



SOURCE NEWSCOM

L'arrêt Chaoulli : un signal d'alarme

Quelles sont les options du Québec?

Jugement de la Cour suprême
Pages 2 et 3

Qui décide?
Pages 4 et 5

Des faits et des craintes
Page 6

Cohabitation public-privé
Pages 7 et 8

L'arrêt Chaoulli a sonné l'alarme. Le système de santé, tel qu'on le connaît aujourd'hui, doit changer. Si l'on applique le jugement, en respectant ce qu'il dit, il deviendra possible de prendre une assurance privée pour les services médicaux et hospitaliers dispensés par des médecins ne participant pas au régime public d'assurance maladie. Comment en est-on arrivé là? Que faut-il pour continuer à satisfaire les attentes de toute la population du Québec?

Car, en fait, ce jugement pose au système public, universel, gratuit que l'on connaît, une question grave: que faut-il pour continuer à satisfaire les attentes de toute la population du Québec?

Des chercheurs de différentes universités du Québec, regroupés par le Réseau de recherche en santé des populations (RRSPQ), partagent ici leurs connaissances pour aider à trouver des réponses à ces questions. Ce cahier spécial est un instrument de travail. Il a pour ambition de proposer une réflexion qui prépare au débat soulevé par le gouvernement québécois sur les suites à donner au jugement.

À cette fin, vous êtes cordialement invités à un colloque qui se tiendra la semaine prochaine, les 24 et 25 février — colloque organisé en collaboration avec l'Institut du Nouveau Monde. On s'inscrit sur le site de l'INM (www.inm.org) ou sur place. Consultez la publicité à la dernière page du cahier. Pour approfondir les questions soulevées dans ce cahier et lors du colloque, les lecteurs sont invités à lire les dossiers plus complets que l'on trouve dans le site du RRSPQ (www.santepop.qc.ca/chaoulli).

Depuis quelque temps, une opinion s'est répandue dans l'espace public: le système public est inefficace et inapte à

répondre aux attentes des citoyens; en conséquence, le recours au privé s'impose. La Cour suprême a servi de relais à cette opinion. On peut en être surpris et avoir l'impression que le scepticisme ambiant a franchi les frontières du plus haut tribunal du pays. Une tâche maintenant s'impose: mener un débat démocratique et prendre les décisions nécessaires —



Notre système de santé a besoin d'une réforme profonde

qui doivent être à la hauteur de la revendication dont le jugement s'est fait l'écho. La réponse au jugement Chaoulli relève du choix politique. Celui-ci ne doit pas reposer sur des préjugés et la rumeur publique, mais s'appuyer sur des faits, des analyses et des recherches crédibles.

Les chercheurs vous invitent d'abord à prendre la mesure de l'arrêt Chaoulli. Les juges n'ont pas dit n'importe quoi. Ils n'ont pas ouvert le système de santé tout grand à l'assurance privée — ce que d'aucuns aimeraient lui faire dire. Il est vrai toutefois que cet arrêt s'inscrit dans une tendance à la hausse du recours aux tribunaux pour contester des politiques publiques. Qui décide alors?

Les juges ou l'État? Et qu'en pensent les citoyens? L'opinion publique est volatile et contradictoire en apparence. Mais les sondages sont-ils fiables? Pour qu'une opinion soit valable, elle doit être formulée au terme d'un processus de délibération. Surtout que les critiques faites au système public sur l'accessibilité aux soins et les craintes exprimées quant à la capacité de l'État de payer pour des coûts de santé à la hausse dans l'avenir ne sont pas toujours bien fondées, ce que montre encore une fois la connaissance scientifique. Les comparaisons internationales incitent d'ailleurs à la prudence: le recours aux assurances privées dans

d'autres pays de l'OCDE ont certes un effet positif pour ceux qui ont les moyens de s'en prévaloir, les riches. Mais elles créent des distorsions majeures pour le système public, qui continue de traiter des cas lourds et voit les ressources humaines le fuir pour se mettre au service du secteur privé tandis que les délais d'attente restent élevés. Le recours au privé conduit, selon ce que nous dit la recherche à l'échelle mondiale, à un système à deux vitesses qui coûterait plus cher à tout le monde.

