

POUR DISCUSSION...



2007DT-02 > Mai 2007

Santé : pour des changements en profondeur

Les documents Pour discussion... visent à présenter un état de la situation sur un domaine donné et à susciter une discussion. Ces documents offrent de plus un point de vue ou un ensemble de suggestions pour faire avancer le débat. Ces documents ne représentent pas une prise de position du CIRANO. Ils ne reflètent que l'opinion de(s) l'auteur(s).

Le CIRANO est un centre de recherche multidisciplinaire qui a pour mission l'accélération du transfert des savoirs entre le monde de la recherche et celui de la pratique.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation

Partenaires corporatifs

Alcan inc.
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Royale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Bombardier
Bourse de Montréal
Caisse de dépôt et placement du Québec
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Gaz de France
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Investissements PSP
Ministère des Finances du Québec
Pratt & Whitney Canada
Raymond Chabot Grant Thornton
State Street Global Advisors
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
HEC Montréal
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Associé à:

Institut de Finance mathématique de Montréal (IFM2)
Laboratoires universitaires Bell
Réseau de calcul et de modélisation mathématique [RCM2]
Réseau de centres d'excellence MITACS (Les mathématiques des technologies
De l'information et des systèmes complexes)

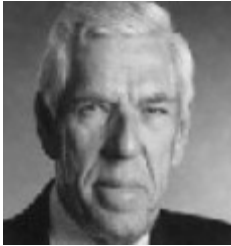
Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires.

© 2007 Claude Castonguay. Tous droits réservés.

Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©

Table des matières

Introduction	3
La gouvernance du système	5
Les ressources et leur utilisation	9
1. Les cliniques médicales	9
2. Les ressources hospitalières	10
Les options de financement	11
1. Les contributions des usagers	12
2. L'assurance contre la perte d'autonomie	13
3. Les assurances privées	14
Un nouveau paradigme	16
La Loi canadienne sur la santé	18
De nouvelles orientations	21



Claude Castonguay

Après des études en actuariat à l'Université du Manitoba, Claude Castonguay a enseigné au département d'actuariat de la Faculté des sciences de l'Université Laval. Il fut respectivement ministre de la Santé et ministre des Affaires sociales de 1970 à 1973. Il est devenu, par la suite, président du groupe La Laurentienne, un important groupe de services financiers. Il a reçu des doctorats honorifiques d'une dizaine d'universités canadiennes. M. Castonguay est actuellement membre du conseil d'administration de l'Ordre National du Québec, de la Chaire Raoul-Dandurand en études stratégiques et diplomatiques, vice-président du Comité directeur du projet Histoire de Montréal de l'Institut National de la Recherche Scientifique (INRS) et président du Comité d'experts Allegro.

claude.castonguay@cirano.qc.ca

La santé est une question bien particulière. Elle touche tous les Québécois sans exception. À elle seule, elle accapare près de la moitié des dépenses du gouvernement. Lors de la dernière élection, les sondages ont confirmé une fois de plus que la santé est le principal sujet d'inquiétude des Québécois.

Depuis 2003, le ministère de la santé a été dirigé par un ministre compétent et respecté sous lequel nombre de mesures ont été prises pour solutionner les problèmes les plus pressants, notamment pour améliorer l'accès aux soins. Au cours des quatre dernières années, les dépenses annuelles de santé sont passées de 19,0 à 23,6 milliards, soit une augmentation de 24 % en quatre ans. Par rapport à 2003, c'est 4,5 milliards de plus chaque année. Malgré cette injection massive de fonds publics, il n'y a évidemment pas une amélioration correspondante dans le volume et la qualité des soins et services. Une telle croissance des dépenses, qui gruge sur les autres missions du gouvernement et qui ne peut qu'accélérer avec le vieillissement de la population, est clairement insoutenable pour si peu de résultats.

