

Le privé dans la santé : un enjeu de santé publique

POSITIONNEMENT

DES DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Québec, le 10 novembre 2007

Table des matières

Avant-propos.....	3
Introduction.....	4
Partie 1 – Plus de privé dans la santé : les arguments habituels	6
Vieillesse : une catastrophe ou un défi?	6
Financement : a-t-on les bons chiffres?	7
Faire comme les autres : le Canada, une exception?	9
Le privé : plus efficient?	10
Partie 2 - Plus de privé dans la santé : les faits	12
Un risque d’augmentation des inégalités de santé	12
Des coûts d’administration plus élevés.....	15
Des frais d’assurance plus élevés pour les entreprises.....	16
Un effet de déstabilisation financière du système.....	16
Un important problème de coordination.....	17
La santé n’est pas un objet de marché	18
Partie 3 – Pour le système public : des solutions	20
Finir ce qu’on a commencé.....	20
Réussir la réforme de la première ligne	21
Gérer autrement le système.....	22
Améliorer la pertinence et la qualité des soins	25
Mieux réguler le développement des technologies	27
Compléter l’architecture du système de services.....	29
Se doter d’une véritable Politique de la santé et du bien-être.....	30
Conclusion et recommandations	32

Avant-propos

Lors de notre rencontre avec le Groupe de travail sur le financement du système de services, le 30 octobre 2007, monsieur Claude Castonguay nous a posé la question, deux fois plutôt qu'une : « *Quel est le message que « la santé publique » désire nous transmettre? »*

Le présent document, tout en constituant une réponse à cette question, constitue le positionnement de « la santé publique » sur le privé dans la santé. Cette prise de position, si on veut la résumer, tient en quelques lignes : Parmi les déterminants de la santé, le système de soins occupe une place clé, et la privatisation, même partielle, de ce système viendrait en changer la nature, aurait des effets négatifs sur la santé de la population, en même temps qu'elle rendrait encore plus complexe la gestion du système. Le fait de la création du Groupe de travail constitue une invitation pressante faite au système de services pour qu'il finisse les réformes qu'il a amorcées et s'attaque aux tensions, enjeux et facteurs qui ont pour effet de le déstabiliser davantage et de renforcer la demande sociale pour « plus de privé dans la santé ».

La visée stratégique de ce document est double. Il s'adresse en premier lieu aux membres du Groupe de travail, pour qu'ils s'en inspirent dans la rédaction de leur rapport. Mais, ce document s'adresse aussi aux décideurs politiques, aux acteurs du système, aux groupes d'intérêt et à la population. L'opinion publique semble ambivalente : d'un côté, attachée au système de soins, surtout quand elle l'utilise; de l'autre, inquiète sur son avenir et sa viabilité, c'est pourquoi elle semble ouverte à un plus grand recours au « privé dans la santé ». Le débat continu sur la place du privé, avec recours aux tribunaux, constitue un signal d'alarme dont il faut prendre toute la mesure.

Nous remercions Lionel Robert, ex-secrétaire général du Conseil de la santé, qui nous a accompagnés dans notre réflexion et qui a rédigé les multiples versions que requiert la préparation d'un document de positionnement; les docteurs Ak'ingabe Guyon, Nathanaëlle Thériault, Jean-Pierre Trépanier, résidents 5 en santé communautaire, qui ont préparé rapidement des notes de travail bien documentées; le comité de lecture, composé des docteurs Richard Massé, Yv Bonnier Viger, Jean Rochon, Louise Soulière; ainsi que Serge Chevalier, Linda Jones, Jean-Luc Moisan, contributeurs importants dans l'élaboration de cette réflexion.

Dr Richard Lessard, DSP de la région de Montréal
Dr Robert Maguire, DSP de la région du Bas-Saint-Laurent
Dre Jocelyne Sauvé, DSP de la région de la Montérégie

Introduction

Pourquoi les directeurs de santé publique (DSP) choisissent-ils d'intervenir sur les questions soulevées par le mandat donné au Groupe de travail, et, plus largement, sur l'enjeu du privé dans la santé? Ils sont préoccupés par le « déterminant santé » que constitue le système de services de santé et de services sociaux. Une plus grande présence du privé dans la santé aura un impact sur l'augmentation globale des coûts de santé et sur la santé de la population. En introduisant plus de privé dans le système de services, on vient transformer sa nature comme outil de protection sociale; on atteint aussi un droit social du citoyen pour le transformer graduellement en bien de consommation.

De par leur mandat de protection et de promotion de la santé de la population, les DSP sont préoccupés par l'ensemble des déterminants de la santé, dont l'éducation, la lutte à la pauvreté, l'environnement, l'emploi. Le système de services est aussi un déterminant important de la santé, car il sert à guérir, à prendre soin des malades, à prévenir que des problèmes de santé se détériorent. Si les coûts de santé prennent une trop grande place dans la richesse collective, l'État et la collectivité disposeront de moins de ressources pour intervenir dans les autres domaines dont l'impact est majeur pour la santé de la population.

De plus, comme le rappelait la Commission Castonguay, en 1967, l'outil premier de la protection sociale, c'est le système d'assurance maladie, dont l'efficacité dépend de son universalité : *« Enfin, l'efficacité d'un régime de l'assurance maladie, instrument d'une politique d'investissement massif dans les ressources humaines, serait incontestablement réduite, si le champ d'application en était limité à une fraction de la population. En réalité, la réduction de l'efficacité serait proportionnellement plus forte que la réduction du champ d'application¹. »*

Le Canada et le Québec ont choisi, depuis les années 60, que tous les citoyens aient droit, face à la maladie, d'avoir accès à des services de santé universels, sans contribution financière additionnelle et de qualité. Le peuple a choisi d'être solidaire et de partager, via une assurance collective, les risques reliés à la maladie. Il importe de réaffirmer ce contrat social, tout en cherchant à améliorer, adapter, et moderniser notre système de services.

À la source de cette intervention des DSP, on comprendra qu'ils ont vu dans la mise sur pied du Groupe de travail sur le financement tout à la fois un symptôme d'une opinion publique incertaine, une occasion de rappeler des vérités de base et une invitation au système de services pour qu'il se surpasse dans son travail continu de réforme.

Le document que présentent les DSP contient trois parties :

¹ *L'assurance maladie*, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Volume 1, Gouvernement du Québec, 1967, pp 44-45.

Dans la première partie, il est apparu important de réfléchir à des arguments qui sont généralement invoqués lorsqu'on débat du privé dans la santé. Ces arguments justifieraient un plus grand appel au privé. Les DSP proposent une lecture différente, sans penser que tout est noir ou blanc.

Dans la deuxième partie, il est apparu important aux DSP de rappeler des données fondamentales établies par la recherche concernant les inconvénients d'un système privé, sans présumer cependant que le Groupe de travail souhaite recommander une importante privatisation du système.

La troisième partie propose des pistes de solution, à court et à moyen terme, que les DSP invitent le Groupe à faire siennes, pour les soumettre à l'attention du gouvernement et des acteurs du système de services. Des réformes sont en cours de réalisation, elles doivent être réussies (mettre en place les réseaux locaux de services, finir la réforme de la première ligne). D'autres, encore plus fondamentales, doivent être pensées et mises en place (mieux gérer le système, améliorer la pertinence des soins, mieux réguler le développement des technologies, s'adapter aux nouveaux problèmes de santé, se doter d'une nouvelle politique de santé et de bien-être).

Partie 1 – Plus de privé dans la santé : les arguments habituels

Dans le débat sur le privé dans la santé, des arguments sont habituellement invoqués pour marquer l'impasse du système public et le besoin de faire appel à plus de financement privé. Ils concernent généralement le vieillissement de la population, la part de plus en plus grande du budget de la santé dans les dépenses gouvernementales, la supposée exception canadienne et québécoise en regard du privé dans la santé, la plus grande efficacité qu'on attribue au privé.

Le but visé n'est pas ici de faire un débat approfondi sur ces énoncés, mais d'éveiller suffisamment l'esprit du lecteur à des manières différentes de voir les choses. Cette réflexion est annoncée sous un mode interrogatif et invite à revoir ce qu'on affirme facilement comme des certitudes.

Vieillessement : une catastrophe ou un défi?

Dans leur mémoire² à la Commission parlementaire portant sur le document gouvernemental *Garantir l'avenir*, les professeurs Amélie Quesnel-Vallée et Lee Soderstrom, de McGill, ont développé la vision suivante de ce problème : « *L'éclairage que nous fournissent les connaissances scientifiques sur ces questions, c'est de les situer en perspective. Par exemple, un chiffre peut paraître alarmant : la proportion des aînés est actuellement de 13,9 %, et elle aura doublé en 20 ans. Mais, placé dans une perspective à long terme, on voit que le taux de croissance du nombre des personnes âgées est constant depuis 1971. En outre, si l'adaptation au vieillissement s'est faite dans le passé dans notre société, elle se fait aussi de nos jours dans d'autres sociétés.* »

Explications :

Entre 1971 et 2001, la proportion de la population âgée est passée de 6,9 % à 12,9 % : elle a doublé, comme elle doublera dans les trente prochaines années, entre 2006 et 2036, passant de 14 % à 28 %. Durant la première période, le taux de croissance de cette proportion était 2,1 % par année; de 2001 à 2031, on escompte un taux de 2,5 % par année. On ne fait donc pas face à une rupture démographique.

On entend souvent dire que le rythme de vieillissement du Québec est très rapide, il est pourtant comparable à celui du Japon, dont le système de santé est reconnu comme étant l'un de meilleurs au monde. Il y a lieu de penser que nous serons en mesure d'apprendre de l'expérience de ces autres pays dont le vieillissement a eu lieu avant le nôtre (par exemple : France, Espagne), afin de développer des politiques efficaces pour faire face aux problèmes que cette situation pourra soulever.

² Quesnel-Vallée A. et Soderstrom L., *Le vieillissement de la population québécoise : les implications pour le financement des services de santé*, voir www.santepop.qc.ca à l'item Chaoulli, Commission parlementaire.

Il est vrai que le taux d'utilisation des services par individu a augmenté au cours des 30 dernières années; il en sera ainsi dans les 30 prochaines. Cependant, il ne faut pas imputer au vieillissement de la population, la part la plus grande dans cette augmentation. D'après une étude de Hogan et Hogan³, on observe que les coûts réels per capita ont augmenté de 2,5 % par année entre 1980-1997, le vieillissement ne représentant que seulement 20 % de cette augmentation annuelle. Pour la période 1998-2030, ces auteurs prévoient une augmentation annuelle des coûts de 2,9 %, le vieillissement n'expliquant que 31 % de cette augmentation prévue.

Cependant, concluent Quesnel-Vallée et Soderstrom, « *ce qui reste incertain, et qui représente le grand défi pour le système de services, c'est l'adaptation efficiente de ses services aux aînés* ». Il faudra développer un panier de services plus approprié pour les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques. Comme l'écrit le docteur Réjean Hébert⁴, on ne connaît pas quel sera le profil de consommation des baby-boomers : « *On peut présumer qu'ils seront plus exigeants que les générations précédentes.* » De plus, observe ce spécialiste des personnes âgées, « *l'espérance de vie après 65 ans est encore vécue en état d'incapacité fonctionnelle pour le tiers des hommes et plus de la moitié des femmes.* » Cependant, ajoute le Dr Hébert⁵, les gens âgés de demain « *seront en bien meilleure santé que la génération actuelle des gens âgés. L'octogénaire de demain sera moins malade et coûtera moins cher que celui d'aujourd'hui.* » Par ailleurs, il est évident qu'une importante adaptation du système doit être faite. Nous y reviendrons dans la troisième partie de ce document.

