qui s'applique à son lieu de résidence habituel au moment de sa demande. Dans le cas des prestations de survivant, le lieu de résidence du cotisant au moment de son décès permet d'établir lequel des deux régimes devra verser les prestations.

*Dans cette partie du rapport consacrée aux régimes de retraites, le terme "pension" désignera à la fois la pension servie par le régime canadien et la rente versée par le régime du Québec.

Comme il l'avait fait pour le programme de sécurité de la vieillesse, le gouvernement fédéral a signé des accords en matière de sécurité sociale avec neuf pays, et il en a conclu quatre autres qui n'ont pas encore été ratifiés. Dans le cas du Régime de rentes du Québec, des accords existent avec cinq pays.

B. Contenu des prestations du régime de retraites du Canada

1. Modulation de la pension en fonction de l'âge de la retraite

Les pensions de retraite étaient auparavant versées à partir de 65 ans. Toutefois, les personnes toujours actives pouvaient continuer de verser des cotisations jusqu'à 70 ans. Depuis janvier 1987, les cotisants peuvent obtenir des prestations de retraite dès l'âge de 60 ans. Les prestations sont réduites de 0,5 % pour chaque mois de retraite avant l'âge de 65 ans, et augmentées d'autant pour chaque mois d'activité après cet âge. Le taux utilisé pour calculer les prestations est égal à 25 % de la moyenne mensuelle des gains soumis à cotisation. La pension de retraite maximale en 1986 était de 486,11 \$ par mois.

2. Pensions de survivant

Les pensions de survivant sont payables à la famille de quiconque décède après avoir cotisé au RPC ou au RRQ pendant au moins le tiers des années civiles au cours desquelles il aurait normalement cotisé. La pension comprend une prestation uniforme et un montant fondé sur la pension de retraite théorique du cotisant décédé. L'âge et la situation de famille du conjoint survivant sont pris en compte dans les calculs. En 1986, les prestations mensuelles maximales payables à un conjoint survivant variaient entre 273,35 \$ et 291,65 \$ dans le cadre du RPC, et entre 291,65 \$ et 480,87 \$ dans le cadre du RRQ. Depuis janvier 1987, les personnes touchant des prestations de survivant du RPC peuvent encore les recevoir même si elles sont remariées. Cette disposition est prévue au RRQ depuis 1984.

3. Pension d'invalidité

Les pensions d'invalidité sont accordées à tout cotisant atteint d'une invalidité mentale ou physique grave et prolongée exigeant son retrait de la vie active. En vertu du RRQ, les travailleurs de 60 ans et plus qu'une incapacité empêche d'assumer leur rôle habituel au sein de la population active ont droit à une rente d'incapacité. Les personnes qui demandent une pension du RPC pour cause d'invalidité doivent se soumettre à un examen médical.

Auparavant, les requérants devaient avoir cotisé pendant au moins le tiers des années civiles de la période cotisable, et pendant au moins cinq des dix années ayant précédé leur état d'invalidité. Depuis janvier 1987, il leur suffit d'avoir cotisé au RPC pendant deux des trois ou cinq des dix années ayant précédé leur état d'invalidité. Ils peuvent commencer à toucher leurs prestations après une période d'attente de trois mois au cours de laquelle ils ont droit à l'assurance-chômage.

Comme la pension de survivant, la pension d'invalidité comprend une prestation uniforme et une pension de retraite théorique fondée sur les gains. En 1986, la pension d'invalidité maximale du RPC était de 455,64 \$, ce qui comprenait une prestation uniforme de 91,06 \$. La rente d'invalidité maximale du RRQ était de 597,96 \$; la prestation uniforme se chiffrait à 233,38 \$. Depuis janvier 1987, la prestation uniforme du RPC est égale à celle du RRQ, soit 233,38 \$.

Des pensions combinées comprenant une pension de conjoint survivant et une pension de retraite ou d'invalidité peuvent être versées aux veufs ou veuves admissibles à une pension de retraite ou d'invalidité. Dans de tels cas, la portion afférente aux gains de la pension combinée ne doit pas dépasser le montant maximal de la pension de retraite mensuelle.

4. Prestations pour enfants à charge

Des prestations sont payables aux enfants à charge d'un pensionné invalide et sont également disponibles (prestations aux orphelins) pour les enfants à charge d'un conjoint survivant. En général, les prestations sont versées jusqu'à l'âge de 18 ans, mais peuvent l'être jusqu'à l'âge de 25 ans si l'enfant poursuit ses études. Depuis janvier 1987, les enfants qui se sont déjà mariés ont quand même droit aux prestations. S'ils reprennent leurs études à plein temps après une interruption, ils ont droit à nouveau aux prestations. De plus, les enfants à charge peuvent toucher deux prestations du RPC si les deux parents sont décédés ou sont devenus invalides. Auparavant, les enfants ne pouvaient toucher qu'une seule prestation. En 1986, la prestation mensuelle du RPC était fixée à 91,06 \$ par enfant et celle du RRQ à 29,00 \$.

5. Prestation décès

Une prestation de décès est payable à la succession d'un cotisant qui meurt avant de prendre sa retraite et qui a cotisé au régime pendant au moins trois ans. En 1986, la prestation de décès maximale du RPC comme du RRQ était de 2,580 \$.

6. Partage des crédits de pension

En cas de divorce ou d'annulation du mariage, des dispositions sont prises pour que les crédits de pension acquis par l'un des conjoints, ou les deux, au cours du mariage, soient divisés à part égale entre les deux. A l'heure actuelle, les conjoints doivent avoir vécu ensemble pendant au moins trois années consécutives durant le mariage et les demandes de partage de crédits doivent être faites dans les trois années qui suivent le jugement définitif de divorce. Depuis janvier 1987, le partage des crédits peut se faire aussitôt après que le ministère de la Santé et du Bien-être social a été informé du divorce ou de l'annulation ; les demandes peuvent être présentées après un an de séparation. De plus, un an après la fin d'une union libre, l'un ou l'autre conjoint de fait peut demander le partage des crédits de pension accumulés durant la cohabitation. Il est toujours possible de renoncer au partage des crédits en le précisant

explicitement au préalable dans un accord juridique. Depuis janvier 1987, l'un ou l'autre conjoint d'un couple toujours uni par les liens du mariage peut demander le partage des crédits accumulés durant leur vie commune. Dans un tel cas, les deux conjoints doivent avoir au moins 60 ans et avoir déjà demandé les pensions ou rentes auxquels ils ont droit.

C. Une nécessaire évolution du régime des retraites au Canada

1. Montée en charge du régime

Comme l'indique le tableau ci-dessous, les dépenses effectuées au titre du régime des retraites du Canada ne cessent d'augmenter. Ceci est très largement dû à la montée en charge progressive du régime ainsi qu'au vieillissement de la population.

Evolution des dépenses du Régime de pensions du Canada (RPC) et du Régime de rentes du Québec (RRQ) entre 1981 et 1985

(en millions de dollars)

Prestations	1981	1982	1983	1984	1985
Pensions de retraites	1.668,3	2.070,5	2.564,6	3.104,7	3.691,2
Pension au conjoint survivant	590,1	709,1	866,2	1.036,7	1.218,4
Pension d'invalidité	328,6	392,4	498,2	617,4	751,8
Orphelins et enfants à charge d'un pensionné invalide	128,7	140,0	159,4	179,3	190,9
Total	2.715,7	3.312,0	4.088,4	4.938,1	5.852,3

(Source : Ministère de la Santé et du Bien-être social)

A l'heure actuelle, le taux moyen d'une pension versée par le régime de pensions du Canada représente environ 25 % du salaire industriel moyen qui s'élève à 28.000 \$ canadiens par an.

Si on ajoute à cette pension de retraite l'allocation de sécurité de la vieillesse, le taux moyen de la pension s'élève alors à 40-45 % du salaire industriel moyen.

2. Réforme du taux des cotisations pour équilibrer le régime jusqu'en 2010

En juin 1986, le Parlement adoptait une loi prévoyant des modifications importantes au RPC. Les changements ont été par la suite ratifiés par les provinces, conformément aux exigences de la loi et sont entrés en vigueur en janvier 1987.

L'administration directe du programme est confiée à différents bureaux régionaux au Canada, alors que l'administration des cotisations s'effectue par le biais des régimes fiscaux des gouvernements fédéral et québécois. Le taux de cotisation a été augmenté de 0,2 % en janvier 1987. L'augmentation annuelle du taux de cotisation sera de 0,2 % pendant les quatre années à venir, puis sera de 0,15 % par année pour les vingt années suivantes. Ces taux peuvent être modifiés tous les cinq ans après examen par les ministres des Finances (fédéral et provincial).

A priori, en l'an 2015, le taux de cotisations sur un salaire plafonné devrait être de 10 % réparti pour moitié entre employeur et salarié. Cette réforme permet d'éviter un trop grave dérapage d'ici à l'an 2010, mais il ne résoud rien au-delà. Il ne répond en particulier pas au problème posé par le vieillissement de la population.

III. UN RÉGIME D'ASSURANCES PRIVÉES À TITRE SUBSIDIAIRE

* Le troisième dispositif des retraites est constituée par des assurances privées qui offrent des produits d'épargne en vue de la retraite. La place de ces régimes dans le système canadien semble très similaire à celle occupée par des produits identiques en France. Ces dispositifs sont certes encouragés, mais ils ne constituent pas la cheville ouvrière du régime de retraites canadiens.

* Le mécanisme de ce type de retraites est simple puisqu'il autorise tout canadien à épargner jusqu'à 18 % de son salaire pour le placer en vue de la retraite. Cette possibilité d'épargne est néanmoins plafonnée par le biais du salaire de référence qui ne peut excéder trois fois le salaire industriel moyen. Au maximum, c'est donc 15.500 \$ canadiens qui peuvent être épargnés au titre de la retraite. Les entreprises peuvent également participer à ces contrats d'épargne.

* Les avantages fiscaux accordés sont également simples mais importants, puisque les sommes épargnées et les revenus dégagés ne sont pas soumis à l'impôt sur le revenu des personnes physiques, lorsqu'ils sont intégrés aux sommes épargnées. Ils ne seront imposés que lorsque le bénéficiaire du contrat d'épargne les utilisera comme revenu.

* *

*

En conclusion de cette deuxième partie, la délégation a noté un certain décalage entre l'état d'esprit canadien et l'état d'esprit français à propos de l'avenir de nos régimes de retraites respectifs.

Au Canada, l'opinion publique et les hommes politiques ne sont pas encore sensibilisés à l'évolution préoccupante des régimes,

car le système qui est encore en maturation ne posera de réels problèmes qu'à compter de 2010-2015. La réforme de juin 1986 a résolu nombre de difficultés pour les quinze ou vingt ans à venir.

De plus, l'équilibre du poids actifs/inactifs au Canada peut être amélioré par une solution originale, sans doute difficilement transposable en France, même si là-bas elle peut être parfois mal perçue. Il s'agit des mesures prises en matière d'immigration. La régulation des flux migratoires varie bien entendu en fonction du niveau d'activité économique, mais depuis 1984 les autorisations d'entrées augmentent à nouveau. Jusqu'en 1974, l'immigration avait été très importante (250.000/an) et en provenance d'Europe de l'Est. Pour lutter contre le chômage, une loi en 1976 avait limité le nombre d'entrées annuel à 85.000. Mais depuis 1984, ce nombre est à nouveau en augmentation et il s'élève maintenant à 135.000 par an. Pour répondre aux besoins économiques, la sélection se fait sur des critères d'aptitude professionnelle et de qualification, mais globalement ce sont autant de cotisants potentiels pour le régime de pensions du Canada ou de rentes du Québec. Pour prendre l'exemple du Québec, lors du recensement de 1981, 8,3 % de la population était née hors du Canada, contre 5,6 % en 1951 et 7,8 % en 1971.