Il faut accepter l'évidence, dans son état actuel, notre système de santé ne parvient pas à répondre à la demande. Un nombre élevé de Québécois de tous âges en subissent quotidiennement les conséquences. Il ne se passe guère une semaine sans que les médias ne fassent état d'une situation inacceptable. Il existe d'ailleurs un profond désir de changement chez les médecins et les infirmières, soit ceux sur qui repose le système. La conclusion m'apparaît évidente, il faut aller au-delà des solutions ponctuelles et du colmatage en réponse aux problèmes qui ne cessent de faire surface. Depuis trop longtemps, les correctifs apportés ont toujours

*Il faut accepter
l'évidence,
dans son état
actuel, notre
système de
santé ne
parvient pas à
répondre à la
demande.*

visé à combler à coup de milliards les brèches dans le système. Des changements fondamentaux s'imposent.

Pour moi, la santé c'est ce qu'il y a de plus important, c'est notre plus grande richesse qu'il faut protéger et mettre en valeur. Selon ma façon de voir, la question revêt une telle importance qu'elle se situe au-delà des allégeances politiques. On comprendra ma profonde déception devant la situation actuelle. Ce qui m'importe c'est de montrer qu'il est possible d'apporter des changements capables de rétablir l'équilibre.

Voyons ce qui se passe à l'extérieur. Une première constatation s'impose, tous les pays évolués font face aux mêmes pressions. Comme ils ont tous, sauf les États-Unis, des régimes publics dont l'objectif est d'assurer un accès universel aux services de santé, ils cherchent tous à répondre aux pressions sur la demande, qui ne peuvent qu'augmenter avec le vieillissement de la population, tout en freinant la croissance des dépenses publiques. Le changement en matière de santé est inévitable et ne découle en aucune façon de considérations idéologiques de droite ou de gauche.

Nous pouvons heureusement bénéficier de l'expérience des pays de l'Union européenne. En effet, bien que la santé soit difficilement abordable au plan politique, la grande majorité de ces pays ont eu suffisamment de maturité pour répondre aux attentes de leurs populations et apporter des changements en profondeur.

Leur expérience démontre que de nombreux changements pourraient être apportés pour améliorer la performance de notre système de santé tout en ramenant la croissance des dépenses publiques à un niveau supportable. Bien qu'ils soient généralement interreliés, j'ai regroupé ces changements sous trois titres, soit la gouvernance du système, les ressources et leur utilisation et, enfin, les options de financement.

La gouvernance du système

Selon l'OCDE, accroître l'efficacité du système de santé est un élément essentiel dans l'effort de concilier l'augmentation de la demande de soins avec les contraintes du financement public. Ce qui signifie que pour accroître l'efficacité, il ne faut pas simplement réduire les coûts mais bien changer la manière de dépenser. Il s'agit d'améliorer la qualité et le volume de soins sans augmenter les coûts et obtenir ainsi davantage pour les ressources financières allouées. L'aspect de la gouvernance du système de santé a donc une importance particulière.

Dans un rapport de 2004, l'OCDE présente une évaluation des réformes apportées au cours des dernières années. De façon générale, pour le financement des hôpitaux et la rémunération des médecins et autres prestataires, le système de remboursement des coûts, qui encourage l'inefficacité, a été remplacé par un système de tarification à l'activité ou d'achat de services qui encourage la productivité. Les résultats obtenus sont significatifs. De plus, pour améliorer davantage les résultats souhaités en termes de qualité et de volume de soins, certains pays ont commencé à introduire des incitations en offrant des bonifications aux prestataires, c'est-à-dire les administrateurs, les médecins et les infirmières, qui atteignent certains objectifs.

Dans les systèmes où le financement et la prestation des soins sont de responsabilité publique, comme dans le système québécois, les mesures prises pour effectuer une séparation entre les payeurs et les prestataires, de façon à permettre par le jeu de la motivation de produire des gains d'efficacité, se sont d'une manière générale révélées efficaces. La séparation entre les payeurs et les prestataires a permis de mieux adapter les incitations aux objectifs dans le cadre de contrats, de décentraliser

l'adoption de décisions, d'introduire une plus grande concurrence entre les prestataires et d'établir des mesures comparatives de la performance des hôpitaux.