Financement : a-t-on les bons chiffres?

Autre facteur, souvent invoqué pour justifier un nécessaire recours à plus de financement privé pour le système de services : le poids des dépenses publiques dans les dépenses gouvernementales et leur projection dans le futur. Un chiffre est généralement mis de l'avant: sur une période de 25 ans, entre 1980 et 2007, la proportion des dépenses de santé dans les dépenses de programmes, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses du gouvernement, est passée de 30 % à 44 %. Cette part « *atteindrait près de 50 % en 2015-2016, 70 % en 2030-2031* »⁶.

³ Hogan S, Hogan S, *How will the ageing of the population affect health care needs and costs in the foreseeable future?*, Discussion Paper No. 25, Commission on the Future of Health care in Canada, Ottawa, 2002, 27 p.

⁴ Hébert R, *Saurons-nous soigner les aînés?*, dans *Le Devoir* 30 juillet 2005, voir <http://www.ledevoir.com/2005/07/30/87240.html?268>.

⁵ Gendron L., *Attention, les vieux arrivent! Entrevue avec Réjean Hébert*, L'Actualité, 1^{er} décembre 2007, p.23.

⁶ Ministère des Finances du Québec, *Budget 2007-2008, Relever le défi du financement de la santé*, 24 mai 2007.

Lors de la Commission parlementaire étudiant le document gouvernemental *Garantir l'avenir*, François Béland a présenté un mémoire⁷ qui fait la critique de cette lecture et propose d'autres projections. De l'ensemble de l'analyse de Béland, on peut retenir quatre éléments de clarification : a) pour une bonne évaluation des dépenses de santé, il faut choisir les bons chiffres (le bon numérateur et le bon dénominateur); b) comme il est question de la capacité de payer de l'État, sur le long terme, il est important de faire une comparaison entre ces dépenses de santé et les revenus; c) de façon plus précise, la capacité de payer de l'État se mesure par rapport à l'évolution de la richesse collective et de la proportion de celle-ci que se réserve l'État pour ses dépenses; d) dans un état fédéral, il faut tenir compte de l'ensemble des revenus des niveaux de gouvernement pour bien mesurer la viabilité du système public.

a) Ainsi, en se fondant sur des données de l'Institut Canadien d'Information sur la santé, Béland souligne que : « ...les dépenses de santé ont accru leur part des dépenses de programme de 30,0 % à 38,3 % de 1970-71 à 2006-07. L'accroissement a été lent jusqu'en 1994-95, pour s'accélérer par la suite ».

b) De plus, Béland argumente que le livre blanc *Garantir l'accès* « associe les dépenses de santé aux revenus du gouvernement, sans jamais analyser leur évolution conjointe. Durant les 30 dernières années, soit de 1975 à 2005, les dépenses de santé sur les revenus ont évolué à l'intérieur d'une fourchette de 30 à 34 %. Entre 1984 et 2005, les revenus du gouvernement et les dépenses de santé se sont accrus tous les deux d'environ 4,5 % annuellement. » Nuance additionnelle quant à la valeur des projections : « en choisissant judicieusement les périodes de référence pour établir des projections de dépenses de santé en comparaison des dépenses de programme ou des revenus, il est possible d'obtenir une gamme de projections aux effets dramatiques ».

c) Chacun sait qu'il n'y a pas de dépenses sans revenus! « Les dépenses gouvernementales de santé sont une part constante du PIB au Québec depuis les tout débuts du régime d'assurance universel et public. L'amplitude de leur évolution a été bien moindre que l'amplitude de l'évolution des dépenses de programme. » C'est là un signe que l'évolution des dépenses de santé est sous contrôle et qu'elle correspond à la capacité de payer que l'État se donne en fonction de la richesse collective. Cependant, dans les années récentes, on observe deux diminutions importantes des revenus (1998-1999 à 2000-2001 et 2006-2007 à 2008), dues à des baisses d'impôts des particuliers et des sociétés, ce qui enclenche une hausse conséquente de la proportion des dépenses de santé par rapport au PIB (depuis 2000-2001, les dépenses de santé sont passées de 6,5 % du PIB à 7,0 %). Les documents officiels oublient de souligner les effets à long terme de ces baisses d'impôts sur la capacité de payer de l'État.

⁷ Béland F., *Les dépenses de santé au Québec : La bataille des chiffres*, accessible sur le site du RRSPQ, www.santepop.qc.ca. La présentation et l'échange sont aussi accessibles sur http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060523.htm#_Toc143577137. Voir aussi l'article de Béland, *Arithmetic failure and the myth of the unsustainability of universal health insurance*, dans CMAJ • July 3, 2007; 177 (1). Voir <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/cmaj;177/1/54>.

d) « *Le débat sur le financement public des services de santé tend à se concentrer sur le rôle du gouvernement du Québec. (...) Or, l'État dans un pays fédéral est formé des gouvernements constitutifs du régime fédéral. (...) Quelle est donc la part des dépenses de santé dans les activités des gouvernements du Canada?* » Réponse : « *Les dépenses de santé se sont maintenues depuis une vingtaine d'années autour de 15 % des dépenses de programme et des revenus de toutes les administrations publiques canadiennes de 1988-89 jusqu'en 1995-96. En fonction des dépenses de programme, elles ont commencé à croître de façon très graduelle jusqu'à 20 % en 2006-07. En fonction des revenus, le mouvement ascendant ne s'est fait sentir qu'à partir de 2000-01, mais semble s'être rapidement stabilisé autour de 17 % à 18 % dès 2003-04. On est loin des 44 % que représenteraient les dépenses de santé dans les dépenses de programme du gouvernement du Québec.* »

Ce qui mérite d'être souligné, c'est qu'au cours de l'été 2006, le ministre Philippe Couillard a fait sien⁸ la lecture des chiffres proposée par François Béland.

En même temps qu'ils rappellent l'analyse du professeur Béland, pour situer dans un contexte moins alarmiste les projections de coûts du système de santé par rapport à la capacité collective de payer, les DSP sont conscients que la croissance annuelle de ces coûts, que le Conference Board situe pour les dix prochaines années à un taux évalué entre 5 et 6 %, ne peut qu'inquiéter, et que des moyens doivent être trouvés pour réduire cette croissance. C'est d'ailleurs le sens des solutions qu'ils préconisent dans la troisième partie du document.

Faire comme les autres : le Canada, une exception?

On entend que le Canada et le Québec constituent des exceptions, puisqu'ils n'autorisent pas le privé dans le financement des services médicaux et hospitaliers. Selon François Béland et al.⁹, « *un récent rapport de l'Organisation mondiale de la santé (Health Care System in Transition : Canada, 2005) montre que ce n'est pas le cas: "Le système de santé canadien se décrit plus exactement comme un amalgame de systèmes public, mixte et privé de soins de santé".* » Ils observent que « *le Canada et le Québec ont toujours occupé, et occupent encore une position intermédiaire entre le peloton majoritaire des pays de l'OCDE et les États-Unis et la Suisse.* » Depuis le début des années 2000, les dépenses privées (sur les dépenses totales de santé) « *sont demeurées stables au Danemark (18 %) et en Suède (15 %), en Allemagne, en France et au Royaume-Uni, elles sont en baisse. En fin de période, elles représentent entre 13 et 30 % des dépenses*

⁸ Voir Bourgault-Côté G., dans *Le Devoir* du 23-24 septembre 2006 : *Financement du réseau de la santé – Couillard revendique le droit de changer d'idée.* « Le système de santé ne fonce pas dans un mur et sa pérennité peut être assurée sans contribution supplémentaire des usagers, dit Philippe Couillard depuis un mois. Un changement de ton qui n'a rien à voir avec le contexte préélectoral, jure-t-il. (...) La base de sa réflexion est contenue dans un mémoire déposé en commission parlementaire par le professeur François Béland, de l'Université de Montréal. »

⁹ Béland F., Quesnel-Vallée A., Contandriopoulos AP, Cambourieu F., *Les assurances privées en santé : l'exception est la règle*, à paraître dans *Le privé dans la santé : un débat sans fin?*, Montréal, PUM, 2008.

totales de tous les pays, sauf aux États-Unis (55,3 %) et en Suisse (41 %). En 2005, le financement privé dépasse le seuil des 28 % des dépenses totales au Québec, et de 30 % au Canada. Les dépenses privées de santé jouent donc un rôle moins important dans la plupart des pays de l'OCDE qu'au Canada et au Québec, et leur place dans le financement des services de santé n'est pas en croissance dans ces pays. »

Cela dit, « tous les pays sont des exceptions en ce qui concerne les assurances privées. Ils partagent cependant deux aspects en commun : l'assurance privée y joue un rôle relativement modeste, États-Unis (et Suisse) exclus, et chaque pays l'utilise à sa propre façon. Les types de services couverts, la part des dépenses de chacun de ces services, les secteurs d'activités ciblés, les catégories de citoyens couverts, tous diffèrent d'un pays à l'autre. »

Quoi qu'il en soit, que l'argent pour les dépenses de santé vienne du public ou du privé, il a la même source : le contribuable ou l'utilisateur. Il reste à voir quelle est l'utilisation la plus efficiente et la plus efficace de cet argent, celle qui est faite par un assureur unique, fournissant un service accessible à tous, ou celle plus onéreuse réalisée par plusieurs assureurs et dont les effets bénéfiques pour la santé sont accessibles à une minorité. Poser la question, c'est y répondre. Les économistes de la santé Robert Evans et Morris Barer soulignent comment le système de santé canadien s'est révélé être « *un fructueux mécanisme de contrôle des coûts totaux, au moins dans le contexte Nord Américain. Avant les années 1970, les coûts étaient semblables du côté canadien et américain. Avec l'établissement au Canada d'une couverture universelle publique pour les services médicaux en 1971, les expériences des deux pays ont divergé drastiquement. Alors qu'en 1971, les deux pays dépensaient un peu plus de 7 % de leur revenu national pour les soins de santé, une décennie plus tard on observait une différence de près de 2 %, qui a crû à plus de 3 % au début des années 90, pour dépasser la marge de 4 % en 1999.*¹⁰ » Faut-il rappeler que le système canadien couvre l'ensemble de la population, tandis qu'aux États-Unis, 50 millions d'américains n'ont pas de couverture d'assurance, publique ou privée.

Le privé : plus efficient?

L'argument de la plus grande efficacité du privé est souvent invoqué pour justifier d'y recourir davantage. Quelle est la meilleure combinaison possible entre le privé et le public, selon qu'on pense à la fourniture, au financement et à la gouvernance du système de soins? Quelle performance peut-on attribuer au partenariat public privé (PPP) en santé? Voilà des questions auxquelles Adriana Trigub-Clover¹¹, dans sa thèse de maîtrise en administration de la santé à l'Université de Montréal, a voulu répondre. L'auteure vise

¹⁰ Evans R.G., Barer M.L., Health Care in Canada : Organization, Financing, and Access, Centre for Health Services and Policy Research University of British Columbia, May 2001. Paper prepared for the Canada-Japan Social Policy Research Project conference in Osaka, Japan, June 22-23, 2001.