Au total, les chercheurs font ressortir la complexité des enjeux et le fait que l'avenir du système n'est pas pré-déterminé par la simple rumeur publique. Quant au jugement, il faut le lire «comme une longue lettre de plainte», selon l'expression empruntée à un professionnel du MSSS — plainte formulée par des usagers... plus puissants que leurs pairs. Une telle plainte appelle une réponse qui ne peut être évitée: le système a besoin d'une réforme profonde, associant de bonnes et efficaces décisions des deux ordres de gouvernement, et une mobilisation du réseau et de la société tout entière, pour se surpasser.

LIONEL ROBERT
Coordonnateur, groupe du RRSPQ sur l'assurance privée

D^r GILLES PARADIS
Directeur scientifique, RRSPQ



Réseau de recherche en santé des populations du Québec

JUGEMENT DE LA COUR SUPRÊME

Réformer vaut mieux que privatiser

Le droit à une vie en santé est la base du modèle démocratique qui régit les sociétés québécoise et canadienne

Au Canada, comme dans tous les pays développés, l'action combinée du développement des technologies, des connaissances sur la vie, de la mondialisation, de l'évolution démographique et de l'apparition de nouvelles maladies exerce des pressions considérables sur le système de santé, qui répond de moins en moins bien aux attentes de la population. Cette tension se manifeste par le désarroi de la population à l'égard du système de santé et elle oblige à repenser des notions fondamentales comme le droit à la santé, la sécurité et la justice.

André-Pierre Contandriopoulos

Le jugement de la Cour suprême du Canada (*Chaoulli c. Québec*) oblige à réfléchir sur le rôle de l'État dans le domaine de la santé. En effet, pour rester fidèle aux valeurs des populations et préserver les fondements mêmes de sa légitimité, l'État doit infléchir la trajectoire actuelle du système de santé. Sa réforme relève d'une véritable prise de responsabilité collective, car il ne s'agit ni d'une institution parmi d'autres ni d'une industrie dont l'État pourrait se désintéresser.

La création des régimes publics d'assurance maladie qui ont suivi la fin de la Seconde Guerre mondiale dans tous les pays développés constitue la contrepartie visible de l'apparition d'un droit fondamental nouveau pour la personne : non plus seulement le droit à la vie, qui est apparu au XVIII^e siècle, mais le droit à la vie en santé. Ce droit de vivre en santé a pour corollaire le droit des personnes malades à être soignées. Il oblige l'État à assumer de nouvelles responsabilités et il est porteur d'immenses espoirs pour la population.

Des gouvernements coincés

Cependant, malgré leur importance, les systèmes de santé se mettent, immédiatement après la mise en place des régimes publics d'assurance maladie, à évoluer sur une trajectoire qui inquiète les responsables des politiques de santé. Deux phénomènes imprévus apparaissent. Tout d'abord, le rythme d'évolution

de la santé de la population semble peu affecté par les régimes d'assurance maladie, et les disparités de santé entre les différents groupes de la société ne se réduisent pas. Ensuite, le pouvoir de régulation de l'État sur l'évolution du système de santé est très faible.

D'un côté, l'interaction entre le vieillissement de la population et le développement des connaissances et des techniques entraîne un élargissement continu du domaine d'intervention de la médecine et des attentes de la population. D'un autre côté, la mondialisation et les exigences de la compétition internationale poussent les gouvernements à diminuer les impôts et à contrôler fermement les coûts du système de santé.

Les gouvernements sont ainsi placés dans une position très difficile. D'une part, ils doivent réduire leurs dépenses pour équilibrer leurs budgets, faute de quoi leur dépendance envers les marchés financiers les empêchera de conserver une autonomie suffisante pour gouverner de façon démocratique et maintenir leur position concurrentielle dans le monde. D'autre part, les coupures dans les programmes sociaux remettent en cause les bases mêmes sur lesquelles repose leur légitimité et donc leur capacité à mettre en œuvre la rationalisation que commande la logique économique.

Dans la mesure où il n'y a pas de sortie à cette option alternative, il n'y a pas d'autres solutions que d'adopter la rhétorique de la réforme : affirmer haut et fort qu'il est possible de faire plus et mieux avec moins ! C'est ce que font, depuis plus de 30 ans, tous les gouvernements, toutes les commissions d'enquête, tous les groupes de travail qui ont réfléchi sur le système de santé et son avenir.

L'arrêt Chaoulli sonne la fin de la récréation

Le jugement de la Cour suprême indique que cette stratégie a atteint ses limites. Soit les gouvernements laissent le système de soins dériver et abandonnent peu à peu les valeurs sur lesquelles repose leur légitimité, soit ils entreprennent rapidement et vigoureusement une réforme en profondeur de l'organisation de leur système de soins.