Voyons dans cette perspective l'expérience de la Grande Bretagne et de la France dont les systèmes nous intéressent de façon particulière.

On sait que le système britannique était devenu un modèle et même un symbole d'inefficacité. Au cours des années 1990, le système a fait l'objet d'une réforme selon les grandes lignes que je viens d'esquisser. Des incitatifs financiers liés à l'atteinte d'objectifs ont de plus été introduits pour les généralistes et les infirmières. Selon l'OCDE, le problème des listes d'attente s'est estompé et tout indique que les résultats d'ensemble sont très positifs.

Le système de santé français est composé d'un système public et d'un secteur privé qui fonctionne selon les principes du marché comme aux États-Unis. Les atouts de ce système sont la qualité des soins, la liberté de choix et l'égalité dans l'accès. Des réformes ont été proposées mais, face aux résistances, sont restées lettre morte.

Devant la montée des coûts, les cotisations et les contributions des usagers ont été augmentées à plusieurs reprises. Malgré ces augmentations, le déficit du système de santé continue de croître et est considéré comme le problème majeur des finances publiques françaises. Selon les auteurs du rapport sur la santé de l'OCDE, l'injection répétée d'argent n'a fait que reporter à plus tard les réformes qui s'imposent. On se croirait au Québec.

Voyons comment des changements de même nature pourraient être effectués dans le système québécois.

Les composantes fondamentales de notre système, soit les soins hospitaliers et les soins médicaux, sont publiques et entièrement financées par le gouvernement. La résonance magnétique en cliniques privées

constitue la seule exception significative. Notre système constitue donc essentiellement un monopole.

Dans notre système de santé, le ministère de la santé assume toutes les fonctions. Il est responsable de l'élaboration des politiques et des programmes, de la répartition des ressources financières et du contrôle sur leur utilisation et de l'évaluation de la performance du système et de ses constituantes. Il est à la fois juge et partie et ne partage ses pouvoirs avec aucune autre instance.

La Régie de l'assurance maladie est essentiellement un agent-payeur qui applique les ententes conclues par le ministère dans le cadre des régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments. Elle a été créée uniquement pour établir une distance entre le ministère et les médecins qui craignaient les contrôles et l'ingérence de ce dernier.

Les hauts fonctionnaires du ministère de la santé ont transformé notre système, déjà assujéti aux lourdeurs des conventions collectives, en une bureaucratie inefficace et coûteuse. Le pouvoir est totalement centralisé entre leurs mains à Québec et ne laisse aucune initiative aux responsables des services. Protégés par leur anonymat, ils demeurent insensibles face aux souhaits des citoyens qui veulent avoir une liberté de choix légitime quant à leur santé. Ce qui leur importe avant tout, c'est de garder un contrôle rigide sur le système.

Au plan de la gouvernance, le changement le plus significatif qui devrait être apporté dans notre système est la séparation des rôles d'acheteurs et de pourvoyeurs de soins. Cet important partage de fonction pourrait s'effectuer en confiant la fonction d'acheteur des soins hospitaliers et ambulatoires à une régie remaniée de l'assurance maladie. Cette régie aurait la responsabilité de conclure des ententes d'achat et de financement des soins selon des modes favorisant la motivation des gestionnaires et des médecins et infirmières. Elle aurait aussi la responsabilité d'évaluer la performance des établissements du système.

*Le changement
le plus
significatif qui
devrait être
apporté dans
notre système
est la
séparation des
rôles
d'acheteurs et
de pourvoyeurs
de soins.*

Compte tenu de son importante mission, la nouvelle régie devrait être indépendante du ministère. Elle ne devrait surtout pas être conçue comme un organisme de contrôle mais plutôt comme un agent ayant mission de dynamiser le système. Présentement, personne n'assume ce rôle, l'accent est placé systématiquement sur les contrôles et le rationnement.