¹¹ Trigub-Clover A., *Public Private Partnerships emerged as collaboration initiatives across OECD countries*, thèse de maîtrise, Université de Montréal, Administration de la santé, 2006; conjointement avec Paul Lamarche, le contenu de cette thèse sera présenté dans un chapitre du livre à paraître, *Le privé dans la santé : un débat sans fin?*, Montréal, PUM, 2008.

trois objectifs : présenter les différentes formes de PPP qui prévalent dans les pays industrialisés, cerner la performance des systèmes de santé des pays dans lesquels prévalent ces formes de PPP, et identifier les conditions à respecter pour que les PPP donnent les résultats escomptés. L'analyse couvre onze pays, où le privé occupe une place importante dans les dépenses totales de santé : les États-Unis, le Mexique, la Suisse, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la France, le Canada, le Japon, la Suède et le Royaume-Uni.

Afin d'établir la relation entre les types de PPP et la performance des systèmes de soins, il a été nécessaire de retenir un cadre pour apprécier la performance des systèmes de soins des pays, cerner la performance des systèmes de soins des onze pays analysés, et comparer la performance des pays selon les formes de PPP. *« Le cadre retenu pour apprécier la performance des systèmes de soins est celui utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport annuel de l'an 2000. La performance est évaluée en fonction du degré d'atteinte de trois objectifs escomptés des systèmes de soins à savoir la santé de la population, la réactivité des systèmes de soins et l'équité dans le financement des services de santé. »*

« La performance des pays est associée à la place qu'occupent les secteurs privé et public dans les systèmes de soins des pays. Les rangs moyens des pays sont systématiquement meilleurs sur les indicateurs de performance lorsque le secteur public occupe une place dominante dans la régulation, le financement et la fourniture des services de santé que lorsque c'est le secteur privé qui occupe cette place. » De plus, « les pays où le financement et la prestation des services de santé sont assumés conjointement par les secteurs privé et public ont une performance considérablement plus élevée lorsque la régulation publique est forte. En présence de PPP pour le financement et la fourniture des services, une régulation publique forte est une condition essentielle à une meilleure performance des systèmes de soins de santé au moins dans les pays dits développés. »

Partie 2 - Plus de privé dans la santé : les faits

Au cours de l'été, on pouvait lire dans *Le Journal de Montréal* (7 juillet 2007) que « selon un sondage Léger Marketing, les deux tiers des Québécois seraient prêts à ce que le privé ait une place dans le système de santé »¹². Le journaliste ajoutait cependant : « Paradoxalement, 72 % des répondants soutiennent que l'État doit prendre le réseau de santé en charge. »

Face à une opinion publique ambivalente, il importe de rappeler comment un retour vers un système à financement privé a des conséquences importantes : pour la population, en termes d'inégalités de santé, et pour le système de soins (coûts d'administration, frais pour les entreprises, impact sur le système public). De plus, il sera mentionné que des économistes considèrent que la santé constitue, pour plusieurs raisons, un « market failure ».

Un risque d'augmentation des inégalités de santé¹³

En plus de constater l'existence d'inégalités sociales de santé, la recherche illustre comment le financement privé de la santé peut conduire à l'augmentation de ces inégalités. Deux types de mesures visent à augmenter la part du financement privé du système de santé : l'assurance privée et l'instauration de frais d'utilisation. Là où ces mesures existent, on constate plus d'inégalités de santé au sein de la population.

Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont ces écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations¹⁴. Si les personnes défavorisées sur les plans matériel et social sont généralement en moins bonne santé, elles ont également une espérance de vie moindre que les personnes plus favorisées. En 2000-2002, les hommes québécois les plus défavorisés vivaient en moyenne huit ans de moins que les plus favorisés¹⁵.

¹² D'après http://www.info690.com/nouvelle-quebecois_favorables_privé_sante-323722-2.html, consulté sur le web, 20 septembre 2007.

¹³ Cette section emprunte une grande partie de la note de travail préparée par le Dr Nathanaëlle Thériault, (Nathanaelle.Theriault@USherbrooke.ca), résidente 5 en santé communautaire : *Plus de privé dans la santé, plus d'inégalités d'accès au système de soins de santé et plus d'inégalités sociales de santé*, 7 pages.

¹⁴ Centre Léa-Roback (mise à jour 8 novembre 2006). *Les inégalités sociales de santé : Qu'est-ce que c'est?* Consulté en ligne à l'adresse : http://www.centrelearoback.ca/coup_d_oeil le 10 octobre 2007.

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *L'état de santé de la population québécoise : Quelques repères* (2007), Québec, Direction des communications, 2007, 31 p.

Il en résulte une situation paradoxale : les populations les plus défavorisées sur le plan socio-économique, c'est-à-dire celles qui ont le moins les moyens de payer pour leur santé, sont également celles qui ont le plus besoin des services de santé; 20 % des coûts des services de santé seraient attribuables aux inégalités socio-économiques. Cette réalité apparaît particulièrement préoccupante dans le contexte où l'on observe, depuis le début des années 1990, une augmentation des inégalités de revenu familial après impôt¹⁶.

Assurance maladie privée

Les expériences de nombreux pays dont le Canada illustrent de manière éloquente que le système d'assurance privée amène un accès inéquitable aux services médicaux.

Plusieurs études indiquent que le système privé sélectionne globalement des clientèles moins lourdes, à la fois parce que les patients plus démunis n'ont pas les moyens de souscrire à une assurance privée et parce que ce système peut refuser de couvrir les personnes les plus malades¹⁷.

Aux États-Unis, où l'assurance privée occupe une place prépondérante, l'impact sur l'accès aux soins est marqué. Plusieurs auteurs rapportent que, pour les personnes non couvertes par une assurance privée, l'accès aux soins de santé est moindre que pour les personnes couvertes. Dans le sud de la Californie, par exemple, les enfants dont les parents possèdent une assurance privée ont davantage accès aux soins médicaux que les enfants couverts par le système public¹⁸.

En Allemagne et aux Pays-Bas, les personnes âgées, celles ayant des problèmes de santé et celles issues de familles nombreuses ont traditionnellement éprouvé des difficultés à obtenir des assurances privées à un coût abordable. En France, la probabilité d'avoir une couverture maladie complémentaire (privée) et la qualité de la couverture obtenue dépendent de l'âge, la classe sociale, le statut d'emploi et le niveau de revenu¹⁹. La barrière financière représente 48 % des motifs d'absence de couverture maladie complémentaire et concerne essentiellement les individus à faible revenu²⁰. Le taux de

¹⁶ Statistique Canada (2007). Étude : Inégalité et redistribution du revenu, de 1976 à 2004, *Le Quotidien*, 11 mai : 9-10.

¹⁷ Sundararajan V., Brown K., Henderson T., Hindle D. (2004). Effects of increased private health insurance on hospital utilisation in Victoria, *Australian Health Review*, 28(3): 320-9. Voir aussi Williams B., Whatmough P., McGill J., Rushton L. (2001). Impact of private funding on access to elective hospital treatment in the regions of England and Wales. National records survey, *European Journal of Public Health*, 11(4): 402-6.

¹⁸ Wang E.C., Choe M.C., Meara J.G., Koempel J.A. (2004). Inequality of access to surgical specialty health care : why children with government-funded insurance have less access than those with private insurance in Southern California, *Pediatrics*, 114 (5) : e584-90.

¹⁹ Thomson S., Mossialos E. (2004). *What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report. Consulté en ligne à l'adresse : <http://www.euro.who.int/Document/E83334.pdf> le 19 octobre 2007.

²⁰ Sauvignet E. (2004). *Le financement du système de santé en France : Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 100 p.

renoncement aux soins est beaucoup plus élevé pour les personnes sans couverture maladie complémentaire (27 %) que pour celles en disposant (14 %)²¹.

Plusieurs études²² en France et en Espagne démontrent par ailleurs que les personnes détenant une assurance privée complémentaire consultent davantage les médecins et les dentistes que celles qui ne sont pas couvertes. En Irlande et au Royaume-Uni, l'assurance privée permet un accès plus rapide aux services de spécialistes.

Frais d'utilisation

Le recours au ticket modérateur implique le paiement par l'utilisateur d'une franchise pour obtenir un service assuré par l'État, mais non totalement payé par ce dernier. Les défenseurs du ticket modérateur avancent que l'introduction de celui-ci peut réduire la demande de soins superflus tout en ayant un impact négligeable sur la demande de soins nécessaires. Cette supposition implique que l'utilisateur connaît bien ses besoins de santé et est capable de différencier un traitement efficace d'un traitement inefficace. En pratique, ce n'est pas le cas. De plus, les données indiquent que la plupart des décisions relatives au nombre et au type de services requis sont faites par les médecins et ne sont pas principalement basées sur l'évaluation des bénéfices potentiels par le patient²³.

Plusieurs études ont montré que l'utilisation d'un ticket modérateur réduisait l'utilisation des services médicaux, à la fois nécessaires et non nécessaires²⁴. Dans le cas des consultations nécessaires, l'effet dissuasif associé au ticket modérateur peut entraîner un report de la consultation à un stade plus avancé de la maladie, alors que le traitement est plus complexe et plus cher.

L'introduction d'un ticket modérateur en Saskatchewan en 1968 a été associée à une réduction de 6 % de l'utilisation annuelle des services médicaux²⁵. Cette réduction s'explique principalement par la baisse de 18 % des consultations médicales par les personnes âgées et les plus défavorisées économiquement²⁶. L'introduction de cette mesure n'a, par ailleurs, pas été associée à une réduction globale des coûts associés aux

²¹ Auvray L., Dusmenil S., Le Fur P. (2001). *Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000*, Paris, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, 194 p.

²² Thomson et Mossailos, *op.cit.*

²³ *Ibid.*

²⁴ Organisation mondiale de la santé - OMS (mise à jour 15 février 2006). *Quelles sont les implications du financement privé des soins de santé en Europe occidentale en termes d'équité, d'efficacité, de maîtrise des coûts et de choix?* Consulté en ligne à l'adresse : http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/hcfunding/20040629_3?language=French le 4 octobre 2007.

²⁵ Beck R.G., Horne J.M. (1980). Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment, *Medical Care*, 18(8): 787-806.

²⁶ Barer M.L., Bhatia V., Stoddart G.L., Evans R.G. (1993). *User Charges, Snares and Delusions: Another Look at the Literature*, Vancouver, University of British Columbia - Centre for Health Services and Policy Research, 38 p.

soins de santé (en outre, les honoraires des médecins ont augmenté et les personnes plus favorisées ont consulté davantage)²⁷.

Dans un essai clinique américain, les chercheurs ont assigné les personnes à des régimes d'assurance comportant des frais d'utilisation différents. Les chercheurs ont constaté que les personnes recevaient en moyenne moins de soins médicaux lorsqu'elles étaient assurées par les régimes dont les frais étaient les plus élevés. De plus, l'utilisation inappropriée des ressources hospitalières était inchangée, peu importe les frais d'utilisation applicables²⁸. Fait inquiétant, les personnes malades étaient plus susceptibles de mourir lorsqu'elles devaient payer des frais d'utilisation²⁹.

En résumé, grâce à l'assurance privée, les plus fortunés, ceux qui sont en meilleure santé, ont davantage accès aux services de santé. Quant aux frais modérateurs, ils peuvent accentuer les problèmes de santé de ceux qui ne peuvent les assumer.