* *

*

TROISIEME PARTIE : LE SYSTEME SANITAIRE ET SOCIAL DU QUEBEC

En guise de préambule à cette troisième partie consacrée au système socio-sanitaire québécois, on procèdera à un bref rappel historique et à l'énoncé des fondements du système qui ont déjà été exposés dans la première partie du rapport.

1. Historique

La politique sanitaire et sociale au Québec marque l'aboutissement d'une longue évolution dans le secteur de la santé et des services sociaux. Au XIXe siècle, ce secteur relevait très largement des municipalités et surtout des communautés religieuses. La première intervention significative des pouvoirs publics remonte à 1921 avec l'adoption de la **loi d'assistance publique qui prévoit l'hospitalisation des indigents** avec répartition des frais entre le Gouvernement, les municipalités et les organisations religieuses.

Les unités sanitaires, créées en 1926, constituent les premiers organismes de santé publique et ils remplaceront les bureaux d'hygiène municipaux. L'application de la **loi sur l'hygiène** amènera la création du ministère de la santé en 1936, qui progressivement assumera de nouvelles fonctions en matière de santé (assistance publique ; santé publique ; relations avec le pouvoir fédéral). Les années 50 donnent lieu à des acquis importants, avec notamment **l'assistance chômage en 1956 et l'assurance hospitalisation en 1957.**

Mais c'est à partir de 1960 que s'inscrit une période charnière en matière sanitaire et sociale tant du point de vue normatif que prospectif.

Plusieurs lois promulguées durant cette décennie marqueront le développement social du Québec. Le Parlement provincial adopte, en décembre 1960, la **loi sur l'assurance-**

hospitalisation qui assure la gratuité des soins au Québec, c'est-à-dire leur prise en charge par l'État.

En 1965, la loi sur le Régime des rentes du Québec est adoptée. Ainsi démarre un programme de sécurité sociale. En 1966, on adopte la loi sur les accidents du travail et la loi sur l'assistance médicale. Durant l'été 1969, un autre événement important survient, à savoir la mise sur pied de la Régie de l'assurance-maladie. Ce nouvel organisme doit mettre en place les mécanismes administratifs requis pour le fonctionnement et la gestion du régime d'assurance-maladie. Enfin, en décembre 1969, la loi sur l'aide sociale est adoptée. Cette loi constitue un pas important vers une politique sociale d'ensemble au Québec en autorisant l'octroi de prestations d'aide aux citoyens qui sont dans l'incapacité de pourvoir seuls à leur subsistance.

Au-delà de ce strict cadre législatif deux comités ont particulièrement influencé les orientations générales des pouvoirs publics dans le secteur du bien-être social : le Comité d'étude sur l'assistance publique (Comité Boucher) et la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu).

Dans son rapport de 1963, le Comité Boucher recommande que le secteur public prenne la relève des activités d'assistance sociale jusqu'alors confiées à l'Église, aux familles, aux individus ainsi qu'à des organismes de bienfaisance. Le Comité Boucher insiste sur la nécessité pour le Québec de se doter d'une politique économique et sociale d'ensemble qui permette une **nouvelle intégration administrative** des politiques relatives à la main-d'oeuvre, à l'éducation, à la santé et au bien-être social.

Novembre 1966 marque l'institution de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social présidée d'abord par M. Claude Castonguay, jusqu'en mars 1970, et ensuite par M. Gérard Nepveu. La commission doit enquêter sur tous les domaines de la santé et du bien-être social. D'une part, la Commission présente au gouvernement une conception d'ensemble de la sécurité sociale et prescrit les éléments fondamentaux du développement social : la santé, les services sociaux et la sécurité du revenu ; d'autre part, elle définit un système socio-sanitaire qui, axé sur une philosophie

sociale cohérente, façonnera entièrement l'organisation des services de santé et des services sociaux du Québec.

2. Les fondements du système

La réalisation de la réforme ne peut s'appuyer que sur une conception d'ensemble des services sociaux, des services de santé et de la sécurité du revenu. Cette conception d'ensemble s'articule autour des moyens suivants : de nouvelles lois et des outils administratifs novateurs.

La réforme est centrée sur le nouveau ministère des Affaires sociales qui en devient en même temps le maître d'oeuvre. La loi créant le ministère des Affaires sociales est votée en décembre 1970. Le nouveau ministère des Affaires sociales est constitué de la fusion du ministère de la Santé avec celui de la Famille et du Bien-être social. Par la réunification des secteurs de la santé et du bien-être social, le législateur québécois compte mettre en place les éléments propices au développement social.

Tout en veillant à l'intégration des deux ministères et à la restructuration des responsabilités administratives, le ministre a la tâche principale d'élaborer une politique de sécurité du revenu et de développer les mécanismes de rationalisation et de contrôle du fonctionnement des établissements de santé et de bien-être social.

A partir de ce moment, une série de lois et de règlements précisent le cadre législatif dans lequel s'insère la mission sociale. La loi sur l'assurance-maladie, en 1970, puis la loi sur les services de santé et les services sociaux, en 1971, définissent les grands paramètres. La première permet l'accessibilité financière par la gratuité des soins médicaux, bucco-dentaires et optométriques, la seconde élargit ce concept car elle sous-tend une politique d'accessibilité universelle à des soins et à des services complets, continues, complémentaires et de qualité ; l'accessibilité géographique à ces soins et services devient primordiale. En outre, cette loi vise à l'implantation d'un ensemble de services de santé et de services sociaux facilitant ainsi l'élaboration - tant au niveau local que régional - des programmes qui tiennent compte des interrelations entre les problèmes de santé, les problèmes sociaux et les difficultés économiques des citoyens.

Plusieurs lois concernant la protection de groupes de citoyens sont adoptés : loi sur la protection de la santé publique, loi sur la protection du malade mental, loi sur la protection de la jeunesse et loi assurant l'exercice des droits de la personne. Un régime d'allocations familiales est également instauré par le gouvernement du Québec à l'instar du gouvernement fédéral. A cela, il faut ajouter la loi sur les services de garde à l'enfance et la loi sur la santé et la sécurité du travail.

Le ministère des Affaires sociales en est arrivé, ces dernières années à une étape essentielle de consolidation et de rationalisation de ses interventions en matière de santé publique et de services sociaux, dans une optique de complémentarité entre établissements. La croissance des coûts de la santé, juxtaposée aux restrictions budgétaires et aux diminutions de personnel dictées par la dernière crise économique, obligent le ministère des affaires sociales à une gestion serrée des fonds publics.

Le ministère détient l'autorité politique et administrative qui lui permet de veiller au développement des deux axes de sa politique, la santé et les services sociaux, et d'accomplir ainsi son double mandat : d'une part, élaborer et coordonner les grandes politiques et les programmes d'ensemble du développement social au Québec, et d'autre part, évaluer les services de santé et les services sociaux et s'assurer d'une distribution adéquate de ces services sur l'ensemble du territoire québécois. En fait, et surtout depuis 1981, plusieurs de ces mandats ont été confiés aux Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) qui ont vu leurs responsabilités et leurs pouvoirs s'élargir.

Les fondements du système sanitaire et social étaient donc posés au travers des différentes lois votées dans les années 1970. Ils peuvent être ainsi énoncés :

- **rôle affirmé du ministère des affaires sociales (MAS)** qui regroupe le ministère de la santé et le ministère de la famille et du bien-être social. Il est chargé d'établir les priorités et de planifier, contrôler et évaluer les programmes et les services ;

- **accessibilité universelle aux services sociaux et aux services de santé, comme prévu par l'article 4 de la loi sur les services de santé et les services sociaux ;**

- **participation des usagers et des travailleurs par leur représentation au sein des conseils d'administration de tous les établissements et par la nomination de représentants des usagers au bureau des organisations professionnelles.**

- **mise en place d'un réseau d'établissements sanitaires et sociaux coordonnés, et qui devaient tous être des établissements publics.**

Pour les établissements qui existaient déjà (centres hospitaliers, centres d'accueil, d'hébergement et centres d'accueil de réadaptation), ceci a supposé la plupart du temps leur transformation juridique. Le réseau s'est trouvé complété par la création d'un certain nombre d'autres établissements et institutions, qui ne seront que cités ici : centres locaux de services communautaires, centres de services sociaux, départements de santé communautaire, et conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

Après ce bref rappel historique, on pourra examiner plus en détail la composition et les difficultés de fonctionnement de ce réseau. Enfin, en ce qui concerne les aspects financiers du dispositif, on pourra s'interroger sur les menaces qui pèsent à moyen terme.

I. MONOGRAPHIE DU RESEAU DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX ET SES DIFFICULTES DE FONCTIONNEMENT

En 1986, le réseau comptait plus de 900 établissements et 1 700 points de service qui emploient près de 300 000 personnes. A cet égard, ces services sociaux et de santé constituent un secteur économique en pleine croissance. Entre 1975 et 1987, les effectifs sont passés de 200 000 à 300 000 personnes. L'emploi dans ce secteur représente près de 10 % de l'emploi total contre 6,2 % en 1971 (*). Ces données sur l'emploi dans le système sanitaire et social couvrent tous les emplois dans les secteurs public, privé et communautaire. Si l'on s'intéresse aux seuls établissements publics du réseau, les effectifs s'élèvent à environ 240 000 et la masse salariale représente 3,25 milliards de \$.

On peut indiquer, à titre de référence, que la population du Québec s'élève à 6,6 millions de personnes, soit 26 % de la population canadienne. Elle est très inégalement répartie sur le territoire et à 80 % est urbaine. Les évolutions tendanciennes lourdes sont celles du vieillissement de la population en raison d'un effondrement du taux de fécondité entre 1960 (4 enfants par femme) et 1985 (taux de fécondité = 1,4). Les plus de 65 ans représentaient 9,6 % de la population en 1985. Ils seront 13 % en l'an 2000, alors que la France a déjà atteint ce pourcentage en 1988.

* En Ontario, la part de ce secteur constitue 8 % de l'emploi total et au Canada, 8,76 %. Pour l'Ontario, comme pour le Canada, dans son ensemble, la croissance des effectifs a été très importante depuis 1975.

Le tableau ci-dessous regroupe les statistiques en effectifs et en lits des différents établissements qui composent le réseau sanitaire et social.

**Répartition des effectifs et des lits par catégories d'établissements
1985**

Catégories d'établissements	Nombre	Effectifs		Lits	Rapport/ 1000 habitants
			%		
CAH (centres d'accueil d'hébergement)	422 (dont 185 privés)	23 819	9,96	40 000	6,05
CAR (centres d'accueil de réadaptation)	137	20 238	8,46	9 000	1,36
CHCD (centres hospitaliers de courte durée)	122 (dont 41 affiliés à une université)	128 527	53,72	27 000	4,1
CHSLD (centres hospitaliers de soins de longue durée)	41	18 538	7,75	17 000	2,57
CHPSY (centres hospitaliers psychiatriques)	15	17 516	7,32	5 660	0,85
CLSC (centres locaux de services communautaires)	155	12 975	5,42		
CSS (centres de services sociaux)	17	6 388	2,67		
CRSSS (Conseils régionaux)	14	882	0,37		
Etablissements privés conventionnés	44	10 385	4,34		
TOTAL	967	239 268	100	98 660	

Source : rapport de la commission d'enquête sur les services de la santé et les services sociaux 1988

A. Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux : la régionalisation du système dans l'impasse ?