Suite à une telle division, le ministère continuerait d'être responsable des fonctions essentielles du système. Il conserverait l'élaboration des politiques de santé, des programmes de prévention et d'éducation sanitaire, de planification et d'établissement des priorités et du contrôle ultime de la qualité des soins.

Le nouveau concept d'achat de soins aurait des effets indirects non négligeables. Il provoquerait d'une part une certaine décentralisation au niveau des établissements. Ce serait le renversement d'une tendance toujours plus prononcée et paralysante vers la centralisation dans notre système de tous les pouvoirs de décision au niveau du ministère. La nouvelle séparation des fonctions aurait, d'autre part, pour effet d'atténuer la trop grande politisation de notre système.

Bref, le partage de fonctions proposé entre le ministère et la régie permettrait à notre système de santé de s'engager, à l'instar de nombreux pays de l'Union européenne, dans la voie d'une réforme vraiment prometteuse à moyen et à long terme.

Les ressources et leur utilisation

1. Les cliniques médicales

Tous les rapports des dernières années sur la santé ont insisté sur l'importance d'un réseau efficace de cliniques médicales de soins ambulatoires afin d'améliorer l'accès aux soins, à moindre coût, et de désengorger les hôpitaux et les recentrer sur leurs missions premières. Faisant face aux mêmes problèmes d'accès et de contraintes financières, la plupart des pays de l'OCDE ont pris cette voie.

Au Québec, les données sur les cliniques médicales sont plutôt fragmentaires. Elles se développent naturellement là où les pressions sur le système de santé sont les plus fortes, notamment à Montréal et dans sa périphérie. Aucun modèle ne devrait *a priori* être privilégié. Celles qui offrent les meilleures garanties au point de vue de la qualité, du coût des services et de leur adaptation au milieu devraient être mises sous contrat.

La régie, conformément à sa mission d'acheteur de services, aurait la responsabilité de mettre en œuvre cette approche avec l'objectif de développer des réseaux de cliniques animées d'équipes professionnelles motivées et dotées des meilleurs équipements en termes de soins et de gestion administrative. Une telle orientation est d'autant plus justifiée qu'il y a pénurie d'effectifs médicaux et infirmiers. Il importe en conséquence de leur permettre de pratiquer avec le maximum d'efficacité et dans des conditions compatibles avec leurs responsabilités.

Le développement ordonné des cliniques médicales exige que toute la question des frais accessoires soit clarifiée dans les meilleurs délais

*Les cliniques
médicales qui
offrent les
meilleures
garanties au
point de vue de
la qualité, du
coût des
services et de
leur adaptation
au milieu
devraient être
mises sous
contrat.*

*En rendant les
ressources
hospitalières
accessibles à la
pratique privée
le soir et les
fins de
semaine, elles
pourraient
générer des
revenus
additionnels
pour le système
public et
réduire la
demande de
soins et les
temps
d'attente.*

possibles. En l'absence de règles précises, les dangers d'abus et de dérapages sont évidents. Il ne faudrait pas que le développement de cliniques selon différents modèles soit discrédité par les abus de quelques intervenants dénués de souci pour l'éthique médicale.

Enfin, il me semble que des incitatifs financiers devraient être offerts pour favoriser l'achat des équipements et des systèmes d'information essentiels au bon fonctionnement des cliniques. De tels incitatifs me paraissent aussi justifiés et même davantage que ceux offerts à toute une gamme d'entreprises qui produisent des services et des biens non essentiels.

2. Les ressources hospitalières

Dans une perspective d'utilisation optimum des énormes ressources consacrées à la santé, un changement de politique à l'égard des équipements hospitaliers s'impose. Nos ressources hospitalières (blocs opératoires, équipement de laboratoire et de radiologie, etc.) sont en effet nettement sous utilisées. Elles constituent des investissements majeurs qui, dans bien des cas, ont une vie utile limitée compte tenu de la rapidité des progrès technologiques. En les rendant accessibles à la pratique privée le soir et les fins de semaine, elles pourraient à la fois générer des revenus additionnels pour le système public et, en ce faisant, réduire la demande de soins et les temps d'attente.