Des coûts d'administration plus élevés

Taft et Steward citent une étude, publiée dans le *New England Journal of Medicine*, qui compare les coûts d'administration des hôpitaux privés et publics. « *Contrairement à la rhétorique du marché, les forces du marché conduisent à une hausse (upsizing) des frais d'administration dans les hôpitaux privés à but lucratif. L'étude, conduite auprès de 5000 hôpitaux américains, a établi que les hôpitaux à but lucratif dépensent 34 % de leurs budgets totaux pour l'administration, en comparaison d'un taux de 22,9 % dans les hôpitaux publics. De plus, les hôpitaux à but lucratif ont des coûts d'hospitalisation plus élevés par jour/patient et par épisode de soins.* »³⁰ L'étude mentionne aussi que « *les frais administratifs dans les hôpitaux américains étaient presque deux fois plus élevés que ceux des hôpitaux canadiens* ». D'autres études citées illustrent que, pour attirer la clientèle, les hôpitaux privés font afficher des frais d'hôtellerie « compétitifs », plus bas que leurs concurrents, mais que d'autres services, plus difficiles à comparer, seront à prix plus élevés. On observe aussi que la présence d'un secteur privé a un effet de hausse sur les salaires des médecins et autres professionnels dans le secteur public.

Si un secteur privé s'imposait de façon importante dans les soins de santé, il faudrait s'attendre à ce que l'ensemble des coûts des services connaissent une croissance importante, compte tenu des facteurs habituels de hausse des coûts qui caractérisent le secteur privé : « *une augmentation annuelle des profits de 15 %, une croissance de l'entreprise de 15 %, les frais de marketing, d'administration, et de comptabilité qui*

²⁷ Voir Beck et al., Barer M.L. et al, notes précédentes.

²⁸ Siu A.L., Sonnenberg F.A., Manning W.G., Goldberg G.A., Bloomfield E.S., Newhouse J.P., Brook R.H. (1986). Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans, *The New England Journal of Medicine*, 315(20): 1259-66.

²⁹ Brook R.H., Ware J.E. Jr, Rogers W.H., Keeler E.B., Davies A.R., Donald C.A., Goldberg G.A., Lohr K.N., Masthay P.C., Newhouse J.P. (1983). Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial, *The New England Journal of Medicine*, 309 (23): 1426-34.

³⁰ Taft K., Steward G., *Clear answers, The Economics and Politics of For-Profit Medicine*, The University of Alberta Press, 2000, p16 (citant une étude de Woodlander et Himmelstein, 1997).

*requièrent une expertise dispendieuse, les incitatifs financiers aux dirigeants et médecins, les processus de négociations avec les compagnies d'assurance, les taxes sur les revenus et la propriété ».*³¹

Des frais d'assurance plus élevés pour les entreprises

Un président et chef exécutif de la Banque Toronto Dominion, monsieur Charles Baillie, a déjà déclaré – et c'était en 1999 – que « *le système de santé du Canada n'est pas un poids mais un atout économique, qu'il ne devrait pas oser perdre, aujourd'hui plus que jamais. (...) Dans une ère de globalisation, nous avons besoin de tout avantage comparatif et compétitif que nous possédons. Et les fondements de notre système de santé constituent l'un de ces avantages.* »³² La compagnie Chrysler a déjà évalué qu'elle dépensait 700 \$ US pour les coûts de santé par voiture produite aux États-Unis, tandis que ces coûts sont de 233 \$ US par voiture produite au Canada.

Il faut aussi tenir compte des risques que le développement d'hôpitaux privés pourrait entraîner dans le cadre de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA). Cette entente est structurée pour protéger les mesures gouvernementales qui encouragent le secteur privé. Si la porte est ouverte au secteur privé dans les services médico-hospitaliers il sera difficile de la refermer. Selon le témoignage d'avocats experts que citent Taft et Steward³³, il n'est pas inimaginable de penser qu'une compagnie américaine, opérant des services de chirurgie au Canada, dans l'hypothèse d'une réduction de la demande suite à un transfert de clientèle vers le système public, puisse exiger des gouvernements canadiens « *des compensations pour ses investissements et la perte de profits potentiels* ».

Un effet de déstabilisation financière du système³⁴

Selon une recension établie par Deber *et al.*³⁵, une majorité d'études indiquent qu'un financement public (ou quasi-public) est plus efficace qu'un financement privé pour contrôler les coûts de santé d'une population. En appui à ces données, une étude de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)³⁶ portant sur les avantages et désavantages du financement privé pour les pays de l'OCDE, constate : « *l'assurance maladie privée est porteuse à la fois d'opportunités et de risques si l'on se place dans la perspective des objectifs de performance du système de santé. Par exemple,*

³¹ *idem*, p.65-66

³² *idem*, p.100

³³ *idem*, p.102-103

³⁴ Cette section est empruntée à une note rédigée par Ak'ingabe Guyon (akingabe.guyon@mail.mcgill.ca), résidente 5 en santé communautaire, *Réformes du financement de la santé et stabilité du système de santé*, Montréal, 4 octobre 2007, 4 pages.

³⁵ Deber R, Gildiner A., Baranck P. 1999. Why not private health insurance? 1. Insurance made easy. CMAJ 161(5) 669-671.

³⁶ Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Europe (OMS Europe). 2004. What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in Western Europe? OMS Europe, Copenhagen.

dans des pays où elle a un rôle prépondérant, l'assurance maladie privée a injecté des ressources dans les systèmes de santé, élargi le choix offert aux consommateurs et rendu ces systèmes plus réactifs. Cependant, dans la plupart de ces pays, elle a souvent engendré de sérieux problèmes d'équité et alourdi la facture des dépenses de santé (totales et, dans certains cas, publiques). »

Selon une revue de littérature de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³⁷, le financement privé des soins de santé peut déstabiliser un système de différentes façons, entre autres, en compromettant sa viabilité financière : « *permettre aux gens de ne pas cotiser à un régime d'assurance maladie obligatoire a pour effet de compromettre la viabilité financière de celui-ci à long terme* ». Une étude comparative de Tuohy *et al.*³⁸ évaluant l'impact du financement privé sur les systèmes de santé du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande, de la Hollande, du Canada et de l'Australie, conclut que l'introduction de modes de financement privé a plus de chance de nuire que de soutenir un système de santé financé publiquement. Bien que les analyses soient complexes et les corrélations difficiles à établir, on y suggère que l'introduction de financement privé a un impact négatif sur les listes d'attente et ne réduit pas la pression sur le système public. Au contraire, le financement privé est associé à plus d'inefficience dans le système de santé. L'augmentation des paiements directs par les usagers, sous forme de co-paiement, a des effets négatifs sur la santé des populations en réduisant l'utilisation de services et peut être associée à une augmentation des dépenses publiques. En résumé, l'introduction du financement privé semble comporter plus de risques que d'avantages et donc d'instabilités potentielles.

Un important problème de coordination

La privatisation du financement limite la capacité des pouvoirs publics d'intervenir pour intégrer les soins, alors que la principale raison qui est donnée pour expliquer les difficultés du système actuel est le manque d'intégration et la difficulté de stabiliser l'effectif médical et infirmier. Des études démontrent comment le système privé plus lucratif est susceptible d'exercer un effet d'attraction important sur les ressources humaines (médecins, infirmières, etc.)³⁹.

Les régimes qui sont arrivés à améliorer de façon significative l'accès et la qualité des soins ont tous un financement intégré. Donnons un exemple, celui du Veteran Health Administration, aux États-Unis. Un think tank français (financé par 80 petites et grandes

³⁷ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2000. World Health Report 2000. Health Systems : Improving performance. OMS, Genève.

³⁸ Tuohy CH, Flood CM, Stabile M. 2004. How does private finance affect public health care systems : Marshaling the evidence from OECD nations. *J Health Politics, policy & law*. 29 (3) 359-396.

³⁹ Rosenthal M.M. (1992). Growth of private medicine in Sweden : the new diversity and the new challenge. *Health Policy*, 21(2): 155-66. Voir aussi Wright C.J. (1998). *Waiting Lists in Canada and the Potential Effects of Private Access to Health Care Services*, Vancouver, Vancouver Hospital and Health Sciences Centre, 28 p.

entreprises) le propose même comme modèle⁴⁰. « Prendre exemple sur la *Veteran Health Administration (VHA)*, le système de soins des anciens combattants américains, pour réformer le système de santé français, est-ce pertinent? (...) S'inspirer de la VHA n'a rien de saugrenu. Bien au contraire. D'abord, parce que des points communs existent entre la VHA et le système de soins français : il s'agit, dans les deux cas, de systèmes publics, centralisés et quinquagénaires. (...) Les études le prouvent : les *Veterans américains* sont aujourd'hui notablement mieux soignés, sans que les coûts aient été majorés, que le reste de la population américaine, pourtant moins malade, socialement plus aisée et disposant d'une offre de soins abondante dans le secteur privé. » L'auteure rappelle que la VHA est « un système très particulier aux États-Unis puisque placé sous la tutelle de l'État, financé par un budget annuel voté par le Congrès, et dont les professionnels sont tous des salariés, alors que l'exercice de la médecine américaine est surtout libérale ». Parmi les facteurs de succès de la VHA, l'auteure mentionne : une vision claire, la décentralisation, l'accent sur la prévention, la mesure de la qualité, la mise en place d'un système d'informatisation des données médicales.

Ainsi, le système public québécois n'a pas encore totalement réussi sa tâche d'intégration. La réforme mise en place par le ministre Couillard, à partir de 2003, constitue un pas important dans cette direction. Elle a conduit au regroupement des services pour une population et un territoire donnés sous la responsabilité des centres de santé et de services sociaux (CSSS), à la création de réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et vise la création de réseaux locaux de services. Aux yeux de certains commentateurs, cette dernière réforme est la plus importante jamais réalisée depuis la création du système de soins, au début des années 70. Si cette réforme vise une plus grande intégration du réseau, c'est prendre un grand risque d'en limiter la mise en œuvre que d'autoriser la création de cliniques du secteur privé « à l'extérieur » du système.

La santé n'est pas un objet de marché

Des économistes remettent en question la possibilité pour la santé d'être considérée comme un bien privé qui s'échange sur le marché, comme d'autres biens et services. À leurs yeux, la santé apparaît comme un « market failure ». Pour qu'un marché fonctionne bien, expliquent-ils, il faut qu'existe une égale distribution d'information entre le producteur et le consommateur. C'est ce qui permet d'avoir un meilleur prix. Dans la rencontre d'un médecin, celui-ci possède l'information pertinente, alors que le patient en est souvent dépourvu et il est placé dans une situation de dépendance, son intégrité physique ou mentale étant menacée. De plus, si la décision du médecin est liée à la possibilité d'un gain économique, cette nouvelle rationalité risque d'introduire un biais non bénéfique au patient.

Selon Taft et Steward, « un marché normal fonctionne bien quand plusieurs conditions de base sont présentes : le fait qu'il y ait un ensemble important de vendeurs et

⁴⁰ Voir Silber D., *L'exemple inattendu des Vets, Comment ressusciter un système public de santé?*, Institut Montaigne, voir <http://www.institutmontaigne.org/site/page.php> Sur cet exemple du *Veterans Administration*, voir aussi Rachlis, *op.cit.*, le chapitre 13, p. 307-316, *Re-engineering for Excellence*.