14 conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), où sont employés 880 personnes, couvrent l'ensemble du Québec. Ils traduisent imparfaitement les recommandations de la commission Castonguay-Nepveu en matière de régionalisation et de décentralisation. Ce sont, au départ, exclusivement des structures consultatives, qui établissent pour le ministère de la santé un répertoire des besoins notamment en matière d'urgence, ou étudient l'implantation d'un système d'achat de groupes pour l'ensemble des établissements de leur circonscription géographique.

1. Les CRSSS : Déconcentration plus que décentralisation

Entre 1976 et 1980, la volonté de déconcentration administrative vers les centres régionaux est très nette, et ceux-ci acquièrent un rôle d'administration entre le ministère d'une part, les établissements et la population d'autre part. Dans le cadre d'une politique budgétaire restrictive pour encadrer les coûts de santé, les conseils régionaux sont compétents pour autoriser et financer les projets de construction et d'équipements des centres hospitaliers d'un montant inférieur à 1 million de \$. Le financement est fourni par un fonds alimenté par 45 % des revenus tirés par les hôpitaux des chambres privées ou semi-privées (les établissements conservent 45 % de ces revenus, et le ministère se réserve 10 % pour la péréquation).

Le rôle gestionnaire des conseils régionaux s'affirme lorsqu'ils deviennent compétents pour approuver les plans d'organisation et d'effectifs médicaux des centres hospitaliers universitaires, ou encore pour élaborer et faire appliquer la politique régionale en matière de santé mentale, de soins à domicile, de transport ambulancier, ou encore des services d'urgences. Depuis 1986, les conseils sont chargés d'approuver les critères d'admission et de sortie élaborés par les centres hospitaliers et les centres d'accueil.

2. La régionalisation dans l'impasse ?

La délégation a pu constater au travers des entretiens qu'elle a eus avec des directeurs du conseil régional des services sanitaires et sociaux de Montréal, ainsi qu'avec des chefs d'établissements hospitaliers, ou encore des médecins chefs de départements, que les conseils régionaux étaient aujourd'hui dans l'impasse. Ils n'ont pas de place reconnue au sein du réseau.

Ils sont devenus des organismes de gestion, qui développent une hyper-activité administrative, et des modes de contrôle très étendus.

Face à eux, les établissements, notamment hospitaliers, craignent de perdre leur autonomie. Les commissions administratives régionales créées en 1977 pour que les établissements soient collectivement associés à la prise de décision régionale, constituent dans ces conditions autant de contrepoids face aux CRSSS.

Ils n'ont aucune personnalité juridique propre, et sont de simples démembrements administratifs du pouvoir provincial puisque aucun élu régional ne siège dans ces conseils. Ils n'ont donc aucune force politique propre et sont sans cesse confrontés d'une part au gouvernement provincial, d'autre part aux établissements, à l'opinion publique et au pouvoir politique local.

De plus, le ministère de la santé a maintenu la confusion et le chevauchement des rôles. Les conseils sont souvent court-circuités, même pour l'exercice de compétences expressément déconcentrées. Si bien que la crédibilité de ces organismes est souvent remise en cause.

B. Les difficultés financières et administratives des centres hospitaliers de courte durée

1. Le rôle pivot des centres hospitaliers

Les 122 centres hospitaliers de courte durée occupent une place importante dans le réseau de structures sanitaires et sociales du Québec. Depuis 1976, la consommation des services hospitaliers est stable, malgré le développement de services dans d'autres types de structures.

L'importance des ressources financières drainées par les centres hospitaliers constitue également une preuve de leur rôle puisque le budget des 122 centres hospitaliers représente la moitié du budget de l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux.

Le contenu de cette catégorie s'est beaucoup diversifié depuis une dizaine d'années ; chaque établissement acquérant sa propre spécificité de par sa taille, sa situation géographique, ou encore du fait de la proximité d'une université, mais néanmoins plusieurs traits communs peuvent être soulignés qui montrent que ces établissements connaissent des difficultés financières et d'organisation assez semblables à celles que connaissent nos structures hospitalières françaises.

2. Les difficultés des centres hospitaliers

***Nécessité d'une ouverture vers l'ensemble du réseau.**

Les contraintes budgétaires ont tout d'abord incité à la coopération interhospitalière au sein des commissions administratives régionales, par le biais de politiques d'achats groupés de matériels puis par la mise en commun de services tels les services administratifs ou auxiliaires. Les centres hospitaliers se sont ouverts sur le reste du réseau, notamment par l'adoption de mécanismes de coordination en matière d'urgence ou d'admission en

soins prolongés. Mais cette coopération connaît ses limites, liées aux intérêts des centres hospitaliers, à la programmation budgétaire du ministère de la santé qui est effectuée par catégories d'établissements.

* L'accumulation des déficits budgétaires

Depuis 1960, les critères et modalités d'allocation des budgets ont beaucoup évolué sans pourtant permettre de trouver une solution satisfaisante. Le système mis en place en 1960 calcule les budgets à partir des dépenses de l'année antérieure affectées d'un taux d'accroissement. Ceci ne fait que consacrer les inéquités entre centres hospitaliers et le principe du budget global introduit en 1972 ne parvient pas à résoudre ce problème. A partir de 1977, les budgets sont calculés en fonction de la performance comparée des centres hospitaliers, mais les inégalités inter-programmes et interrégionales demeurent. Pour corriger ce défaut, en 1982, s'ajoute un indice global de dépenses régionales.

Mais en réalité ces techniques ont plus servi à gérer des compressions budgétaires et elles ont été très mal perçues par les établissements hospitaliers. Beaucoup d'entre eux ont continué à cumuler de gros déficits, ce qui a nécessité des consolidations successives, en 1982, puis en 1986 où les déficits de 67 centres hospitaliers ont été, après examen, consolidés dans l'opération "Blitz". Ces consolidations périodiques incitent aux déficits chroniques. De plus ceci justifie des activités de suivi et de contrôle hyperdéveloppés. On en revient en définitive au budget "itemisé" qui supprime, toute autonomie et responsabilité. De plus, les systèmes d'évaluation ne sont pas performants.

* La difficile intégration du corps médical dans le processus de décision.

Le conseil d'administration pour certaines décisions doit demander l'avis du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre hospitalier. A partir de 1980, pour associer plus directement les médecins aux décisions de gestion et d'organisation hospitalière, les médecins-chefs de département se voient confier des tâches

administratives, dont ils discutent au sein du conseil consultatif à la direction générale.

Mais cette réforme a plus ou moins échoué de l'ensemble des centres hospitaliers, d'une part en raison d'une mauvaise définition des conditions de rémunération des médecins, d'un accroissement des tâches médicales et d'autre part en raison du faible intérêt des médecins à participer à la gestion du système dans une conjoncture économique difficile.

Malgré ces tentatives de participation, deux mondes parallèles continuent de se côtoyer : administratif, pour l'un et attaché à réduire les coûts - médical pour l'autre et qui, bénéficiant d'une grande autonomie professionnelle, détient un pouvoir réel sur l'utilisation des ressources publiques.

C - "L'ouverture" vers l'extérieur des centres hospitaliers psychiatriques

1. L'évolution des services psychiatriques depuis 1960

A partir de 1960, sur la base d'un rapport d'une commission d'enquête dite "Bédard", la "normalisation" du traitement des maladies mentales est entamée. Les hôpitaux psychiatriques sont financés sur les mêmes bases que les hôpitaux généraux et ceux-ci ouvrent des services de psychiatrie. La formation des psychiatres s'améliore et de grands progrès sont enregistrés dans le traitement des maladies mentales. On freine l'hospitalisation des patients en centre psychiatrique, pour favoriser leur maintien dans le milieu naturel. Le nombre de patients hospitalisés diminue alors de 40 %.

2. La mise en place de structures intermédiaires et communautaires

Sans aller jusqu'à fermer les grands centres psychiatriques, qui sont au nombre de 15 pour offrir environ 5.500 lits; d'autres structures intermédiaires se sont développées qui sont assez semblables aux structures offertes en France dans le cadre de la sectorisation psychiatrique. Il s'agit des pavillons, qui offrent 1.200 places, des familles d'accueil qui reçoivent entre 1.500 et 2.000 personnes, ou encore d'appartements satellites.

Ces structures connaissent des difficultés, car n'ayant pas mandat d'offrir des services thérapeutiques elles ont peu de liens avec le centre hospitalier ou le centre psychiatrique et donc peu d'appuis extérieurs.

Plus généralement, le principe de la désinstitutionnalisation pose des problèmes quant à l'évaluation des besoins, la planification des ressources et l'appréciation des résultats.

D - Les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.)

1. Une mise en place des C.L.S.C. lente et très contestée

Le rapport de la commission Castonguay-Nepveu faisait du C.L.S.C. (Centre Local de Service Communautaire) la porte d'entrée dans le système de soins afin de donner cohésion, globalité, et continuité au dispositif. La loi de 1971 renforce cette fonction en y adjoignant l'intervention sociale. Les C.L.S.C. doivent donner des services courants et des services préventifs, tant en matière de santé et de santé mentale, que de services sociaux. 166 C.L.S.C. devront être créés, desservant chacun entre 10.000 et 30.000 personnes, et fonctionnant en équipes multidisciplinaires.

En réalité nombre d'obstacles se sont dressés pour freiner la mise en place de ces structures :

- l'opposition des médecins qui refusent de participer aux C.L.S.C. et qui en réaction développent des cliniques et des polycliniques médicales ;

- les centres hospitaliers freinent également leur développement en maintenant leurs cliniques externes de soins généraux ;

- de plus, le développement des C.L.S.C. se fit sans réelle stratégie d'implantation et de budgétisation. En trois ans, seulement 71 C.L.S.C. furent créés, qui ne répondaient pas aux souhaits de la population et sur lesquels une commission du bilan ne parviendra même pas à établir un rapport de synthèse. Il faut noter également le peu de moyens budgétaires qui furent affectés aux C.L.S.C. entre 1977 et 1987 y compris lorsque la politique de création reprit à partir de 1981.

Enfin, finalement, en 1987, on dénombre 155 C.L.S.C. dont la vocation est très nettement sanitaire. L'interaction "sanitaire-social" s'est très imparfaitement réalisée.

2. Une tentative d'évaluation des activités des C.L.S.C.

Les C.L.S.C. ont développé une gamme très variée de services :

- services à domicile auprès des personnes âgées,

- services courants tant médicaux que sociaux, consultations en milieu rural ; en milieu urbain services préventifs et communautaires, tels que P.M.I. (protection maternelle et infantile), santé en milieu scolaire... Les services sociaux proposés par les C.L.S.C. concernent des clientèles particulières : jeunes, immigrants, familles en difficulté.

En 1986, une nouvelle évaluation des C.L.S.C. porta non sur leur existence même, mais sur la pertinence de leurs activités. Le

rapport recommandait de retenir quelques secteurs d'activités prioritaires : services courants médicaux et psychosociaux, maintien à domicile et interventions auprès des enfants et familles à risques.