Les administrations devraient être incitées à s'engager dans cette voie. Il en résulterait pour elles des revenus additionnels de même que pour les médecins, les infirmières et les autres catégories de personnel. Le fait qu'un tel changement présente certaines difficultés ne constitue pas une raison suffisante pour rejeter cette option.

Les options de financement

Suite à l'arrêt de la Cour suprême dans la cause Chaoulli, le ministère de la santé et des services sociaux a publié au début de 2006 un document de consultation intitulé « Garantir l'accès »¹. Deux questions y étaient abordées, celle de l'accès aux soins et celle du financement qui constitue le problème fondamental du système. Plus précisément, comment composer avec des dépenses qui croissent sans relâche plus rapidement que notre richesse collective et que les revenus de l'état. Malgré l'urgence de la question, depuis la publication du document, le gouvernement n'a apporté aucun changement au plan du financement du système.

11

Selon le document du ministère, au cours des vingt dernières années, l'écart négatif entre la croissance des revenus de la fiscalité et celle des dépenses de santé s'est systématiquement élevé à plus de 1 % par année. Cet écart répétitif a fait en sorte que les dépenses de santé ont accaparé une part toujours croissante des budgets du gouvernement au détriment en quelque sorte, des autres missions de l'état qui, dans certains cas, souffrent gravement de ressources insuffisantes. Pensons uniquement à l'éducation et aux infrastructures. En 2005-2006, les dépenses de santé ont accaparé 43 % des dépenses de programme et rien ne permet de croire que la tendance à la hausse va cesser. Au contraire, les progrès technologiques et

¹ Ministère de la Santé et des services sociaux, février 2006, « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité », document de consultation, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf>.

le vieillissement de la population vont plutôt accélérer leur croissance. Il s'agit là d'une situation nettement intenable.

Comme tous les pays industrialisés aux prises avec une situation analogue, un examen des solutions apportées dans d'autres juridictions présente un intérêt certain. Par un heureux hasard, l'OCDE a récemment terminé l'étude la plus complète jamais réalisée sur les systèmes de santé de ses 30 pays membres. Grâce à cette étude très élaborée, il nous a été possible d'analyser de façon rigoureuse les régimes de ces pays et les solutions qu'ils ont apportées au problème du financement. Cette vaste étude a le mérite d'apporter un éclairage nouveau et objectif sur des questions qui font depuis trop longtemps l'objet de débats stériles.

Elle nous a permis d'examiner les trois options les plus largement discutées au Québec, soit les contributions des usagers, un régime d'assurance contre la perte d'autonomie et l'assurance privée.

*On a constaté
que la
demande de
services de
santé diminue
avec
l'imposition de
contributions
des usagers.*

12

1. Les contributions des usagers

Faire participer les usagers des systèmes de santé à leur financement est une politique appliquée dans plus de 50 % des pays de l'OCDE pour les services de santé et dans plus de 90 % pour ce qui est des médicaments. Les tarifs sont en moyenne de 15 \$ CAN par visite chez les médecins et de 17 \$ par jour pour les services hospitaliers.

L'imposition d'une contribution des usagers soulève la question de l'équité et de l'effet sur l'état de santé. On a constaté que la demande de services de santé diminue avec l'imposition de contributions des usagers. Il est intéressant de constater que l'impact des contributions est plus marqué sur la demande pour des problèmes mineurs tels les rhumes et les blessures légères. Or, dans tous les régimes étudiés, la nécessité d'offrir une couverture universelle pour les soins essentiels est une valeur reconnue. Pour cette raison, la majorité des pays limitent les contributions annuelles des participants et ou exonèrent les plus vulnérables afin d'assurer une équité d'accès. L'étude de l'OCDE montre que la santé des populations

assurées par des régimes qui imposent des contributions n'est pas moins bonne que celle des populations assurées par régimes entièrement gratuits.