*d'acheteurs, de telle manière que les prix ne peuvent être manipulés par l'influence d'un seul acteur; les vendeurs et acheteurs peuvent entrer et sortir facilement du marché; les acheteurs doivent être suffisamment informés pour prendre de bonnes décisions; les produits doivent être standardisés, de telle manière que les acheteurs peuvent aller d'un vendeur à l'autre; les prix peuvent monter ou descendre sans interférence; les consommateurs peuvent substituer un produit à l'autre »*⁴¹ De toute évidence, concluent les auteurs, le marché de la santé ne peut être équivalent à celui du fast food ou de l'achat d'ordinateurs.

Enfin, il faut reconnaître que les nouvelles technologies d'intervention, dont les médicaments, constituent un important facteur de croissance des coûts et imposent une logique différente de celle du marché. Concernant la croissance de la consommation des médicaments, Steven Morgan⁴² montre que, de 1935 à 1975, la dépense moyenne pour les médicaments par habitant, par année, passe de près de 20 \$ à 100 \$ (en dollars constants, année 2005), tandis que de 1975 à 2005, elle grimpe de 100 \$ à plus de 600 \$. De leur côté, Evans et Barer observent que, même durant la période de restriction budgétaire des années 1992-1996, le coût des médicaments a crû de 16 % en quatre ans; depuis lors (jusqu'en 2000), le taux moyen d'augmentation est de 8,5 % par année (de 10 % dans le système public!). Si, dans le contexte du marché, les nouvelles technologies visent à réduire le coût unitaire de production, c'est une logique contraire qui prévaut dans le domaine de la santé, à cause de l'espoir que représentent ces nouvelles technologies.

⁴¹ Taft K., Steward G., *op.cit.*, p.76; voir aussi Rachlis M., *Prescription for Excellence, How Innovation is Saving Canada's Health Care System*, Toronto, Harper Collins, 2004, p. 299 et 304.

⁴² Morgan S., *Causes et conséquences des dépenses de médicaments*, à paraître dans *Le privé dans la santé : un débat sans fin?* Montréal, PUM, 2008.

Partie 3 – Pour le système public : des solutions

La création du Groupe de travail sur le financement et le débat constant sur le rôle du privé doivent être entendus comme un signal d'alarme et une invitation faite au système public de services à se surpasser un peu comme le jugement Chaoulli de la Cour suprême doit être entendu comme « une longue lettre de plainte »⁴³.

Finir ce qu'on a commencé

Nous rejoignons ici la pensée d'acteurs qui sont au cœur du système des soins. L'Association des directeurs généraux de services de santé et de services sociaux du Québec (ADGSSSQ) et l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) ont présenté chacune un mémoire au Groupe de travail⁴⁴.

La première définit sa position autour du besoin de prioriser la réforme amorcée en 2003 par rapport à celle qu'initie la loi 33 et que voudront continuer les recommandations du Groupe de travail. On se rappelle que la loi 33 constitue la réponse gouvernementale au jugement Chaoulli. En plus de mettre en place une gestion centralisée des listes d'attente, ce qui est son principal avantage, elle autorise une assurance privée supplémentaire pour des services médico-hospitaliers déjà couverts par l'assurance maladie publique et elle permet la création de centres médicaux spécialisés, qui aux yeux de certains commentateurs⁴⁵, constituent de véritables hôpitaux privés. Dans leur mémoire, les directeurs généraux d'établissements écrivent qu'ils sont inspirés « *par le souci de continuité dans la réalisation des réformes du réseau qu'ont pilotées les différents ministres responsables des services de santé et des services sociaux depuis près de 20 ans. Parmi celles-ci, ils attachent une importance toute particulière à la réforme récente mise en place par le ministre Philippe Couillard. (...) Aussi, les directeurs généraux ont-ils à cœur que le rapport qui sera issu du Comité Castonguay - et les décisions subséquentes que prendra le gouvernement - se situent dans le droit fil des valeurs et de la logique qui ont guidé la création du réseau et son adaptation continue. Ce qui en sortira ne devrait pas constituer le fondement d'une contre-réforme ou rendre plus difficile l'application de la réforme entreprise par le ministre Couillard depuis 2003.* »

« *De plus, le risque est grand que le présent débat et la réforme qui s'ensuivra - tout comme l'application de la loi 33 - constituent une diversion et des dépenses d'énergies placées ailleurs que dans la réalisation de la réforme amorcée en 2003. Dans un système aussi considérable que celui des services de santé et des services sociaux, on ne peut - indûment - ajouter les réformes les unes par-dessus les autres.* »

⁴³ Expression empruntée à Yvon Brunelle, du MSSS, dans une conférence donnée à la XVII^e conférence des de l'État, avril 2006.

⁴⁴ ADGSSSQ, *Le privé dans la santé : réforme ou contre-réforme?*, Montréal, septembre 2007; AQESSS, *Questions de fonds / Question de fond*, version du 28 août 2007.

⁴⁵ Voir Prémont M-C., *La garantie d'accès aux services de santé : analyse de la proposition québécoise*, dans *Les Cahiers de Droit*, vol. 47, 2006, pp. 539-580.

De son côté, l'AQESSS précise : « *Le critère absolu qui devrait déterminer l'apport du secteur privé au système global de santé et de services sociaux est sa capacité de contribuer à l'atteinte des finalités du système.* » L'Association note aussi que « *la réorganisation récente des services (...) n'a évidemment pas encore produit tous ses bénéfices. Une fois sa vitesse de croisière atteinte, elle contribuera certainement à améliorer encore cette performance du réseau.* »

Réussir la réforme de la première ligne

Quel rapport de commissions d'enquête sur le système de santé n'a pas déploré la faiblesse, sinon l'absence d'une bonne première ligne de soins comme facteur explicatif des engorgements dans les urgences et dans les services spécialisés?

Au point de départ, il faut reconnaître le problème. Un historien du système de santé, Georges Desrosiers⁴⁶, observait que le problème de la coordination des services constitue, depuis la mise en place du système de soins, son principal problème : « *Jusqu'au début des années soixante-dix, la grande majorité des établissements de soins au Québec étaient la propriété de l'entreprise privée : médecins, associations, communautés religieuses. Ils étaient tout à fait indépendants les uns des autres et souvent placés en situation concurrentielle. La mise en place de l'assurance hospitalisation en janvier 1961 ne changera rien à cette situation ni l'assurance maladie en 1970. On peut affirmer que les grands changements du début des années soixante-dix vont même, d'une certaine façon, accentuer le problème. En effet, aux hôpitaux et aux cabinets privés de médecins s'ajoute un nouvel établissement public le CLSC qui, par le type de personnel qu'il recrute, les idées qu'il véhicule, les pratiques qu'il privilégie, heurte de front les idées reçues et les intérêts de ces milieux. Les hôpitaux et les CLSC vont le plus souvent s'ignorer. Par contre, les médecins libéraux, surtout les omnipraticiens, vont s'engager dans une lutte à finir pour contrer toute expansion des CLSC dans le champ des soins curatifs. Ils réussiront en quelques années à créer un réseau étendu de polycliniques privées qui, de fait, constituera une véritable barrière à l'expansion des CLSC dans ce champ.* »

Par ailleurs, photographie d'actualité, un rapport du Commonwealth Fund⁴⁷ montre que le Canada se positionne à l'avant dernière place, immédiatement devant les États-Unis, sur la plupart des indicateurs reliés à la prestation des services de première ligne. Les autres pays comparés étaient l'Australie, l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni.

⁴⁶ Desrosiers G., *Le système de santé au Québec : bilan historique et perspective d'avenir*, Revue d'histoire de l'Amérique française, vol. 53, été 1999 voir <http://www.erudit.org/revue/haf/1999/v53/n1/005395ar.html>

⁴⁷ Davis K. *et al.*, Mirror, mirror on the wall : an international update on the comparative performance of american health care. The Commonwealth Fund. Voir http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=482678

Selon une étude réalisée par Jean-Frédéric Lévesque *et al.*⁴⁸, on peut trouver une explication à cette situation au fait que « *les transformations qui ont touché la première ligne de soins au Québec ont surtout porté sur les structures du réseau public et, jusqu'à récemment, n'ont pas visé une restructuration de la partie la plus importante, qui représente le réseau des cliniques privées* ». Ailleurs, ces auteurs affirment qu'« *aucune instance de régulation n'a de juridiction sur l'organisation des services de première ligne* ».

Heureusement, notent-ils, deux réformes récentes ont pour finalité de transformer la première ligne : l'implantation des GMF et l'établissement de réseaux locaux de santé et de services sociaux. Ces réformes constituent le premier effort de régulation publique des cliniques privées. Les GMF, qui regroupent de six à dix médecins pour une population de 10 000 à 20 000 personnes, sont aujourd'hui au nombre de 106 (on en visait 300 en 2005 lors du lancement de la réforme); s'ajoutent une quinzaine de cliniques réseaux à Montréal. Quant à l'implantation de réseaux locaux, que doivent mettre en place les nouveaux CSSS en contractualisant avec les cliniques privées, les auteurs la qualifient de « projet virtuel », soulignant que 60 % des hôpitaux demeurent non intégrés à des CSSS.

Gérer autrement le système

Sans minimiser les problèmes de financement du système, plusieurs s'accordent pour reconnaître que le problème principal à solutionner est celui d'une meilleure gestion de ce système.

Pour améliorer la gestion du système, on peut inviter à faire une réflexion critique sur nos modes de gestion, considérer l'expérience des autres, s'attaquer à un problème majeur dans l'organisation des services qui est celui de l'implication des médecins, et reconnaître que la stabilisation de l'effectif infirmier constitue une condition de stabilisation de l'ensemble du système.

En nous assurant que le bon service est donné à la bonne personne, par la bonne personne, au meilleur endroit et au meilleur coût, avec un système d'information (dossier patient informatisé) adéquat et simple, il y a moyen de faire beaucoup plus et beaucoup mieux pour maintenir et améliorer la santé de la population.

Questionner nos modes de gestion

Gérer de manière efficiente, l'avons-nous fait? Un directeur général de centre hospitalier est-il à même de fournir des données d'efficience pour ses salles d'opération? Que savons-nous de notre performance par rapport à l'Ontario ou à d'autres juridictions? L'impact du système de soins sur la santé reste inconnu. Nous ne gérons pas en fonction

⁴⁸ Lévesque J.-F., Roberge D., Pineault R., *La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec*, dans *Le système sociosanitaire au Québec, Gouvernance, régulation, participation*. Gaétan Morin éditeur, 2007.

des résultats, nous gérons essentiellement des processus. Nous nous assurons qu'il y ait des médecins, qu'il y ait des infirmières disponibles et nous postulons que des résultats positifs se matérialiseront pour la santé collective.

Avons-nous géré pour diminuer le recours à l'hospitalisation? Avons-nous géré pour réduire l'accès aux médicaments ou pour n'utiliser que les médicaments essentiels? Avons-nous géré pour optimiser l'accès aux médecins en hiérarchisant les soins?

S'inspirer de l'exemple des autres

Pouvons-nous gérer autrement? Évoquons ici trois exemples de gestion : le Veteran Health Administration (VHA) aux États-Unis, le Kaiser Permanente en Californie et le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni. Ces trois approches ont chacune cherché à gérer les trois principales sources des coûts : les hospitalisations, les médecins et les médicaments. Tout d'abord en s'assurant que les médecins ne voient que les patients dont la condition le commande; ensuite, en cherchant à établir une adéquation entre le niveau de connaissances requises par un professionnel et le problème du patient; bref, en visant à associer le bon intervenant à la bonne situation. On a aussi travaillé en amont des médecins, en prévention, en impliquant d'autres types de professionnels formés sur mesure pour les tâches qui leur incomberaient.