E - Les centres de services sociaux

1. La création des centres de services sociaux pour harmoniser l'offre et l'organisation des services sociaux

Vers 1970, la création des 14 centres de services sociaux, permet au niveau régional la mise en place d'une structure de distribution de services, chargée d'offrir initialement des services sociaux spécialisés favorisant la promotion du bien-être par l'élaboration de programmes destinés à des clientèles cibles. De plus, les centres de services sociaux furent chargés, au niveau régional, d'assurer une répartition équitable des ressources entre tous les établissements sociaux. Dans le cadre de cette politique de coordination, furent rattachés aux centres de services sociaux, les services sociaux hospitaliers et les services sociaux scolaires. Vis à vis des personnes âgées, l'intervention initialement se limitait à la fourniture d'auxiliaires médicales, ou de placements en centres d'accueil ou en familles d'accueil. Le rôle principal des centres de services sociaux s'est développé dans le domaine jeunesse-famille, avec notamment l'application à partir de 1979 de la loi sur la protection de la jeunesse. Cette loi tendait à favoriser le maintien dans le milieu naturel, et considérait l'enfant en tant que sujet de droit. Le travail des intervenants sociaux devait donc se faire en étroite collaboration avec le monde judiciaire (signalements, placements) et par ailleurs, les directeurs de la protection de la jeunesse, ayant autorité sur les jeunes délinquants en situation de protection, sont rattachés aux centres de services sociaux. Puis, en 1984, les C.S.S. furent chargés de l'application de la loi ou les jeunes contrevenants.

2. Des restrictions budgétaires qui imposent une redéfinition du rôle des centres de services sociaux (C.S.S.)

Dès 1977, les C.S.S. souffraient d'un manque de ressources budgétaires. En 1982, le Gouvernement diminuera leur budget de 7,83 %, ce qui amena les C.S.S. à des baisses d'effectifs et à faire disparaître certains services offerts. Ces choix amenèrent bien souvent une remise en question du rôle et de l'efficacité des services sociaux. De plus, en 1984-1985, on essaya de mieux définir le partage des compétences entre les C.L.S.C. (centres locaux de services communautaires) et les C.S.S., qui conservent leurs responsabilités vis à vis des personnes placées. On assiste à une tentative de recentrage des activités des C.S.S. autour de trois thèmes mieux définis -services sociaux dans le domaine jeunesse-famille et personnes âgées.

Les C.S.S. sont notamment responsables des placements, mais ils n'arrivent pas résorber les listes d'attente -services aux adultes et aux personnes âgées. Outre une fonction d'hébergement, les C.S.S. ont essayé de développer d'autres types de services mais qui ont connu peu de succès sauf dans le maintien à domicile ou dans le développement des ressources intermédiaires d'hébergement (familles d'accueil, foyers, résidences de fin de semaine...) Mais on peut se demander s'il n'y a pas une certaine confusion des pouvoirs et des compétences entre les C.S.S., les C.L.S.C. (Centres locaux de services communautaires) chargés d'évaluer les demandes d'admission et l'aide à apporter en milieu naturel et les C.R.S.S.S., chargés de coordonner les admissions en centres d'accueil ou de réadaptation.

- services sociaux en milieu scolaire. Cette activité subsiste pour la seule région de Montréal, car depuis 1985, elle est désormais gérée par les C.L.S.C.

- services sociaux en milieu hospitalier. Le rattachement de ces services sociaux en milieu hospitalier aux C.S.S. ne s'est pas fait sans poser de difficultés car les directeurs d'hôpital n'acceptaient pas cette perte de contrôle sur le personnel social. Néanmoins, ceci a favorisé une certaine nationalisation des

programmes sans permettre une réelle redistribution des effectifs et des ressources.

Le centre de services sociaux constitue un maillon du réseau, soumis à nombre de réformes et de mouvements. Cela explique sans doute une partie de ses difficultés de fonctionnement.

F - Les centres d'accueil d'hébergement (C.A.H.) et les centres hospitaliers de soins de longue durée (C.H.S.L.D.)

1. La réponse au vieillissement de la population

Ces établissements hébergent les personnes ayant perdu toute autonomie et qui ne peuvent plus vivre dans leur milieu naturel. Dans la très grande majorité des cas il s'agit de personnes très âgées.

Ce réseau d'hébergement a connu beaucoup de changements et est très diversifié. C'est dans ce domaine, que l'existence de structures privées est la plus importante. On dénombre ainsi des centres hospitaliers de soins de longue durée, des centres d'accueil d'hébergement et, également, un certain nombre de lits d'hébergement de longue durée dans des centres hospitaliers. En ce qui concerne le financement de ces établissements, à côté d'établissements publics, existent des établissements privés conventionnés à but lucratif, mais qui respectent les règles de fonctionnement du réseau et reçoivent une aide du Gouvernement. On trouve également des établissements privés autofinancés, qui doivent obtenir une autorisation de fonctionnement mais dont les coûts sont entièrement à la charge des personnes hébergées.

Au total, pour le Québec on dénombre 60 000 lits d'hébergement à long terme répartis ainsi :

- 28,8 % dans les C.H.C.D. (Centres hospitaliers de courte durée) ou C.H.S.L.D. (Centres hospitaliers de soins de longue durée) publics ;

- 3,8 % dans les C.H.S.L.D. privés
- 53,6 % dans les C.A.H. (Centres d'accueil d'hébergement) publics;
- 13,8 % dans les C.A.H. privés conventionnés ou autofinancés.

2. L'évolution des conditions d'hébergement des personnes âgées

- Initialement, si les C.H.S.L.D. hébergaient des personnes ayant perdu toute autonomie, la clientèle des C.A.H. ne nécessitait pas la même prise en charge médicale. Désormais, étant donné le vieillissement de la population, ces différences ont tendance à disparaître, et les C.A.H. réclament les mêmes ressources budgétaires que celles des C.H.S.L.D.

- Pour répondre à la demande croissante, à partir de 1975, le ministère imposa que les centres hospitaliers de courte durée réservent 10 % de leurs lits à l'hébergement de longue durée. Ce quota est très largement dépassé.

Un autre élément de réponse à la demande croissante d'hébergement se trouve dans le secteur privé, qu'il soit ou non conventionné. Le secteur autofinancé représente 7,4 % des places d'hébergement et est concentré dans les zones urbaines. Mais il doit faire face également au problème du vieillissement de sa population et de sa prise en charge éventuelle par le secteur public.

Etant donné l'augmentation de la demande, il n'était plus possible de laisser chaque établissement libre de ses critères d'admission. Des mécanismes d'admission, sous-régionaux puis régionaux de plus en plus formalisés pour évaluer les besoins des personnes ont donc été mis en place.

Les principaux défauts du système

- La cohabitation de clientèles fort diverses entraîne des conséquences très néfastes pour certaines personnes qui voient leur état de santé se dégrader du fait des conditions d'hébergement

- les conditions matérielles de l'hébergement des personnes âgées doivent encore être améliorées

- le dispositif souffre du manque de ressources d'hébergement à court terme ou temporaire qui permettraient de relayer, pour un temps, le réseau familial ou le maintien à domicile.

L'examen des structures d'hébergement pour personnes âgées permet de dégager nombre de points communs avec le dispositif français. Comme en France, il s'agit d'un enjeu fondamental pour les années à venir, étant donné le contexte démographique.

G. Les centres d'accueil de réadaptation

Au 1er janvier 1986, il existait 137 centres d'accueil de réadaptation offrant au total 14.672 places, réparties en 9.204 places en centre d'accueil proprement dit, 3.957 en service externe d'apprentissage au travail et 1.511 en foyer de groupe. Ces centres s'adressent à des clientèles fort diverses et n'ont donc pas tous la même vocation.

1. Les CAR pour handicapés mentaux

63 centres à l'heure actuelle accueillent des handicapés mentaux et cette politique date de 1960.

A l'idée d'internat, se sont peu à peu substituées les notions d'intégration sociale, de normalisation et de développement de l'autonomie des personnes. Les CAR se sont adaptés à cette nouvelle approche. En 1970, 74,5 % des centres fonctionnaient en internat contre seulement 55 % aujourd'hui. Parallèlement, se sont développés les foyers et les résidences de groupe ainsi que les ateliers

protégés, les appartements "supervisés" et les programmes d'assistance éducative à domicile.

2. Les CAR pour jeunes en difficulté

46 centres se sont spécialisés dans l'intervention sociale auprès des jeunes en difficulté. Au moment de leur mise en place (1950) et jusqu'en 1975-1978, les CAR bénéficient de ressources abondantes mais fonctionnent plutôt sur le mode répressif. De plus, aucune règle cohérente d'ensemble ne se dégage, et ces établissements sont devenus des centres "fourre-tout" où détention et punition priment sur les besoins d'aide des jeunes.

A partir de 1978, au travers de "l'Opération 30.000" on cherche dans ce secteur également, à développer des solutions intermédiaires ouvertes sur l'extérieur : le nombre de places est réduit de 2.000 et on crée des foyers de groupe et des services externes qui interviennent auprès des familles ou à l'école, comme par exemple des ateliers de travail. Mais étant donné les caractéristiques de la clientèle, l'ouverture sur l'extérieur de ce secteur est difficile à mettre en oeuvre, et à faire accepter par l'opinion publique. De plus, dans certaines régions, notamment à Montréal, le nombre de places en centres d'accueil est insuffisant.

3. Les CAR pour handicapés physiques

13 centres s'occupent plus spécifiquement des personnes handicapées dans un contexte très poussé de normalisation et d'intégration sociale qui date de 1975.

En juin 1978, le Parlement adopte à l'unanimité une loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées qui privilégie une approche multisectorielle. L'Office des Personnes Handicapées du Québec est chargé de la mise en oeuvre de programmes spécifiques.

En 1984, une nouvelle politique d'ensemble est élaborée et présentée sous le titre "A part... égale". Ce document réaffirme des points fondamentaux, à savoir intégration sociale, autonomie et promotion des droits de la personne.

Depuis quelques années on assiste, comme en France, au vieillissement de la clientèle des centres d'accueil pour personnes handicapées, ce qui pose des problèmes spécifiques.

4. Les CAR pour alcooliques et toxicomanes

10 centres s'occupent d'alcooliques et de toxicomanes offrant environ 340 places (en 1985), et disposant de 34 points de services externes. De plus 25 praticiens rattachés aux centres de services sociaux travaillent en toxicomanie.

En plus de ces centres, le bénévolat et les groupes d'entraide constituent un apport important, de même que les institutions privées.

5. Les centres d'accueil d'assistance-maternité

Ce n'est qu'à partir des années 1970, que le système de valeurs québécois accepte le concept de filles-mères et met en place des structures et des aides spécifiques pour les aider, notamment au travers de la loi sur l'aide sociale.

Cinq centres aident donc ces mères en difficulté, et leur clientèle a doublé entre 1973 et 1980.

Au travers de cette présentation exhaustive, on a pu noter les fortes évolutions qu'ont connues les différentes structures qui composent le réseau sanitaire et social québécois, caractérisé par sa complexité.

De plus, ceci permet de dégager les principales critiques portées à l'encontre d'un système qui se voulait global et cohérent assurant une prise en charge non seulement médicale, mais aussi sanitaire et sociale de la population et conférant de plus un droit d'intervention aux usagers.

A l'issue d'une enquête menée sur une très grande échelle (10.000 personnes entendues ; coût : 1,4 million de dollars) le rapport Rochon, demandé en 1985 par le ministère de la santé et rendu public en février 1988, au-delà d'un satisfecit accordé sur le plan macro-économique, dresse un constat sévère sur le fonctionnement du réseau.

Certes, le principe de la gratuité est respecté et permet l'accès de tous aux soins ; les indicateurs de santé témoignent du bon niveau de l'offre de soins, et pour ce qui est du coût, la comparaison avec les pays industrialisés n'appelle pas de commentaires particuliers.