Les analyses sur l'équité horizontale montrent qu'il y a peu d'iniquité envers les pauvres dans les systèmes de santé des membres de l'OCDE. Il apparaît que pour les consultations auprès des généralistes et des services hospitaliers, l'iniquité d'accès favoriserait plutôt les plus pauvres que les plus riches. Lorsqu'il existe une certaine iniquité, elle s'applique aux consultations auprès de spécialistes.

Si on regarde froidement l'expérience des pays européens, il faut conclure que le Québec devrait introduire une politique de contributions des usagers dans le but de (1) responsabiliser davantage les personnes dans leur utilisation des services de santé et (2) dégager une marge de manœuvre au plan du financement. Cette politique devrait nécessairement comprendre le remboursement ou l'exonération des frais pour les personnes les plus vulnérables.

À court terme, cette approche ne peut toutefois être envisagée. L'introduction d'une telle politique, bien que souhaitable, demeure impossible tant que la Loi canadienne sur la santé n'aura pas été modifiée.

2. L'assurance contre la perte d'autonomie

Le financement de l'accroissement des dépenses de santé pour répondre aux pressions sur la demande engendrée par le vieillissement des populations est un enjeu qui préoccupe tous les pays de l'OCDE et pour lequel aucune solution évidente n'a encore émergée.

Les quelques pays qui ont opté pour un régime contre la perte d'autonomie l'ont fait il y a un certain temps de sorte que l'accumulation de fonds pour financer ces programmes a débuté avant que le vieillissement de la population ne se fasse sentir. Malgré l'accumulation d'un fonds de réserve, ces pays envisagent présentement de modifier leurs

programmes à cause des pressions trop fortes qu'ils exercent sur les dépenses publiques.

L'expérience des pays de l'OCDE confirme le bien fondé de la conclusion à l'effet que, dans le contexte québécois actuel, l'introduction d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie est clairement contre-indiquée. Il serait inacceptable et inéquitable que les baby-boomers transfèrent, en plus de notre énorme dette publique, le fardeau d'un tel régime sur les générations montantes.

*Les ressources
financières
devraient être
concentrées sur
les services
prioritaires et
comprendre un
programme
d'aide aux
aidants
naturels.*

Certains pays ont décidé de financer ces services à même les fonds généraux alloués à la santé. Ils ont toutefois accompagné cette stratégie de mécanismes visant à accroître l'efficacité du système et, dans quelques cas, ils ont introduit un test d'admissibilité à caractère financier au régime public.

Une telle approche devrait être retenue au Québec. Elle devrait avoir comme objectif de concentrer les ressources financières sur les services prioritaires et sur les besoins les plus grands et comprendre, pour les personnes vulnérables, un programme d'aide aux aidants naturels. Compte tenu des inévitables contraintes budgétaires, l'admissibilité à ces services devrait être soumise à un test de revenu et les services couverts devraient être clairement identifiés.

3. Les assurances privées

Le Québec est l'une des seules juridictions où le rôle de l'assurance santé privée est limité à offrir une couverture des services non assurés par le secteur public. Pourtant, il est intéressant de constater que rien ne permet d'affirmer que l'accès aux soins de santé, dans les pays où l'assurance privée occupe une place importante dans le financement de la santé, est inéquitable envers les plus pauvres. Dans la majorité des pays, les systèmes de santé sont universels ou quasi universels et l'objectif de l'universalité d'accès est généralement de garantir un accès équitable à tous.

Selon l'OCDE, l'assurance maladie privée est l'un des nombreux instruments qui peuvent contribuer à améliorer la réactivité des systèmes de santé, faciliter la concrétisation des objectifs de santé des pouvoirs publics et répondre aux demandes des consommateurs et de la société.