On a dû implanter des systèmes d'information pour gérer de façon optimale. Le problème consistait à mesurer l'état de santé de la clientèle ou de la population, à orienter les personnes vers la bonne filière de traitement ou de suivi et à « monitorer » l'évolution de la situation, de la maladie ou des complications. Le principal enjeu économique pour des sociétés comme Kaiser Permanente est associé aux personnes atteintes de maladies chroniques. Afin de minimiser les coûts, celles-ci sont identifiées et prises en charge rapidement dans le but d'éviter l'hospitalisation, l'élément le plus coûteux du système.

La gestion de leurs patients par les médecins est suivie de près pour s'assurer d'une intervention optimale. Certes, on fait une utilisation plutôt libérale des médicaments, mais 85 % des produits utilisés sont des médicaments génériques.

Mettre les médecins dans le coup

L'hôpital, le CLSC et le CHSLD sont des organisations qui s'associent à des entrepreneurs (médecins) pour qui, cependant, tous les risques financiers sont assumés par l'État. Les systèmes de santé modernes qui ont réussi à limiter les coûts sont ceux où les médecins participent de façon très active dans l'organisation et la distribution des soins, en lien avec d'autres professionnels de la santé : ensemble, « *ils partagent le risque* ». Les médecins et les autres professionnels doivent être partie prenante et partager le risque. Dans le cas de Kaiser Permanente, par exemple, les pratiques des médecins sont évaluées et leur salaire est fonction de leur performance par rapport à la lourdeur de la clientèle et à l'atteinte d'objectifs de santé ou de performance.

Si l'on suit le raisonnement de gens du terrain, l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux⁴⁹, « *que ce soit pour éliminer les coûts évitables, accroître l'efficacité de notre traitement des maladies chroniques ou, plus généralement, assurer une production des services plus efficiente, toutes les stratégies envisagées ne pourront réussir que si elles mobilisent l'ensemble des acteurs concernés, gestionnaires tout autant que cliniciens.* » À cette fin, l'AQESSS préconise une nouvelle génération de mesures incitatives, dont des mesures pécuniaires, liées aux modes de pratique médicale ou de gestion. Elle cite l'exemple du Royaume-Uni qui « *indique clairement qu'il est possible d'encourager les médecins à adopter les pratiques éprouvées et à abandonner les pratiques moins efficaces en établissant des liens directs entre rémunération et modes de pratique* ».

Par ailleurs, tout le monde s'accorde pour dire que l'existence d'un secteur privé de soins viendrait grever de façon importante l'effectif médical du système public, déjà sous tension. Des études démontrent que le système privé plus lucratif est susceptible d'exercer un effet d'attraction important sur les ressources humaines (médecins, infirmières, etc.)⁵⁰.

Stabiliser l'effectif infirmier

Autre exemple de la nécessité d'une gestion différente à l'intérieur du système : le besoin de stabiliser les effectifs infirmiers.⁵¹ Les conditions de travail, et notamment la précarité d'emploi découlant du temps partiel sont identifiées parmi les grands enjeux de la profession infirmière au Québec, au même titre que la cohésion des effectifs, le recrutement, la qualification du travail infirmier et la motivation⁵².

La montée de l'emploi à temps partiel au sein de la profession infirmière est un phénomène croissant depuis l'instauration du système public de santé au Québec. Selon des données de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, on constate en effet que la proportion d'infirmières à temps partiel régulier ou occasionnel est passée de 20 % des effectifs en 1971 à 60 % en 1990. La situation est restée problématique durant la décennie suivante. Au cours de cette période, les compressions budgétaires ont amené l'élimination de postes en soins infirmiers dans les établissements de santé, tandis que d'autres postes permanents étaient convertis en temps partiel ou occasionnel. En 1997, seulement 40 % des infirmières occupaient un emploi régulier à temps complet, alors que 35 % avaient un emploi régulier à temps partiel et que 25 % étaient des occasionnelles.

⁴⁹ AQESSS, *Question de fonds/Questions de fond*, Notes pour la rencontre avec le Groupe de travail sur le financement du système de santé, version du 28 août 2007.

⁵⁰ Voir Rosenthal M.M. (1992). Growth of private medicine in Sweden : the new diversity and the new challenge. *Health Policy*, 21(2): 155-66; Wright C.J. (1998). *Waiting Lists in Canada and the Potential Effects of Private Access to Health Care Services*, Vancouver, Vancouver Hospital and Health Sciences Centre, 28 p. – études citées par N.Thériault dans sa note de travail.

⁵¹ Cette sous-section emprunte largement à une note de travail rédigée par Dr Jean-Pierre Trépanier, M.D., M.Sc. (jean-pierre.trepanier.1@ulaval.ca), résident 5 en santé communautaire, *La précarité des effectifs infirmiers*, 9 octobre 2007, 3 p.

⁵² Dallaire et al., *La profession infirmière au Québec : des enjeux majeurs qui persistent*, in Lemieux et al., *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Québec, PUL, 2003.

En revanche, à partir de 1998, le financement de la santé a commencé à se redresser, ce qui a contribué à ramener la création de nouveaux postes à temps plein. Les effectifs infirmiers au Québec de l'année 2003-2004 comprenaient 45 % de postes à temps plein, 34 % à temps partiel régulier et 21 % à temps partiel occasionnel⁵³.

Plusieurs études ont démontré qu'un certain nombre d'infirmières occupaient un poste à temps partiel par choix. Par ailleurs, d'autres recherches soulignent leurs motifs d'insatisfaction au travail.⁵⁴ Dans certaines régions du Québec, notamment à Montréal, on voit poindre une concurrence importante de la part du secteur privé, plus attrayant.⁵⁵ D'après une recherche effectuée au MSSS, « *des incitatifs au regard des conditions de travail demeurent incontournables afin de favoriser l'attrait de la profession infirmière, en lien avec l'attrition appréhendée des effectifs dans un contexte de déclin démographique.* »

Améliorer la pertinence et la qualité des soins

Au moment de l'étude du livre blanc *Garantir l'accès* en commission parlementaire, au printemps 2006, Damien Contandriopoulos, Régis Blais, Marie-Pascale Pomey, de l'Université de Montréal, ont présenté un mémoire⁵⁶ qui rappelle « *qu'en améliorant la pertinence et l'organisation des soins de santé, il est possible de réaliser des économies de ressources qui peuvent ensuite être réinvesties pour augmenter l'accès à des services efficaces et médicalement requis pour la population* ». Dans un échange privé avec les auteurs du mémoire, le ministre a invité les auteurs du mémoire à tenir un colloque⁵⁷ sur le sujet, qu'il a supporté et au cours duquel il est intervenu.

Les auteurs donnent des exemples de non-pertinence des soins, notamment en regard des opérations de la cataracte, qui seront ciblées par la loi 33. « *L'opération de la cataracte est l'intervention chirurgicale la plus courante au Canada. Il s'agit d'une intervention relativement simple qui se distingue par des listes d'attente importantes un peu partout au Canada. En 2001, une vaste étude sur les résultats cliniques de six types d'interventions chirurgicales menée à Vancouver⁵⁸ a montré que 26 % des patients opérés de la cataracte avaient une moins bonne vue après qu'avant l'intervention, selon*

⁵³ MSSS *Projections de la main-d'œuvre infirmière de 2004-2005 à 2019-2020*, Direction générale du personnel réseau et ministériel, Mars 2005.

⁵⁴ MSSS, *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec*, présenté au groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière par le sous-comité de la recherche, décembre 2003.

⁵⁵ Voir *Le Devoir*, 22 octobre 2007.

⁵⁶ Contandriopoulos D., Blais R., Pomey M.-P., *De la difficulté de remplir une baignoire qui fuit*, Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales, 23 mars 1906, voir site du RRSPQ, item Chaoulli, www.santepop.qc.ca

⁵⁷ Colloque Jean-Yves Rivard, *Listes d'attentes et pertinence des soins*, 16 novembre 2006, Université de Montréal.

⁵⁸ Wright, C. J., & Robens-Paradise, Y. (2001). *Evaluation of indications and outcomes in elective surgery*. Vancouver : RESIO Report. Wright, C. J., Chambers, G. K., Robens-Paradise, Y. (2002). Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery. *CMAJ*, 167 (5), 461-466.

l'index VF-14. » Les auteurs interprètent ces résultats selon l'hypothèse que les médecins opèrent des individus dont l'état clinique ne justifie pas une intervention. Entre autres, les auteurs notent que 31 % des patients opérés avaient une vue presque parfaite avant l'intervention. Or, aucune opération n'est totalement dénuée de risque et, dans le cas de l'extraction de la cataracte, on estime entre 2 % et 4 % le taux de complications sévères⁵⁹. Des données de cette étude suggèrent aussi que certains ophtalmologistes opèrent les deux yeux même en l'absence de signes cliniques le justifiant. D'autres exemples de non-pertinence sont donnés concernant l'arthroscopie du genou et la chirurgie des disques pour traiter les maux de dos.

Un chiffre est souvent cité, qui marque l'importance de la non-pertinence. Ce qu'un chercheur du MSSS, Yvon Brunelle, appelle « *le classique problème du 30 % d'actes médicaux qualifiés, par des pairs, d'inutiles, douteux ou nuisibles* »⁶⁰. Il mentionne aussi « *le non moins classique 300 % de variations entre territoires similaires* », que « *l'on retrouve dans tous les systèmes de soins* ».

Dans un texte encore inédit⁶¹, les auteurs rappellent qu'il existe trois niveaux possibles d'interventions de manière à favoriser la pertinence des soins : un premier niveau, celui de la clinique; un deuxième, à l'intérieur d'une organisation; et un troisième, appelé systémique, qui concerne « *les outils de gouverne et les incitatifs qui favorisent, à l'échelle de l'ensemble du système de santé, une prise en charge conforme aux critères de pertinence* »⁶². » Et ils illustrent par la suite comment « *le système sociosanitaire québécois est à tous les niveaux actuellement très mal outillé pour favoriser la pertinence.* »

« *Au niveau systémique, les ordres professionnels, les associations professionnelles et l'État sont censés procurer aux niveaux organisationnel et clinique les outils nécessaires pour assurer une pertinence optimale des soins. Par exemple, au Québec, il n'existe pas de lieux qui permettent d'édicter les recommandations professionnelles de manière consensuelle. On constate également l'absence des systèmes d'informations qui permettent de disposer d'un dossier médical informatisé pour faire le suivi des patients. (...) La formation médicale continue est aussi un domaine peu investi par les universités ou par d'autres partenaires du système de soins et est laissée principalement dans les mains de l'industrie pharmaceutique.* »

Au niveau organisationnel, ils notent qu'« *en l'absence d'outils permettant le suivi et de références de parcours optimal du patient dans le réseau de soins, ou encore d'incitatifs*

⁵⁹ Corey, R. P., & Olson, R. J. (1998). Surgical Outcomes of cataract extractions performed by residents using phacoemulsification. *Journal of Cataract Refraction Surgery* (24), 66-72.

⁶⁰ Brunelle Y., *Retour sur certains indicateurs comparés : du mieux, du pire et du plus troublant*, Colloque J.Y.Rivard, 16 novembre 2006.