Mais néanmoins, le système est perverti par des pesanteurs administratives auxquelles les usagers se heurtent continuellement. Le phénomène des listes d'attente est fréquent notamment en ce qui concerne l'hébergement des personnes âgées et on peut relever l'engorgement de certains services, tels les services d'urgence hospitaliers. De plus, au lieu d'un fonctionnement cohérent et coordonné, le réseau est en réalité constitué d'établissements, de groupements professionnels, et d'associations qui se disputent le contenu de l'enveloppe budgétaire. Dans ces conditions de surenchère et de concurrence, le rapport s'interroge sur l'utilité de certaines dépenses, ou sur l'allocation optimale de certaines ressources. Le rapport souligne également la démotivation et le désintérêt de nombre des personnels qui travaillent dans ces institutions notamment des médecins, clefs de voûte du système.

Au-delà de ce constat sévère, le rapport ne propose pas de bouleverser l'organisation du système mais de relancer une réelle régionalisation par la mise en place de conseils régionaux élus au suffrage universel, qui auraient autorité et latitude pour gérer à leur guise des enveloppes globales, à condition de respecter des salaires et des tarifs fixés par le gouvernement provincial. Le Gouvernement du Québec ne s'est pas prononcé pour l'instant sur cette proposition décentralisatrice.

D'autres solutions sont également envisageables, qui auraient des répercussions financières non négligeables. Une partie de l'opinion publique souhaite, depuis 1980, un relatif désengagement de l'Etat. Ceci plaide, dans le domaine sanitaire et social, pour un élargissement de la part du privé dans la gestion des établissements, pour une plus grande autonomie conférée à ces derniers, et peut-être également pour un accroissement de la part payante laissée aux particuliers en ce qui concerne l'hébergement ou les soins.

Pour l'instant toutes ces questions semblent débattues encore à demi-mot, car selon les interlocuteurs rencontrés par la délégation, il n'y aurait pas urgence à trouver une solution de rechange. En effet, et le deuxième point de cette partie du rapport consacrée au Québec va permettre de le souligner, le coût financier du dispositif n'est pas prohibitif. S'il n'y a pas de problème immédiat quant aux ressources plusieurs indicateurs montrent néanmoins qu'à moyen terme, de nouvelles solutions devront sans doute être proposées pour pallier la diminution de certains financements, et l'accroissement inéluctable des dépenses.

*

* *

II - LE FINANCEMENT DU SYSTEME SANITAIRE ET SOCIAL ET LA RECHERCHE DE NOUVELLES RESSOURCES A MOYEN TERME

Le système sanitaire et social du Québec, en termes financiers, est caractérisé par **l'importance du financement public**, conséquence logique de l'intervention massive de l'Etat pour garantir l'accès de tous à ce système sanitaire et social.

Au Québec, comme au Canada, les modalités de ce financement public se traduisent par la **fiscalisation des recettes**. Cette solution permet au pouvoir politique de décider de l'équilibre à respecter entre les besoins en matière de santé et de services sociaux et le niveau de prélèvements publics acceptable pour financer le système.

La définition de cet équilibre suppose bien entendu des choix entre les différentes missions à remplir ; bien plus, la nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses a amené les pouvoirs publics à mettre en place des instruments de contrôle des coûts. Ce système de régulation tente de freiner le développement important de l'offre de soins et de services sociaux.

Pour analyser les aspects financiers du système sanitaire et social du Québec, trois thèmes peuvent être abordés, qui traduisent la relative "sérénité" des responsables politiques, tout en montrant la nécessité à moyen terme de rechercher d'autres sources de financements.

Après avoir analysé les coûts des services sociaux et des services de santé, il faut souligner l'évolution des différentes sources de financement et préciser les différentes modalités d'allocation et de paiements des ressources dans le système.

A - Le coût du système sanitaire et social du Québec

1. Coût global

Sans reprendre l'analyse globale du coût du système sanitaire et social qui a été proposée en première partie de ce rapport, on peut rappeler qu'en 1985, les dépenses totales de santé s'élevaient à 9,8 milliards de \$, soit 9,1 % du PIB ou encore une dépense de 1.500 \$ per capita.

Par dépenses de santé, il faut entendre les dépenses individuelles de santé, en matière de diagnostic et de traitement (services médicaux, hospitaliers, médicaments...) ainsi que les dépenses de santé publique (construction d'hôpitaux, équipements, recherche, fonctionnement). Il s'agit des dépenses de santé au sens large, puisqu'elles incluent une grande partie des services sociaux, notamment l'hébergement et la réadaptation en institution.

Ceci étant précisé, on peut rappeler que le Québec fait partie des pays industrialisés qui consacrent un fort pourcentage de son PIB au financement de ses dépenses de santé. Ce pourcentage est toujours resté supérieur à la moyenne du Canada depuis 1970, même si l'écart s'est amenuisé récemment. Mais, étant donné la grave récession économique de 1982 et 1983, les restrictions budgétaires ont modéré plus fortement que dans d'autres provinces la progression des dépenses de santé.

2 Analyse des composantes de la dépense publique en matière sanitaire et sociale.

Pour présenter schématiquement les composantes de la dépense publique en matière sanitaire et sociale, on peut rappeler la répartition des dépenses publiques entre les quatre missions traditionnellement remplies par les pouvoirs publics :

- 18 % - mission administrative et gouvernementale,

- 12 % - mission économique,
- 30 % mission éducative et culturelle,
- 40 % - mission sociale.

La mission sociale des pouvoirs publics recouvre plusieurs domaines qui sont les dépenses de santé et d'adaptation sociale et les dépenses de sécurité du revenu. La part des dépenses de santé et d'adaptation sociale a légèrement décru (74 % en 1987-1988 contre 77 % en 1977-1978) à cause des efforts consentis en matière de sécurité du revenu et rendus nécessaires par la récession économique.

Pour 1987-1988, les crédits affectés aux dépenses de santé et d'adaptation sociale s'élèvent à 8,97 milliards de \$ et se répartissent en quatre domaines :

- **crédits pour la prévention et l'amélioration de la santé** (5,2 % de l'ensemble- ceci recouvre les dépenses des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), les subventions aux organismes bénévoles et les dépenses liées à la protection du milieu ;

- **crédits pour le recouvrement de la santé** -69,5 %- . Ils financent les centres hospitaliers de courte durée, les hôpitaux psychiatriques et l'assurance maladie ;

- **crédits pour la réadaptation sociale** -21,7 %- . Ils sont affectés au financement des centres de services sociaux, des centres d'accueil et d'hébergement, des centres hospitaliers de soins de longue durée, des centres d'accueil de réadaptation et de l'office des personnes handicapées du Québec ;

- **crédits affectés à l'Administration et aux services** - 3,6 %- . Ils financent la coordination de la recherche, la coordination régionale et nationale ainsi que la direction et la gestion des programmes sociaux et de santé.

**COMPOSITION DES DEPENSES DE SANTE ET D'ADAPTATION
SOCIALE
EVOLUTION DE 1977-78 A 1987-88**

Nature des dépenses	1977-78		1987-88		Taux de croissance annuels moyens, %
	millions \$	%	millions \$	%	
Prévention et amélioration de la santé	161,2	4,6	463,8	5,2	+ 11,1
Recouvrement de la santé	2.465,4	70,4	6,232,6	69,5	+ 9,7
Réadaptation sociale	794,7	22,7	1.951,0	21,7	+ 9,4
Administration et services	80,4	2,3	324,3	3,6	+ 15,0
TOTAL	3.501,7	100	8.971,8	100	+ 9,9

(Source : Services des Etudes Opérationnelles du Ministère de la santé et des services sociaux)

Il est intéressant de noter qu'entre 1977-78 et 1987-88, les dépenses de santé et d'adaptation sociale ont globalement augmenté de + 9,9 % par an, et que près de 90 % de cette hausse correspond uniquement à un effet de prix. En effet, si les dépenses nominales se sont accrues de 10,6 % par an en moyenne, les dépenses réelles qui traduisent l'accroissement de la quantité de services distribués ne se sont accrues que de 1,5 %.

B - Les sources de financement : à moyen terme le relatif désengagement du pouvoir fédéral

1. La prédominance du financement public est réelle en ce qui concerne tant les dépenses de santé que celles des services sociaux

a) Les sources de financement des services de santé

* En 1985, les ressources publiques couvraient 79 % des dépenses totales de santé au Québec. Le solde -soit 21 %- était assumé directement par le particulier ou par le biais d'une assurance privée.

Le tableau ci-dessous montre que la part du financement public varie selon les services. Les programmes de service dentaire et de médicaments sont par exemple peu pris en charge. En ce qui concerne les dépenses en capital, la part du financement privé atteint 44 % mais ceci recouvre des emprunts à court terme qui sont ensuite consolidés par le Gouvernement, convertis en emprunts à long terme et remboursés par lui.

Part du financement public des dépenses de santé selon le type de dépenses, en 1985

Type de dépenses	En millions de \$	Financement public en % du total
- Dépenses personnelles de santé :	8.482,0	79,6
. services institutionnels ^(a)	5.581,8	89,4
. services professionnels, dont :	1.830,4	79,3
médecins,	1.343,6	96,0
dentistes,	388,0	31,5
autres ^(b)	98,8	40,4
. médicaments et appareils ^(c)	1.069,8	26,1
- Autres dépenses de santé ^(d)	1.218,9	74,0
dont dépenses en capital	432,5	56,0
- Dépenses totales de santé	9.700,9	78,9

Notes :
a) hospitaliers, hébergement, soins à domicile, ambulances ;
b) incluant chiropraticiens, optométristes, pédiatres, ostéopathes, infirmières privées et physiothérapeutes ;
c) médicaments prescrits ou non, lunettes, aides auditives, autres appareils et prothèses ;
d) incluant dépenses en capital, administration, recherche, santé publique
(Source : Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1985*).

La part du financement public est passée de 25 % en 1960 à 83 % en 1977. Depuis cette date, la part des financements publics décroît dans l'ensemble des ressources, mais ce pourcentage reste supérieur à la moyenne canadienne, et plus particulièrement à celui relevé en Ontario (69,5 %).

*En ce qui concerne les sources privées des dépenses de santé, ceci recouvre notamment les contributions financières de plus en plus importantes demandées lors de l'utilisation de certains services publics. Il en est ainsi des forfaits d'hébergement demandés

depuis 1975 aux personnes hébergées dans les unités de soins prolongés des centres hospitaliers ou en centre d'accueil. Cette contribution plafonnée est fonction des revenus et représente globalement pour 1987-88, 300 millions de \$, soit une augmentation annuelle de 19 % depuis 1975.

Une autre source de financement privé provient des revenus des chambres privées et semi-privées. Elle représente 76,2 millions de \$ en 1985-86, mais la progression de cette ressource a été beaucoup moins forte sans doute parce que depuis 1981, une grande partie de ces recettes sont déduites des budgets de fonctionnement hospitalier et que le prix de ces chambres décourage la demande.

b) Les sources de financement des services sociaux

* En ce qui concerne les services sociaux on ne peut apprécier la répartition finances privées - finances publiques, que pour le financement direct des services sociaux, sans inclure l'évaluation chiffres des services sociaux fournis à titre gratuit par les familles, les bénévoles et les organismes communautaires.

* En 1987-88, le financement direct total de services sociaux représentait 2,8 milliards de \$, au sein duquel les crédits publics représentaient 86 %, soit 2,4 milliards de \$.