Au Québec, les assurances privées offriraient un potentiel intéressant pour accroître le financement de la santé et diminuer les pressions sur le système public. Elles donneraient aux citoyens une liberté de choix, ce qui est fondamental. La prohibition sur l'assurance privée devrait être levée d'autant plus qu'il y a de bonnes raisons de croire qu'elle a été invalidée par l'arrêt Chaoulli de la cour suprême. Toutefois, comme nous l'avons déjà signalé, l'obtention de résultats positifs est conditionnelle à un environnement réglementaire propice au développement de son plein potentiel et à l'élimination de pratiques indésirables.

*Les assurances
privées
offriraient un
potentiel
intéressant
pour accroître
le financement
de la santé et
diminuer les
pressions sur le
système public.*

Un nouveau paradigme

*Un
changement
capable
d'engendrer un
nouveau
paradigme
s'impose.*

Notre système de soins hospitaliers et médicaux constitue un monopole imprégné à tous les niveaux de la culture propre aux monopoles. Cette culture est axée sur les contrôles et la réglementation, fermée sur l'extérieur, imperméable aux véritables changements, à l'adaptation et l'innovation et favorise l'inefficacité. Pour briser ce monopole, un changement capable d'engendrer un nouveau paradigme s'impose.

Présentement, à l'exception de la radiologie, les médecins doivent soit participer dans le système public ou être désengagé. Cette cloison étanche doit disparaître autrement le monopole que constitue notre système de santé va demeurer intact. Mais est-ce possible sans que le privé ne cannibalise en quelque sorte le public?

La coexistence de services publics et privés dans les pays de l'OCDE démontre qu'il est possible d'établir un sain équilibre entre les deux au moyen d'un encadrement approprié. Dans ces systèmes, de façon générale, les médecins doivent s'acquitter d'obligations bien définies dans le cadre du système public comme prérequis leur permettant de dispenser des soins privés. Ces conditions peuvent prendre la forme d'un nombre d'heures minimum de soins par semaine ou par mois. Elles peuvent également consister en une limite sur les revenus que les médecins peuvent recevoir dans le privé. De nombreux exemples montrent qu'il est possible d'établir des contrôles efficaces tout en évitant l'introduction de lourds contrôles bureaucratiques.

Des normes d'éthique afin d'éviter les conflits d'intérêt possibles et pour assurer à tous un traitement équitable seraient évidemment nécessaires. De telles normes relèveraient de la compétence du Collège des médecins.

Les médecins s'élèvent contre les contraintes et les mesures coercitives auxquelles ils sont assujettis. À tel point qu'un nombre grandissant de jeunes optent pour faire leur résidence à l'extérieur. Compte tenu de ce contexte, il me semble que les médecins devraient réévaluer la nature de leurs rapports avec le gouvernement. Dans l'état actuel et prévisible des choses, pour obtenir de meilleures conditions de pratiques et un niveau de rémunération concurrentiel avec l'extérieur, ils doivent faire appel à des moyens de pression difficilement conciliables avec leur engagement et leur statut professionnel. De plus, les médecins placent le gouvernement dans une position impossible lorsqu'ils réclament des augmentations de rémunérations qui excèdent le niveau que l'état peut accorder aux travailleurs des secteurs public et parapublic. Ne serait-il pas plus approprié de leur part de plaider pour une plus grande liberté professionnelle et pour obtenir l'accès à de nouvelles sources de revenu?

Enfin, même si les rapports des infirmières avec le gouvernement ne sont pas exactement de la même nature, il me semble qu'une réévaluation de ces rapports serait tout à fait justifiée. La société doit reconnaître bien davantage le fait que le bon fonctionnement de nos établissements repose dans une large mesure sur elles. Cela, 24 heures sur 24, et 365 jours par année.