⁶¹ Pomey M.-P., Contandriopoulos D., Blais R., *Quelles devraient être les réponses du système de santé québécois pour garantir les services appropriés?*, à paraître dans *Le privé dans la santé : un débat sans fin?*, PUM, 2008.

⁶² Davis H., Powell A. Rushmer R., Healthcare professionals' view on clinician engagement in quality improvement. A literature review, The Health foundation. 2007. On line at http://www.health.org.uk/publications/research_reports/clinician_engagement.html

financiers, les conditions favorisant la pertinence de la prise en charge demeurent inexistantes ». Sur le plan clinique, « *seule la formation initiale des professionnels de la santé est garante (...) de la pertinence des actes qui seront ensuite posés par les médecins. Il n'existe aucun incitatif permettant d'encourager l'évaluation des pratiques professionnelles et donc d'évaluer de manière régulière et routinière la pertinence des prises en charge. Le Collège des médecins s'intéresse en particulier aux pratiques déviantes, mais une politique globale permettant aux médecins de s'évaluer sur une base régulière n'a pas été instaurée.* »

Le champ demeure donc largement ouvert pour améliorer la pertinence des soins au Québec. De nouveaux mécanismes et de nouvelles politiques sont requis⁶³. Création d'un conseil de la qualité et de la sécurité des soins et services sociaux du Québec, à l'image du britannique National Institute for clinical excellence ou de la Haute Autorité de Santé en France? Rôle actif que pourrait jouer le nouveau commissaire à la santé et au bien-être? Plus de transparence de la part des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)? Améliorer la formation continue des médecins? Amener les médecins à réaliser l'évaluation de leur pratique par des incitations financières? Voilà autant de suggestions qui exigeraient un examen approfondi conduisant à des réformes concrètes.

Mieux réguler le développement des technologies

Le développement des technologies est invoqué de façon régulière comme un facteur exponentiel de croissance des coûts pour le système de soins. Ce thème revient comme un refrain, dans les rapports de commissions d'enquête, dans les médias. Et l'exigence semble s'imposer de soi d'offrir aux consommateurs la possibilité de défrayer privément l'accès à ces nouvelles technologies, étant donné que le système public ne pourra continuer à les offrir. On pense de plus en plus à l'accès aux technologies de la santé en opposant une logique individuelle (privée) à une logique collective (publique).⁶⁴

Les chercheuses Pascale Lehoux et Myriam Hivon⁶⁵ nous invitent à sortir de cette dichotomie, en pensant les nouvelles technologies de santé comme des biens hybrides, c'est-à-dire publics-privés, dont le développement est propulsé par les forces conjointes de l'État et de l'industrie. Après avoir souligné « *qu'une innovation peut émerger du secteur privé ou du secteur public, ou encore d'une alliance entre les deux secteurs - un phénomène qui gagne en importance à travers le monde* », les auteures observent que la recherche et développement (R&D) en santé au Canada, qui représente 23 % des

⁶³ Voir Pomey, M-P., Safyanik C., (accepté en janvier 2007), *L'évaluation externe de la qualité des soins et des services au Québec : Quels acteurs? Quelles leçons?*, dans *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*.

⁶⁴ Lehoux, P., *The problem of health technology : Policy implications for modern health care systems*, New York, Routledge, 2006; voir aussi une conférence de P. Lehoux, *Technology innovation in health care : Who's calling the shots?*, Université McMaster, Labelle Lecture, 4 octobre 2006.

⁶⁵ Lehoux P. et Hivon M., *Les nouvelles technologies en santé : un bien hybride?*, dans *Le privé dans la santé : un débat sans fin?* Montréal, PUM, 2008.

dépenses domestiques en R&D, est assumée à parts égales par le privé et l'enseignement supérieur public, et son principal lieu de performance est l'enseignement supérieur.

*« L'innovation technologique en santé est loin d'être une force exclusivement dominée par le secteur privé. Elle **naît** essentiellement d'intérêts personnels, de carrière ou commerciaux de scientifiques et d'ingénieurs du secteur privé et public, largement soutenus financièrement par le secteur public. Si le secteur privé tend à prendre une place importante dans le **développement et la commercialisation de l'innovation**, il n'en est pas moins étroitement contrôlé par le secteur public et ses agences de régulation. De plus, ce développement ne pourrait se faire sans la collaboration de chercheurs et professionnels du secteur public, notamment pour la recherche clinique. L'étape de **diffusion de l'innovation** se caractérise par un ensemble de négociations impliquant les deux secteurs. Encore ici, même si le secteur privé a tout avantage à ce que l'innovation soit diffusée largement et rapidement, les pratiques de commercialisation dépendent, dans une large mesure, des stratégies d'adoption des systèmes de soins. L'interdépendance entre les secteurs privé et public s'avère donc beaucoup plus grande que les chercheurs en santé et le public semblent le reconnaître. »*

« Si le débat public-privé perdure, c'est que l'on connaît mal les logiques intrinsèques aux deux secteurs et leurs manières de s'interpénétrer et de s'influencer réciproquement. Leurs logiques se ressemblent pourtant puisqu'elles renforcent globalement la fuite en avant technologique. La majorité d'entre nous, citoyens, patients, professionnels de la santé ou chercheurs, sommes ignorants de l'origine des innovations et des processus qui soutiennent son développement. Or, à y regarder de près, on réalise que le secteur public (via sa branche R&D et commerce, mais aussi ses centres hospitaliers universitaires) est motivé par les mêmes forces économiques que le secteur privé. À l'échelle internationale, politiquement et économiquement, les gouvernements désirent demeurer compétitifs. La prospérité économique est l'objectif à atteindre, une fin en soi, et encourager le développement de l'industrie devient une stratégie incontournable et peu questionnée. Ce développement se fait entre autres par la formation de chercheurs, le financement de la recherche et par des politiques d'appui aux activités industrielles et commerciales. Le secteur public est donc tout aussi responsable que le secteur privé de mettre sur le marché des innovations dont les impacts sanitaires et sociaux et l'efficience s'avèrent (parfois) controversés. »

Une régulation forte est nécessaire. Et le fait d'appréhender les innovations comme étant plus accessibles si le privé avait plus de place repose sur une fausseté. *« Nous jugeons manipulateur le discours qui déclare qu'un système de soins **public** ne pourra plus se payer les innovations. Ce discours laisse supposer que dans un système de soins privé le consommateur y aurait accès. Or, les systèmes de soins privés ne sont aucunement à l'abri de la nature inflationniste de l'innovation et exercent autant sinon plus de contrôle sur les coûts de production des soins. »*

En marquant ainsi la nécessité d'une régulation en amont – par un nouvel organisme ou par un organisme existant – des politiques et stratégies, publiques et privées, qui conduisent au développement des technologies en santé, nous illustrons comment la

pression sur le système public et la polarisation publique-privée peuvent trouver réponse ailleurs que dans les termes habituels du débat actuel. Encore faut-il vouloir trouver ces réponses et se donner les moyens collectifs d'obtenir les éclairages nécessaires et de faire les débats publics utiles.

À l'égard d'un secteur de recherche fondamentale et de haute technologie, celui de la génétique, le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) a déjà présenté un Avis⁶⁶ au ministre de la Santé et des Services sociaux, dans lequel il analyse en profondeur des enjeux éthiques que ce domaine scientifique soulève et argumente de la nécessité d'une véritable régulation sociale de ces enjeux. À cette fin, il proposait notamment « *de mettre en place une instance nationale, qui pourrait prendre la forme d'un comité d'éthique, dont le mandat serait d'observer les développements dans le domaine de la santé et du bien-être, de mener des consultations publiques, de contribuer à l'éducation de la population, de favoriser les débats, d'éclairer les choix sociaux et de proposer, au besoin, des orientations visant à combler les déficits observés et à bien gérer les enjeux en cause.* » Le Conseil soulignait l'importance de situer cette instance à « *distance critique du gouvernement, des différents ministères, des organismes de financement de la recherche, du milieu de la recherche* ». Cet exemple de la génétique est donné ici pour souligner l'importance de se doter d'espaces et de mécanismes de débat public qui pourraient se confronter aux grands enjeux du développement des technologies de pointe, la génétique en étant une parmi d'autres.

Compléter l'architecture du système de services

L'enjeu du vieillissement de la population occupe le devant de la scène dans le débat sur la privatisation. Nous avons souligné, plus haut, que le vieillissement de la population est souvent présenté, à tort, comme une catastrophe appréhendée pour le réseau. Une intensification de la recherche et de nouvelles pratiques doivent être développées pour améliorer les services à domicile et les pratiques pour les malades chroniques. Ce mouvement est amorcé. Ainsi, au Québec, une expérience novatrice a été réalisée : le projet SIPA (Services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie). Selon une étude de François Béland,⁶⁷ « *la proportion de personnes hospitalisées en attente de placement d'hébergement était deux fois moins grande chez les participants du groupe SIPA (que dans celle du groupe témoin). Le SIPA a réduit de façon marquée les coûts des hospitalisations et de l'hébergement permanent des personnes avec plusieurs maladies chroniques, plusieurs incapacités et celles vivant seules. Malgré les limites de notre étude, les résultats démontrent qu'il est possible d'attendre des systèmes intégrés de services pour les personnes âgées fragiles, une diminution de l'utilisation des services hospitaliers et de l'hébergement sans augmentation des coûts globaux des services de santé, sans diminution de la qualité des soins et sans augmentation du fardeau des personnes âgées et de leurs proches.* »

⁶⁶ Conseil de la santé et du bien-être, *La santé et le bien-être à l'ère de l'information génétique : enjeux individuels et sociaux à gérer*, Québec, 2001.

⁶⁷ Résumée dans *Zoom DASUM*, juin 2007, voir <http://www.mdas.umontreal.ca/pdf/zoomspecial2007/pdf>

Il faut supporter et multiplier ce type d'expérimentation pour arriver à des changements majeurs dans le système public. Par ailleurs, une réflexion est à faire en vue de compléter l'architecture du système de soins. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'un tel souhait est formulé. En 1984, T.C. Douglas, le premier architecte du système public, faisait remarquer que la législation qui a créé le Medicare en Saskatchewan en 1961 avait permis de franchir un premier pas, en « *enlevant la barrière financière entre ceux qui ont besoin des soins de santé et ceux qui les offrent* »⁶⁸. Reste à franchir un deuxième pas, qui est « *d'établir un nouveau type de distribution de soins de santé* », qui inclut des soins communautaires, la médecine préventive, et des manières différentes de payer les médecins. Au Québec, cet élargissement de l'architecture du système a été amorcé par la mise en place de l'assurance médicament en 1996 – un exemple que la Commission Romanow a suggéré d'étendre à tout le Canada en 2002. Il faut aller plus loin. Le vieillissement de la population pose d'importants défis en matière de soins chroniques, d'accès aux médicaments, de soins à domicile. L'idée d'une assurance autonomie a été avancée; elle vise à engranger les fonds pour des traitements futurs, de façon à ne pas rendre plus onéreux le fardeau d'une population active plus restreinte. Mais on pourrait aussi penser à une assurance dépendance pour les soins aux personnes âgées qui couvre la gamme des soins nécessaires, du domicile à l'hébergement et aux soins palliatifs et qui soit intégrée à un régime unique d'assurance santé, avec l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie, en vue de bénéficier des avantages d'efficacité d'un assureur unique. Il faut prévoir l'avenir en changeant le présent.