* Les services d'hébergement et de réadaptation en centres d'accueil, avec une dépense de 2 milliards de \$, représentent la part la plus importante des dépenses de services sociaux, soit 72 %. Les dépenses des services sociaux en "externe" s'élèvent à 615 millions de \$, soit 21,9 % et les services de garde ainsi que les services aux personnes handicapées n'absorbent respectivement que 3,2 % et 1,7 % des crédits.

Selon ces différents programmes, la part du financement privé varie considérablement : 20,4 % pour les centres de services sociaux, 21 % pour les centres d'accueil d'hébergement, mais 61,9 % pour les services des organismes bénévoles. Globalement, le

financement public des services sociaux hors institutions s'établit à 21 %.

2. Les caractéristiques du financement public traduisent un relatif désengagement du pouvoir fédéral.

L'ensemble des financements publics provient des niveaux fédéral et provincial, à l'exclusion du niveau communal. La logique retenue est celle de la fiscalisation, renforcée depuis 1978 par le versement au Fonds consolidé de la province de l'ensemble des contributions des employeurs et des salariés. Ces sommes ne sont plus affectées à un compte spécifique finançant le régime d'assurance maladie.

a) L'évolution globale des différentes sources de financement public

En 1986-87, 64 % du budget des services de santé et des services sociaux provenaient de revenus spécifiques, c'est-à-dire l'ensemble du financement fédéral, y compris les points d'impôts transférés, et la contribution des employeurs. **L'augmentation de cette part résulte uniquement de l'accroissement de la contribution des employeurs qui est passée de 1,5 % à 3 % de la masse salariale entre 1980 et 1982, alors que la part du financement fédéral diminuait.**

- Les revenus budgétaires autonomes du Québec, y compris les points d'impôts transférés et les contributions d'employeurs ont vu leur part légèrement augmenter pour s'établir à 58 % en 1987-88.

- Le tableau ci-dessous permet de retracer l'évolution globale de ces différentes sources de financement. L'enseignement principal qui peut être retiré de cette analyse globale est la très forte progression de la contribution des employeurs au fonds de services de santé.

**Evolution des différentes sources de financement des dépenses
budgétaires de santé et services sociaux en % du total des dépenses
1977-78 à 1986-87**

Sources	1977-78	1981-82	1986-87
- Gouvernement fédéral	25,3	21,6	22,3
- Gouvernement du Québec			
- contribution des employeurs,	13,0	21,3	22,1
- valeur des points d'impôts transférés,	20,1	19,6	19,9
- autres ressources budgétaires	41,6	37,5	35,8
Total dépenses (millions \$)	3.502	5.979	8.294

(Source : Documents budgétaires - Ottawa - Québec)

b) Le désengagement "relatif" du pouvoir fédéral

* On ne reviendra pas sur le mécanisme de la participation fédérale qui a été expliquée en première partie de ce rapport, mais on peut indiquer que depuis dix ans on assiste à un relatif désengagement du pouvoir fédéral dans le domaine sanitaire et social du Québec.

Cette évolution résulte des dispositions successives qui ont été exposées en première partie du rapport, à savoir abandon des programmes à frais partagés pour le système de subventions globales et inconditionnelles, puis arrangements fiscaux de 1982 à 1987.

* Le taux de financement fédéral des dépenses de services de santé et de services sociaux est passé de 44,7 % en 1977-78 à 39,7 % en 1987-88, si on inclut les points d'impôts transférés. Pour les seuls transferts en espèces, le taux est passé de 25,3 % à 22,3 %. Si la tendance se poursuit, en 1990, le financement fédéral sera de 38 % des dépenses totales ou 18 % si l'on considère la seule contribution en espèces.

Si l'on examine le point particulier du financement fédéral des services sociaux, la complexité du dispositif apparaît dans toute son étendue. Les transferts se font, en 1987, au titre du régime d'assistance publique du Canada, et le montant de la participation fédérale s'élevait à 405,6 millions de \$ soit 23,3 % de l'ensemble des dépenses, alors que théoriquement le gouvernement fédéral assume 50 % des dépenses de services sociaux par le biais du régime d'assistance publique. En fait, il assume effectivement 50 % des frais partageables, mais ces frais représentent en réalité moins de la moitié des crédits que le gouvernement québécois affecte aux services sociaux. **Pour l'essentiel, ceci résulte des divergences fondamentales existantes entre le régime canadien et le régime québécois, et qui illustre de façon éclatante la liberté des provinces pour décider de faire plus ou mieux que le minimum imposé par le gouvernement fédéral.** Alors que le système québécois est fondé sur le principe d'universalité d'accès aux services sociaux, le Canada retient une approche résiduelle et sélective pour les populations cibles, jugées "dans le besoin". Dans la pratique, il faut souvent des années de négociations pour aboutir aux règlements financiers définitifs.

* A moyen terme, le relatif désengagement du pouvoir fédéral ne devrait pas être stoppé, lorsqu'on connaît les difficultés financières du gouvernement canadien, notamment en ce qui concerne la dette publique. Si le Québec veut maintenir tel quel son système sanitaire et social, il lui faudra sans doute dégager d'autres types de ressources. L'évolution de la contribution des employeurs constitue une première ressource. Certains s'interrogent également sur la participation plus effective et directe des utilisateurs du système, par le biais de forfaits journaliers ou de tickets modérateurs. Mais jusqu'à présent, rien n'est venu remettre en cause l'interdiction solennelle et sanctionnée de telles pratiques, édictées par la loi de 1984 sur les services de santé. Cependant, le pouvoir fédéral voudrait-il maintenir cette interdiction, alors même qu'il se désengage régulièrement du domaine sanitaire et social.

Un autre type de réponses passe par l'adoption de mesures permettant une certaine maîtrise des coûts. Le Québec s'est engagé sur cette voie et l'analyse des modalités d'allocation des ressources permet d'étudier ces différents mécanismes de contrôle.

C - Modalités d'allocation des ressources et maîtrise des coûts

1. Les tentatives de maîtrise des allocations aux établissements

*** Le financement des dépenses de fonctionnement**

Même si théoriquement la structure budgétaire du ministère de la santé et des services sociaux porte l'appellation de structures budgétaires par programme, la répartition des budgets se fait par catégories d'établissements et, depuis 1972 sous la forme de budget global.

Le financement des hôpitaux par budget global, fixé annuellement par décision administrative et assuré directement par le gouvernement provincial, a constitué au Québec, comme ailleurs au Canada, un puissant instrument de contrôle des coûts hospitaliers. L'un des facteurs essentiels de cette réussite réside dans la séparation entre le budget de fonctionnement et le budget d'équipement, laquelle a permis au gouvernement de contrôler l'expansion de la capacité hospitalière.

Dans un contexte du budget prospectif, tout modèle de comportement de l'hôpital prédisait une pression à la hausse des budgets, pression qui s'est accentuée en raison de la diminution du nombre de lits disponibles par médecin. La question est de savoir comment le gouvernement peut acquérir l'information nécessaire à l'établissement de règles cohérentes et de priorités de budgétisation. On a pu constater l'insuffisance de ces informations et l'absence générale de critères permettant la budgétisation des dépenses de fonctionnement.

On a tenté, au Québec, d'évaluer la performance des établissements à partir de la fonction de coût des établissements. L'application de cette méthode a d'ailleurs été une expérience unique au Canada et a constitué la seule tentative réelle en vue de répartir les budgets des hôpitaux de façon plus équitable et plus efficace.

Cette méthode présentait cependant certaines imperfections : complexité statistique, impossibilité de tenir compte des variations de la gravité de la maladie à l'intérieur des catégories diagnostiques, ou de la qualité des soins dispensés par l'hôpital. En outre, elle n'est d'aucune utilité quand il s'agit de résoudre le problème de la pertinence de l'utilisation des services hospitaliers (sous-utilisation ou sur-utilisation), ou d'appliquer des techniques innovatrices permettant de substituer à ces services des soins extra-muros. Ce type d'analyse de performance permettrait par exemple de considérer comme efficace un hôpital qui dispense des services non nécessaires en admettant, par exemple, un patient dont l'état ne requiert pas de soins hospitaliers.

L'expérience québécoise en matière de financement des hôpitaux prouve également que l'incitation à l'efficacité et au respect de l'équilibre budgétaire dépend moins du mode de paiement par budget global, que de la façon dont le budget est administré et, en particulier, de l'existence d'un système équitable et effectivement appliqué de sanctions et de récompenses.

* Le financement des immobilisations.

Les dépenses en capital ne représentent qu'une faible part des dépenses totales de santé : environ 3,9 % en 1985 au Québec (contre 4,5 % au Canada). Les dépenses en capital ont eu différents enjeux : au cours des années 50 et 60, elles ont été essentielles à la réalisation de l'objectif de couverture universelle du programme d'assurance-santé. Pendant les années 70, le contrôle des dépenses en capital constituait l'élément indispensable d'une politique globale de contrôle des coûts. Les dépenses hospitalières en capital représentent encore aujourd'hui 89 % du total des dépenses en capital.

- L'évolution des politiques de financement des immobilisations au Québec peut se caractériser de la façon suivante :

. Un financement centralisé, de 1961 à 1976. Au cours de cette période, le financement de la construction d'un établissement se faisait par l'entremise d'une émission d'obligations garanties par le gouvernement provincial ; le service de la dette était assuré par des

subventions statutaires, versées à l'établissement. A partir de 1974 c'est la Corporation d'hébergement du Québec qui a dû assumer ce financement pour le compte du ministère des Affaires sociales.

. Une déconcentration administrative du financement, de 1976 à 1985 : pour tout projet inférieur à 1 million de dollars, dans le cas des établissements de santé, et à 250 000 \$ dollars pour les établissements sociaux, la décision revenait aux C.R.S.S.S.

. Depuis 1986, l'autonomie financière des établissements est réduite, et celle des C.R.S.S.S. augmentée puisqu'ils gèrent l'ensemble de l'enveloppe budgétaire régionale.

Les établissements conservent cependant la possibilité de financer leurs projets d'immobilisation à partir de leur fonds propre, qu'alimentent par exemple des dons, des revenus de dotation, ou des surplus d'exploitation. Ces investissements restent soumis à l'autorisation du conseil régional et du ministère, et doivent respecter certaines règles ; par exemple, l'achat d'équipement médical ne doit pas entraîner une augmentation des coûts de fonctionnement.

- Les effets jugés négatifs de cette politique.

Bien que la capacité totale du réseau ne soit généralement pas remise en question, la répartition et l'utilisation effective des ressources ont cependant fait l'objet de nombreuses critiques : occupation de lits de courte durée par des maladies chroniques, proportion trop importante des lits de soins prolongés par rapport aux ressources d'hébergement, prépondérance des ressources hospitalières en général, par rapport à des ressources plus légères et mieux adaptées aux besoins de la population. Par ailleurs, un certain nombre d'études et de rapports font état de la vétusté et du manque de sécurité des immeubles du réseau, de la désuétude de certains équipements, en anesthésie et en radiologie par exemple, ainsi que de l'absence de plusieurs technologies récentes, notamment en médecine nucléaire ou en radiothérapie.