*Des normes
d'éthique afin
d'éviter les
conflits
d'intérêt
possibles et
pour assurer à
tous un
traitement
équitable
seraient
évidemment
nécessaires.*

La Loi canadienne sur la santé

Tout comme notre système de santé, la Loi canadienne sur la santé qui l'encadre a besoin d'être adaptée et précisée. Dans sa formulation actuelle, la loi canadienne freine sinon bloque les changements qui s'imposent.

La loi défend l'imposition de frais aux usagers et prévoit même de sévères pénalités à cet égard. Alors que le gouvernement fédéral finance moins du quart de notre système de santé, il maintient cette prohibition introduite alors qu'il assumait la moitié des coûts.

*Le besoin de
moderniser la
Loi canadienne
sur la santé est
pressant.*

Le caractère punitif de la loi est tout à fait contraire à l'esprit de coopération qui devrait exister entre les niveaux de gouvernement dans un domaine si crucial. C'est un héritage d'une époque révolue où Ottawa voulait imposer sa façon de voir dans la plupart des domaines de juridiction provinciale.

Le besoin de moderniser la Loi canadienne sur la santé est pressant. Le Québec qui a souvent fait figure de pionnier en matière de politique sociale devrait prendre l'initiative à cet égard. Il répondrait à un vœu de la population et serait appuyé par plus d'une province.

De nouvelles orientations

L'avenir de notre système de santé est une question fondamentale. Si les changements nécessaires ne sont pas apportés, notre système ne pourra survivre. Voilà une certitude à laquelle nous ne pouvons échapper.

Le monopole que constitue notre système de santé est imbu d'une culture absolument réfractaire au changement. Ce monopole doit être brisé pour faire place à la motivation, à l'innovation et au dynamisme capables seuls de protéger le caractère universel de notre système de santé. La situation de crise chronique a assez duré. Les adversaires du changement, qui se font de plus en plus rares, ne peuvent plus ignorer ce qui se fait à l'extérieur et se réfugier derrière le spectre de la médecine à deux vitesses.

Les quelques propositions suivantes, qui s'inspirent de l'exemple des pays européens et qui n'ont rien de révolutionnaires, permettraient de sauvegarder notre système de santé et, ce qui est essentiel, son caractère universel.

- 1 L'attribution à une régie remaniée de l'assurance maladie, ayant mission de dynamiser le système, des fonctions d'acheteur de soins et d'évaluation de la performance des établissements.
- 2 Le développement accéléré de cliniques médicales dans les endroits où les besoins sont les plus grands et selon le modèle qui offre les meilleures garanties aux points de vue de la qualité, du coût des services et de l'adaptation au milieu desservi.

*Si les
changements
nécessaires ne
sont pas
apportés, notre
système ne
pourra survivre.*

- 3 L'optimisation de l'utilisation des équipements hospitaliers.
- 4 Une politique de couverture des services pour les personnes en perte d'autonomie visant à concentrer les ressources sur les services prioritaires et sur les besoins les plus grands et comprenant, pour les personnes vulnérables, un programme d'aide aux aidants naturels.
- 5 L'abolition de la prohibition à l'égard de l'assurance privée.
- 6 L'abolition de la cloison entre le public et le privé dans un cadre approprié.
- 7 La révision de la Loi canadienne sur la santé.

Ces propositions qui constituent un véritable programme visent essentiellement à protéger le caractère universel de notre système de santé tout en ramenant la croissance des coûts du secteur public à un niveau soutenable. Ceux et celles qui réussiront à briser le carcan qui étouffe notre système de santé et grève toujours davantage nos finances publiques auront rendu un immense service aux Québécois.

**Rapport Pour discussion... déjà publié
par le CIRANO**

**Le sous-financement des universités québécoises
et une proposition de réinvestissement**

Robert Lacroix et Michel Trahan, mars 2007



2020, rue University, bureau 2500, Montréal (Québec) H3A 2A5

Tél.: 514-985-4000 • Téléc.: 514-985-4039

www.cirano.qc.ca • info@cirano.qc.ca