Se doter d'une véritable politique de la santé et du bien-être

Tout système à besoin de partager des finalités, afin de faire converger les énergies, faciliter la décision, éviter l'accentuation des conflits, mieux mesurer ses résultats et pouvoir rendre compte à ses actionnaires. Déjà, la Commission Castonguay avait recommandé l'élaboration d'une politique de santé et de bien-être, une recommandation que la Commission Rochon a réaffirmée en 1988. En 1992, le gouvernement rendait publique sa Politique de santé et de bien-être, articulée autour de dix-neuf objectifs et six stratégies.

Elle stipulait aussi qu'une évaluation de son application devait être réalisée après dix ans. Nous disposons de deux évaluations de cette politique : l'une réalisée par le Conseil de la santé et du bien-être en mai 2002⁶⁹, et l'autre conduite par le Ministère dans le cadre de son projet (inabouti) de renouvellement de la Politique⁷⁰. Pour le Conseil, « *la Politique a eu une influence certaine, mais toute relative, dans la planification exercée par les régies*

⁶⁸ Douglas, TC, *We must go forward, Medicare : The Decisive Year*, L.Soderstrom, ed., Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa, 1984, cité par Evans et Barer, *op. cit.*, p. 9.

⁶⁹ Conseil de la santé et du bien-être, *Avis pour une stratégie du Québec en santé, Décider et agir*, Québec, 2002.

⁷⁰ Dunnigan, L., et Bégin P. (2003) *La Politique de la santé et du bien-être : Une évaluation de sa mise en oeuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, résumé paru dans *Coup d'oeil sur la recherche et l'évaluation*, no 21, novembre 2003.

régionales. Au central, cette influence fut quasi inexistante. » L'évaluation ministérielle, de son côté, est plus négative : « le processus formel de mise en oeuvre de la Politique a pris fin environ trois ans après son adoption; (...) la Politique n'a pas été suffisamment intégrée et mise en évidence dans les orientations du Ministère et dans ses interventions auprès du réseau; dans l'ensemble, ses priorités n'ont pas orienté les décisions de réallocation et les développements budgétaires; (...) la multiplication des cadres de référence qui sont venus se superposer à la Politique (...) l'ont renvoyée à l'arrière-plan; (...) le manque d'engagement du Ministère en ce qui concerne la promotion et le suivi de la Politique auprès du réseau; le manque de leadership exercé par le Ministère pour obtenir l'adhésion des partenaires nationaux et l'absence d'un engagement formel du gouvernement pour soutenir les collaborations avec les partenaires des autres secteurs ».

Dans un autre avis⁷¹, le Conseil réfère à des expériences européennes de mise en place de politiques intersectorielles de santé et de bien-être. Selon une étude l'OMS⁷², on observe que « le focus n'a pas bougé suffisamment des soins de santé vers les déterminants plus larges de santé comme les conditions sociétales et environnementales si cruciales pour s'attaquer aux iniquités en santé ». L'étude conclut : « les pays devront faire un virage plus important vers l'action intersectorielle pour la santé, de manière à ce que la santé soit vue comme une partie intégrante du développement socioéconomique. (...) Ce n'est plus suffisant d'essayer de placer la santé sur l'agenda des autres secteurs; il doit aussi y avoir un effort du secteur de la santé à contribuer à la réalisation d'objectifs des autres secteurs, en se fondant sur des objectifs communs ou convergents. » Au Canada, le point de vue de Michael Rachlis⁷³ va dans la même direction : « Des finalités gouvernementales d'ensemble qui sont centrées sur la qualité de la vie ou le bien-être ont plus de probabilité d'encourager l'action intersectorielle que si elles sont présentées (labelled) comme des objectifs de "santé". »

Pour obtenir la légitimité nécessaire à une mobilisation large sur la santé ou sur des finalités qui l'englobent, comme le rapporte l'étude de l'OMS, plusieurs pays ont eu recours à l'intervention des parlements. Il serait important que le Québec s'inspire de l'expérience des autres dans ce domaine où l'action intersectorielle pour la santé et le bien-être exige réalisme et audace.

⁷¹ Conseil de la santé et du bien-être, *L'analyse des impacts des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être*, Québec, 2004.

⁷² Ritsatakis, A., Barnes R., Dekker E., Harrington P., Kokko S., Makara P., *Exploring health policy development in Europe*, WHO Regional Publications, European Series, No. 86, World Health Organization, Copenhagen, 2000.

⁷³ Rachlis, M., *A paper prepared for a workshop on Intersectoral Action and Health : sponsored by Health Canada (Alberta and NWT) with Alberta Health and Alberta Community Development*, Toronto, 1999, 23 p.

Conclusion et recommandations

En guise de conclusion, nous formulons deux messages synthèses, qui sont au cœur de nos préoccupations, et plusieurs recommandations en vue de renouveler et moderniser le système public de services.

➤ *Porter attention au besoin de stabilité du système*

Nous avons mentionné, à quelques reprises, le risque que comporte, pour le système, la cumulation des réformes, la suivante venant réduire l'énergie pour la réalisation de la précédente et accroître le risque de démobilité, quand elles se succèdent trop rapidement. Ainsi, J.F. Lévesque et al. ont observé comment la mise en place des GMF a pu être ralentie par la réforme subséquente de fusion des établissements et de création des réseaux locaux entreprise en 2003. À l'inverse, pour l'ADGSSSQ, cette réforme sera dérangée par la mise en place des dispositions de la loi 33. La création de centres médicaux spécialisés, dont l'administration est confiée au secteur privé est contreproductif à l'atteinte des objectifs d'intégration des services.

Nous avons mentionné, à la suite de Raynald Pineault *et al.*, que la mise en place des groupes de médecine familiale (GMF) constituait la première forme de régulation publique des cliniques privées. Quant à l'objectif de création des réseaux locaux de services, ces auteurs le qualifiaient de « projet virtuel ». C'est dire la difficulté que représente l'intégration du privé au public dans l'organisation des services. Une fois qu'une nouvelle dynamique est inscrite dans le système, il est difficile de la corriger.

➤ *Inviter les médecins à « partager le risque »*

En invitant les médecins à « partager le risque », nous soulignons le fait que leur statut d'entrepreneur privé les a maintenus à la marge du système public, situation que les efforts de réforme depuis 40 ans cherchent à corriger. Des pas dans la bonne direction sont faits depuis peu. Ce serait aller dans un sens contraire que d'accroître la possibilité pour les médecins de mettre sur pied des organisations qui se tiennent à l'extérieur ou à la périphérie du système. Partager le risque, c'est s'associer avec le capital public pour construire un système intégré.

Recommandations

Bien que l'objet principal du mandat du Groupe de travail porte sur le financement, il fournit aussi l'occasion à ses membres et à ceux qui se présentent devant lui de proposer des pistes de solutions tournées vers l'avenir, auxquelles le gouvernement pourra donner suite. Dans la réflexion que mène le Groupe de travail, il ne peut manquer de saisir le lien qui le relie aux contestations judiciaires qui ont conduit au jugement Chaouli de la Cour suprême. La judiciarisation des politiques de santé constitue le signal que le processus

normal d'adaptation ne fonctionne pas suffisamment bien⁷⁴. Nous avons suggéré plusieurs pistes d'adaptation et de renouvellement pour le système. Nous souhaitons intensément que le Groupe de travail les examine, en incorpore certaines dans son rapport, et invite le gouvernement et le système à pousser plus loin leur examen, pour aboutir à ces changements nécessaires qui vont réduire la pression sur le système et le rendre encore plus apte à fournir les services de qualité dont la population a besoin. En conséquence, nous formulons sous forme de recommandations les pistes de solutions que nous avons examinées :

➤ ***Pour finir ce que l'on a commencé :***

- ✓ Être sensible au fait que le système a entrepris une réforme organisationnelle majeure qui doit avoir la priorité sur les autres réformes;
- ✓ Proposer un modèle de système performant ayant les caractéristiques suivantes : qui repose sur une assurance unique pour l'ensemble des coûts, implique les médecins dans l'organisation des services, mise sur le travail d'équipes multidisciplinaires, développe des systèmes d'information clinique (dossier patient informatisé) et administratif qui permettent tout à la fois l'échange d'information entre les partenaires et une gestion efficiente et efficace du système de services, intervient en amont des problèmes (première ligne performante qui mise sur la prévention, politiques publiques favorables à la santé, auto-soins).

➤ ***Pour réussir la réforme de la première ligne :***

- ✓ Reconnaître l'importance du parachèvement de la réforme de la première ligne et de la nécessité de la participation des cliniques médicales privées à la mise en place des réseaux locaux de services.

➤ ***Pour gérer autrement le système***

- ✓ Suggérer des mesures qui visent à faire « partager le risque » par les médecins et à les associer davantage, dans un esprit de partenariat, à la gestion du système;
- ✓ Accentuer les mesures de stabilisation des effectifs infirmiers dans le système public, car ils en constituent un facteur de stabilisation incontournable.

➤ ***Pour améliorer la pertinence et la qualité des soins :***

- ✓ Accorder une place encore plus importante à l'enjeu de l'amélioration de la pertinence des soins, en vue de réduire les coûts et la pression sur le système

⁷⁴ Voir Manfredi C., Maïoni A., *Les litiges fondés sur les droits et l'émergence du rôle des tribunaux dans l'élaboration des politiques en matière de santé*, dans *Ruptures*, 2006, vol. 11, no. 1.

public de soins, et accentuer l'importance et les moyens mis à la disposition des mécanismes et politiques visant cette amélioration;

- ✓ Recommander fortement le développement des moyens et stratégies pour actualiser la triade essentielle que constituent l'informatisation, l'évaluation et la rétroaction.

➤ ***Pour mieux réguler le développement des technologies :***

- ✓ Porter une attention particulière à l'impact des nouvelles technologies de santé sur le système de services et inviter à renforcer leur régulation, soit en proposant de créer un organisme nouveau ou en favorisant une plus grande collaboration entre des organismes existants comme l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, le Commissaire à la santé et au bien-être, l'Institut national de santé publique et le Conseil du médicament, en vue de créer une masse critique de chercheurs pour prendre en charge cette régulation.

➤ ***Pour compléter l'architecture du système :***

- ✓ Recommander le développement de pratiques innovatrices pour la prise en charge des maladies chroniques et les soins à donner aux personnes âgées en perte d'autonomie;
- ✓ Recommander la création d'un groupe de travail pour analyser les conditions de faisabilité d'un régime unique d'assurance, qui, en plus des régimes existants (assurance hospitalisation, assurance maladie, assurance médicaments), comprendrait de nouvelles mesures d'assurance pour les besoins des personnes en situation de dépendance.

➤ ***Pour se doter d'une véritable politique de la santé et du bien-être :***

- ✓ Inciter fortement le gouvernement à se doter d'une nouvelle politique de santé et de bien-être qui inclurait, selon la recommandation du CSBE, « *quatre types d'objectifs portant sur : la réduction de problèmes de santé et de bien-être; la réduction des écarts; l'amélioration des déterminants sociaux de la santé et du bien-être; l'amélioration du système de services (son organisation, la qualité des services, les pratiques professionnelles et l'allocation des ressources)* ».
- ✓ S'inspirer des expériences d'autres pays qui ont vécu la difficulté de se doter d'une politique de santé et de bien-être qui fasse consensus parmi les divers acteurs sociaux et au sein de l'ensemble de l'appareil d'État et qui ont pris d'audacieuses mesures en conséquence.