Les modalités de financement n'ont pas été étrangères à cette situation : en particulier la distinction qui existait de 1976 à 1985 entre les enveloppes régionales pour les projets inférieurs à 1 million de dollars ou à 250 000 dollars selon les établissements et le financement central pour les autres projets a incité les établissements à reporter les investissements concernant le manque de sécurité et la vétusté des immeubles, jusqu'à leur prise en charge par le financement central. En outre, les restrictions budgétaires du début des années 1980 ont fait diminuer les dépenses d'exploitation liées à l'entretien régulier dans les établissements. Enfin, l'enveloppe consacrée aux équipements médicaux a été établie sur une base arbitraire et circonstancielle -soit le montant des revenus provenant des chambres privées et semi-privées- dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, et non pas sur une évaluation des besoins de remplacement et des priorités d'investissement.

Enfin, certains déplorent l'absence d'une stratégie cohérente d'amortissement et d'investissement au niveau de l'établissement, lacune qui résulte de l'absence totale de liens entre les dépenses de fonctionnement et les dépenses de capital. La budgétisation indépendante des unes et des autres a cependant constitué un puissant instrument de contrôle des coûts tout au long des années 70. Il s'agit d'ailleurs d'un avantage indéniable du budget global par rapport aux autres modalités connues de financement des hôpitaux, si l'objectif visé est le contrôle global des dépenses.

2. Le paiement des services médicaux par la Régie d'Assurance maladie du Québec (RAMQ) et les mécanismes de contrôle de ces coûts

a) Modalités de fonctionnement de la RAMQ

* La RAMQ a été créée en juin 1969 pour administrer le régime d'assurance maladie du Québec. A ce titre, elle organisait le fonctionnement des trois premiers programmes, à savoir les services médicaux, les services optométriques et les services dentaires en milieu hospitalier. Aujourd'hui, elle administre 24 programmes, certains à caractère universel et d'autres destinés à des clientèles spécifiques. Le caractère universel des principaux programmes se traduit par le principe d'admissibilité au régime fondé sur le seul critère de la résidence. Pour bénéficier du régime d'assurance

maladie, il faut être domicilié au Québec et y être ordinairement présent, ou sinon être inscrit en tant que touriste. L'admission au régime entraîne la délivrance d'une carte d'assurance maladie valide pour une période déterminée et automatiquement renouvelée.

*** Les principaux programmes peuvent être ainsi décrits :**

- Le programme de services médicaux s'adresse à tous les résidents du Québec. Il comprend les services préventifs, diagnostiques, curatifs et de réadaptation rendus par les médecins à leur cabinet, à domicile ou dans les établissements et ceux qui sont rendus par les médecins dans le cadre des lois administrées par la commission de la santé et de la sécurité du travail.

- Le programme de services optométriques est accessible à tous les résidents du Québec. Il couvre les examens de la vision, les examens spécifiques (l'orthoptique étant réservée aux moins de 16 ans), les recommandations faites aux bénéficiaires et la prescription d'un traitement, s'il y a lieu.

- Les services dentaires se répartissent comme suit : un programme de chirurgie bucco-dentaire qui s'adresse à tous les résidents du Québec ; les services doivent être donnés dans un centre hospitalier par un dentiste, spécialiste ou non ; un programme de services dentaires pour les jeunes de moins de 16 ans et pour les personnes de tout âge qui sont admissibles à l'aide sociale depuis au moins six mois ; les services doivent être donnés par un dentiste, spécialiste ou non ; un programme de prothèses dentaires pour les personnes qui sont admissibles à l'aide sociale depuis au moins six mois ; les services peuvent être donnés soit par un dentiste, spécialiste ou non, soit par un denturologiste.

- Le programme de médicaments et de services pharmaceutiques s'adresse aux bénéficiaires de l'aide sociale, à toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus et aux personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent l'allocation de conjoint en vertu de la loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation auraient droit à l'aide sociale. Il s'adresse également à toutes les personnes de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de

sécurité de la vieillesse. Il couvre les médicaments et les services fournis par un pharmacien, sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pourvu que ces médicaments soient inscrits sur une liste dressée par le ministre de la santé et des services sociaux, sur la recommandation du conseil consultatif de pharmacologie.

- Par ailleurs, une procédure, dite du médicament d'exception, permet à des bénéficiaires d'obtenir, si le prescripteur en fait la demande à la Régie, certains médicaments utilisés à des fins thérapeutiques particulières et déterminés par règlement.

- Un autre programme, dit des patients d'exception et administré par la Régie pour le compte du ministre de la santé et des services sociaux, vise à fournir des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste lorsque la gravité et la chronicité de la maladie, de même que le coût du traitement, imposent au bénéficiaire un fardeau financier difficilement acceptable et risquent d'entraîner son hospitalisation.

- Le programme de prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements s'adresse aux personnes handicapées. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des prothèses et des appareils qui sont déterminés par règlement et qui suppléent une déficience ou une difformité physique.

- Le programme d'aides visuelles s'adresse à certaines conditions aux handicapés visuels qui ont l'âge déterminé par règlement et à ceux qui ont besoin de ces aides pour travailler ou pour étudier. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des aides à la lecture, à l'écriture et à la mobilité qui sont inscrites sur la liste des aides assurées. Certaines personnes admissibles au programme ont également droit à des accessoires et au remboursement d'une partie des frais d'acquisition d'un chien-guide et à une allocation annuelle pour son entretien.

- Le programme d'aides auditives s'adresse à certaines conditions aux handicapés auditifs qui ont l'âge déterminé par règlement ainsi qu'aux bénéficiaires de l'aide sociale. Il couvre

l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des appareils auditifs intra-auriculaires, contour d'oreille, sur lunettes et de corps qui figurent sur la liste des aides auditives approuvées par le gouvernement et auxquelles ont droit les personnes admissibles, à raison d'un appareil par oreille. Selon certaines modalités, le programme couvre également, pour chaque appareil, le coût des accessoires : embouts, harnais et pochettes ; les piles sont fournies seulement lors de l'attribution d'une aide auditive.

* En 1987-1988, le coût des programmes administrés par la Régie atteint un peu plus de 2 200 M\$, ce qui équivaut à une hausse de 8,8 % par rapport à l'exercice précédent. Cette augmentation correspond au taux moyen de croissance annuelle du coût des programmes depuis 1983-1984, soit + 8,4 %.

Pour l'exercice 1987-1988, le coût des services médicaux, qui représente à lui seul environ 70 % du coût total des programmes, a augmenté de 7,7 %, celui des services optométriques de 5,9 %, celui des services pharmaceutiques et des médicaments de 15 %, celui des prothèses de 6,5 % et celui des services hospitaliers de 14 %. Durant la même période, le coût des services dentaires a diminué de 1,7 %. Quant aux sommes consacrées aux bourses d'études et de recherche, elles ont progressé de 12,5 % et de 7,3 % respectivement.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution du coût des programmes depuis 1984-85.

Coût des programmes gérés par la RAMQ

(milliers de \$)

	1984-85		1985-86		1986-87	
	\$	%	\$	%	\$	%
Services médicaux	1.224.324	71,5	1.354.386	70,8	1.437.858	70,3
Services optométriques	33.871	2,0	36.355	1,9	39.838	1,9
Services dentaires		6,6		5,9		5,6
- chirurgie buccale	2.833		3.323		3.328	
- enfants	73.594		72.632		76.333	
- aide sociale	36.757		35.817		34.827	
Services pharm/et médicaments		12,1		11,2		14,6
- aide sociale	64.557		80.922		85.210	
- personnes âgées	142.241		183.900		212.738	
- patients d'exception	41		92		144	
Prothèses		1,2		1,3		1,4
- orthopédiques	14.969		19.004		22.365	
- visuelles	686		1.509		1.931	
- auditives	2.356		2.307		2.192	
- mammaires	175		155		142	
- oculaires	135		112		122	
- stomisés	1.832		1.910		2.045	
Bourses, primes, mesures incitatives,	7.371	0,4	11.350	0,6	12.985	0,6
Services hospitaliers	104.452	6,2	105.110	5,5	113.448	5,5
Total	1.711.194	100	1.899.901	100	2.045.506	100

(Source : Régie de l'Assurance-maladie - Rapport annuel 1987)

* La RAMQ, au travers de ces programmes, applique également la politique du ministère de la santé et des services sociaux en matière d'entente avec les professionnels de la santé. En effet, le ministre de la santé et des services sociaux, avec l'approbation du gouvernement, conclut des ententes avec les différentes fédérations et associations de professionnels de la santé, soit : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (F.M.O.Q); la Fédération des médecins spécialistes du Québec (F.M.S.Q.), l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec, l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, l'Association des optométristes du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, ainsi que la Fédération des médecins résidents et des internes du Québec. Ces ententes fixent le cadre normatif de l'exercice professionnel au regard du régime, de même que les dispositions relatives à la rémunération des professionnels. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à leur application.

Historiquement, une première entente a été conclue avec les médecins omnipraticiens en novembre 1970 et une autre avec les médecins spécialistes en janvier 1971. Une entente modifiée est entrée en vigueur à la fin de 1976, après une longue négociation entre le gouvernement et les fédérations de médecins. Cette entente a permis un dégel et une modification importante de la structure des tarifs, et un contrôle direct du volume total des services dispensés, grâce à la mise en place du mécanisme de l'objectif tarifaire. La modification de la structure des tarifs a consisté à éliminer de nombreux actes diagnostiques et thérapeutiques qui sont, à partir de 1977, inclus dans la rémunération des examens et des consultations. En 1982, il n'y a pas eu d'entente avec la FMOQ et le gouvernement a dû procéder par décret. Par la suite, s'est instaurée une forme de négociation permanente, permettant aux parties d'échanger de façon quasi continue sur la façon de mettre en oeuvre leurs orientations respectives. Ce mécanisme a souvent été utilisé pour adapter les discussions aux priorités du moment, et pour gégler au cas par cas les problèmes jugés les plus urgents, sans qu'il soit besoin d'attendre un renouvellement de l'entente générale. En 1982, la FMSQ concluait avec le gouvernement une nouvelle entente renouvelée en 1987 par des accords cadres. Les ajustements de tarifs par spécialité sont, en pratique, effectués par la FMSQ. A deux reprises (1981 et 1986), on a formé des comités de coordination pour les négociations avec les professionnels de la santé afin d'orienter le contenu des négociations.

Selon la loi sur l'assurance-maladie, les professionnels de la santé peuvent choisir l'un des trois statuts suivants : professionnel soumis à une entente, désengagé (sauf les pharmaciens) ou non participant.

Le professionnel soumis à une entente exerce dans le cadre du régime et il est rémunéré par la Régie au tarif fixé par l'entente.

Le professionnel désengagé exerce hors du cadre du régime, mais accepte d'être rémunéré au tarif fixé par l'entente. Ses patients se font rembourser le montant des honoraires par la Régie et le paient ensuite.

Le professionnel non participant exerce hors du cadre du régime. Il fixe lui-même ses honoraires, qui sont entièrement à la

charge du patient, celui-ci ne pouvant obtenir de remboursement par la Régie.

Certains professionnels de la santé établis outre-frontières, généralement à proximité du territoire du Québec, adhèrent au régime québécois d'assurance-maladie et acceptent ainsi d'être rémunérés au tarif des ententes pour les services qu'ils fournissent à des résidents du Québec.

Le tableau ci-dessous indique la répartition des médecins et pharmaciens selon le statut choisi.

**Statut des professionnels de santé
1987-1988**

Catégorie professionnelle	Soumis à une entente		Désengagés		Non participants		Adhérents hors Québec	
	1987	1988	1987	1988	1987	1988	1987	1988
Omnipraticiens	7675	8030	7	5	13	15	520	542
Spécialistes	7459	7677	3	2	32	14	689	711
Dentistes	2656	2742	6	6	195	194	51	51
Chirurgie bucco-dentaire	51	53	0	0	1	1	0	0
Optométristes	917	946	0	0	0	0	39	41
Pharmaciens propriétaires	1236	1257	0	0	3	3	10	12
Total	19991	20705	16	13	211	227	1309	1357

Source : RAMQ Rapport annuel 1987-88)

* Divers modes de rémunération des professionnels sont en vigueur dans les ententes actuelles : la rémunération à l'acte, à salaire, à la vacation, à l'unité et le forfait. La rémunération à l'acte est largement utilisée dans le cas des services médicaux et dentaires et constitue le seul mode de rémunération des services optométriques et des services pharmaceutiques. En 1986, elle représentait 79 % du coût des services médicaux.

Les services rémunérés à la vacation ou à salaire sont de nature différente. La vacation (ou période de service de trois heures,

payée à un tarif donné) est principalement destinée aux médecins qui exercent dans le cadre des programmes de santé communautaire, aux psychiatres attachés à un établissement, aux anesthésistes exerçant en région éloignée ainsi qu'aux omnipraticiens lorsqu'ils fournissent des services dans certaines circonstances particulières, par exemple à l'intérieur du système de visites d'urgence hors des établissements dans la région du Montréal métropolitain. Le salariat appelé aussi honoraires fixes, s'applique aux médecins et aux dentistes nommés à temps plein (35 heures par semaine) ou à demi-temps (17 heures et demie par semaine) dans un établissement où ce type de rémunération est en vigueur, comme les centres locaux de services communautaires, les départements de santé communautaire et plusieurs départements de psychiatrie. Les services que rendent les résidents et les internes en établissement hospitalier dans le cadre de leur formation sont aussi rémunérés par un salaire.

La rémunération à l'unité s'applique à certains services offerts en milieu hospitalier, telles les analyses de laboratoire. Enfin, les activités d'un médecin biochimiste en laboratoire de biochimie médicale sont payées au forfait.

Entre 1977 et 1986, le coût de l'ensemble des services médicaux s'est accru en moyenne chaque année de 9,2 %. Ce chiffre n'est que de 7,6 % pour la rémunération à l'acte, mais atteint 25,0 % pour la rémunération à salaire et 27,3 % pour la vacation. Il semble que la multiplication des modes de rémunération et surtout, la possibilité qui existe parfois d'utiliser l'un ou l'autre de ces modes pour une même activité, n'aient fait qu'augmenter les difficultés de contrôle des coûts et de fonctionnement du régime, sans en améliorer forcément l'efficacité.

b) Les mesures réglementaires de contrôle des coûts

Les pouvoirs publics ont adopté des mesures réglementaires qui pèsent sur les coûts des services médicaux pour répondre à deux objectifs :

- sans remettre en cause le principe de la libre-installation, essayer de remédier à la mauvaise répartition géographique des médecins et professionnels de santé ;

- mettre en place un contrôle de la rémunération des médecins.

* Pour remédier au problème de l'insuffisance de médecins dans les régions éloignées et isolées du Québec, le ministre de la santé et des services sociaux, par un arrêté ministériel publié dans la Gazette officielle, désigne, après consultation des organismes représentatifs des professionnels de la santé, les territoires qu'il estime insuffisamment pourvus de professionnels de la santé. **Dans le but de mieux répartir ces derniers sur l'ensemble du territoire du Québec, un système de rémunération différenciée est mis en place.** Les honoraires payés aux médecins sont augmentés ou réduits pour une période donnée en fonction du territoire, du lieu d'exercice et du type d'activité professionnelle.

C'est ainsi que dans les territoires où il y a pénurie, la rémunération des omnipraticiens et des spécialistes qui s'y installent a été fixée respectivement à 115 % et à 120 % de la rémunération de base prévue dans les ententes. Ceux qui, par contre, s'installent dans les régions déjà bien pourvues touchent 70 % de la rémunération de base pour les trois premières années d'exercice.

Par ailleurs, d'autres mesures incitatives ont été introduites dans les ententes. Elles consistent dans le versement de primes d'éloignement ou d'isolement et le remboursement de frais de déménagement, de ressourcement et de sorties.

* Le Québec est actuellement la seule province dont les ententes comportent **des mécanismes de contrôle de la rémunération des médecins.** Mis en place dès la seconde entente de 1976, et renforcés par la suite, ces mécanismes sont essentiellement les suivants :

- un système d'objectifs tarifaires : **l'objectif tarifaire correspond à un revenu annuel moyen** ; il est négocié et sert de base à l'établissement des tarifs des actes médicaux. Le dépassement de l'objectif tarifaire est en principe récupéré en totalité ou en partie sur les augmentations de tarifs accordées pour la période suivante.

- **Les plafonds** : les omnipraticiens ne sont rémunérés selon les tarifs prévus par l'entente que si leurs revenus sont

inférieurs au plafond déterminé pour un trimestre donné. Aucun plafond n'est prévu pour les médecins spécialistes.

- Les règles d'application : la FMSQ peut édicter ce type de règles pour corriger des situations qu'elle estime anormales. Ces règles constituent des normes de tarification dont l'effet est de réduire les honoraires payables au médecin spécialiste.

Néanmoins, le régime québécois de services médicaux se caractérise encore essentiellement par une médecine libérale, rémunérée à l'acte par un tiers payant public. Les médecins ont un accès illimité au régime, accès considéré comme un droit et représentant un cas unique de garantie absolue au travail et de revenus pour les membres d'une profession ou d'un métier. Ce régime se caractérise également par le fait que les coûts n'entrent pas en ligne de compte dans les décisions des consommateurs ni de ceux qui prescrivent les soins : cette situation a été voulue par les concepteurs du régime d'assurance-maladie comme une condition nécessaire à l'accessibilité de tous aux services de santé médicalement requis.

Mais de l'avis des médecins rencontrés par la délégation, le système présente de nombreux inconvénients. La planification des effectifs médicaux est une entreprise quasi impossible. La diversification des modes de rémunération a contribué à fragmenter le travail des médecins ; certains modes de rémunération constituent même un obstacle au bon exercice de la médecine, comme par exemple le salariat dans les centres locaux de services communautaires, qui interdit une réponse adéquate aux situations d'urgence.

De plus, dans les établissements hospitaliers, la volonté d'impliquer les médecins dans les questions de gestion ne se traduit que par des problèmes de rémunération qui ne sont pas à l'heure actuelle résolus.

Enfin, les médecins soulignent la complexité croissante des mécanismes de contrôle mis en place, et le développement non contrôlé des rémunérations à honoraires forfaitaires ou fixes. Ils critiquent enfin le manque de cohérence entre les politiques de contrôle des coûts mis en place dans le régime des services médicaux et celles d'autres secteurs, en particulier celles du secteur hospitalier.

CONCLUSION

Au terme de ce déplacement au Canada, au cours duquel la délégation a pu multiplier les contacts les plus fructueux avec tous les professionnels impliqués, à quelque titre que se soit, dans la législation sanitaire et sociale, il faut essayer de dégager les leçons ou enseignements que ce pays peut nous donner, à l'heure où nous-mêmes devons réfléchir de façon urgente à l'avenir de nos régimes de protection sociale.

Avant tout, il convient d'insister sur la difficulté qu'il y a à établir des comparaisons utiles. Le Canada de par sa situation géographique et sa spécificité démographique a privilégié la mise en place de structures politiques décentralisées et autonomes, que sont les provinces et les territoires. D'où la très grande complexité des situations lorsqu'on s'interroge sur l'exercice des compétences de chacun en matière sanitaire et sociale. La prééminence du pouvoir provincial est encadrée par le droit d'intervention financière du pouvoir fédéral, qui fixe un cadre minimum à respecter par tous. Le Québec a pu ainsi développer une politique globale et très intégrée en matière sanitaire et sociale méritant par là son titre de "laboratoire social". De plus, le principe de l'accessibilité universelle au régime de protection sociale a entraîné la très large fiscalisation des ressources, même s'il y a des nuances selon les provinces et pour certains régimes (accidents du travail, chômage).

Mais néanmoins certains traits saillants peuvent être soulignés qui aideront à notre réflexion. Il s'agit moins de dégager des "solutions miracles", applicables immédiatement en France, que d'indiquer des évolutions comparables qui montrent à l'évidence la nécessité de réformes à moyen terme.

Le Canada, et notamment le Québec, sont confrontés à des problèmes de coûts et de ressources insuffisantes. Le poids croissant de la dette publique rend indispensable une réflexion qui porte tout à la fois sur la maîtrise voire la diminution des dépenses et sur la recherche de ressources nouvelles. Le contexte économique de l'accord de libre échange avec les États-Unis, qui est entré en vigueur le 1er janvier 1989 renforce la nécessité de cette réflexion même si

dans l'immédiat l'opinion publique canadienne et le pouvoir politique ne donnent pas l'impression d'être convaincus de l'urgence de la démarche.

En ce qui concerne le régime de retraites du Canada, on peut considérer que l'équilibre à court terme a été rétabli par la décision d'augmenter le taux de cotisations de façon progressive, mais régulière pendant les quinze ans qui viennent.

Parallèlement au régime public des retraites, les pouvoirs publics encouragent un dispositif d'épargne privée. Même s'il n'a pas encore pris un essor considérable, il est a priori plus attractif que le système français du PER (plan épargne-retraite). Tout porte à croire que de pareils dispositifs devront être développés dans l'avenir.

A propos du régime de l'assurance-maladie, la situation initiale au Canada et surtout au Québec est très différente de celle de la France, puisque les ressources sont très largement fiscales, et que le tiers-payant est généralisé. Au Québec, les mécanismes de contrôle et de restriction budgétaire ont permis de maintenir le montant des dépenses de santé à un niveau acceptable, en tout cas comparable à celui de la plupart des pays industrialisés. L'efficacité du système est a priori réelle puisque 99 % de la population est effectivement couverte. Cependant, les pouvoirs publics s'interrogent sur les modifications à apporter pour éviter l'implosion du régime. La fiscalisation des ressources et le système du tiers-payant ont un effet désresponsabilisant non négligeable. Les mécanismes de contrôle ne font qu'accentuer le centralisme administratif et ses inévitables pesanteurs. C'est pourquoi le Québec et plus généralement le Canada seront peut-être amenés à accepter l'introduction d'un ticket modérateur ou d'un forfait journalier pour certaines dépenses.

On peut noter que ce régime de protection sociale assurant la couverture de l'ensemble de la population pour les soins hospitaliers et les soins médicaux, ne prend pas en charge le coût des médicaments de façon aussi large. Hormis les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes âgées de plus de 65 ans, les Canadiens doivent souscrire à des programmes privés d'assurance pour être remboursés de leurs dépenses pharmaceutiques. Une telle démarche amène à s'interroger sur la possibilité de définir ce qui doit

impérativement relever d'une protection universelle de base, et ce qui au contraire peut être laissé à l'initiative individuelle.

Enfin, en ce qui concerne l'organisation hospitalière, l'expérience canadienne montre qu'il faut poursuivre l'étude de processus budgétaires qui permettent une plus juste et une meilleure allocation des ressources, mais les défauts du budget global sont également ressentis outre-atlantique. De plus, même si les solutions sont encore imparfaites, on peut retenir l'idée d'une plus étroite participation des médecins à la gestion et au fonctionnement économique de l'hôpital. De même, les procédés de mise en commun entre hôpitaux d'une même région, de certains services administratifs, périphériques voire médicaux pourraient être intéressants à étudier dans le cadre du système français.

o

o o