La première option, «laisser dériver»,

est la plus facile à court terme. Il suffit de parler de réformes et de laisser jouer les forces qui orientent le système de soins. Au Québec et au Canada, on verra s'amplifier à court terme les tendances qui se manifestent déjà.

Ainsi, pour compenser les coupures budgétaires, les établissements et les professionnels, encouragés par les assureurs et une partie du monde des affaires, exigeront, avec l'accord tacite de la population, craintive de ne plus avoir accès rapidement à des services de qualité, des paiements complémentaires privés pour leurs services.

Cette privatisation du financement, qui a déjà commencé, est difficile à arrêter. Elle correspond aux intérêts immédiats de plusieurs groupes puissants dans la société. Elle rassure les personnes qui travaillent dans le système de santé, dont les emplois et les revenus sont menacés par les coupures dans le financement public ; elle permet aux plus fortunés d'avoir un accès prioritaire aux services ; et, finalement, elle ouvre aux assureurs de nouveaux marchés lucratifs. Le jugement Chaoulli ouvre la voie à ce genre de scénario.

Privatiser : le modèle américain s'impose

Quand les dépenses privées dépasseront un seuil (qui ne devrait pas être loin de la situation actuelle au Québec), il ne sera plus possible pour l'État de garantir à toute la population un accès acceptable à des soins de qualité dans le régime public. Le gouvernement fédéral sera incapable de faire respecter les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé. Les assureurs offriront — à ceux qui peuvent les payer — des assurances privées pour les services médicaux et hospitaliers, et les professionnels seront de plus en plus nombreux à travailler dans le système privé.

A partir de ce moment, notre système de santé, fondé sur l'équité d'accès aux soins et la solidarité, aura disparu. Sur le continent nord-américain, compte tenu du poids des États-Unis, des traités de libre-échange et de la puissance des groupes qui dirigent les systèmes technico-économiques, le modèle qui s'imposera est celui des États-Unis. Contrairement à ce qui se passe dans l'espace économique et social européen, il est difficile



L'interaction entre le vieillissement de la population et le développement des connaissances et des techniques entraîne un élargissement continu du domaine d'intervention de la médecine et des attentes de la population.

Source : Archives Le Devoir

d'imaginer qu'il puisse exister sur le continent nord-américain beaucoup de diversité sur la façon d'organiser un système d'assurance maladie.

Dès lors, une des plus importantes institutions qui différencie le Québec et le Canada des États-Unis aura disparu. Les valeurs collectives de la société canadienne rejoindront celles de nos voisins du sud.

Réformer : difficile mais essentiel

La deuxième option, «réformer le système de soins», bien que logique, est beaucoup plus difficile à mettre en œuvre. Les transformations qu'elle requiert impliquent que naisse une dynamique de changement qui, de façon itérative, permette une réorganisation des structures du système et des changements dans les pratiques des acteurs.

L'enjeu de la transformation n'est pas l'élimination des structures existantes pour en reconstruire d'autres aussi contraignantes, mais bien la mise en place de modalités de régulation souples et adaptatives. Il faut que ces modalités favorisent en permanence les processus d'apprentissage, qu'elles encouragent les acteurs à innover, qu'elles valorisent non pas les contrôles punitifs, mais bien les prises de responsabilités et l'obligation de

rendre des comptes publiquement, et qu'elles favorisent les débats par une utilisation systématique des nouvelles technologies de l'information.

Le processus de changement à mettre en œuvre pour réussir à réformer un système aussi complexe et aussi imbriqué dans la réalité symbolique et matérielle de la société que le système de soins ne peut être, lui-même, qu'un processus complexe qui nécessitera la mobilisation de ce que l'on pourrait appeler une stratégie paradoxale du changement.

Ce projet de réforme, on le conçoit immédiatement, ne peut se limiter à une réforme du système de santé. Il affectera, en fait, la société tout entière, il pourrait devenir le grand chantier de la réforme de la démocratie en montrant que les politiques publiques ont une véritable capacité de transformer les grandes institutions de la société pour répondre aux attentes de la population. Il serait la réponse la plus responsable que le gouvernement du Québec pourrait donner aux questions que soulève le jugement Chaoulli.

André-Pierre Contandriopoulos est professeur titulaire au département d'administration de la santé et membre du GRIS de l'Université de Montréal.

AGENTE DE RELATIONS HUMAINES
ARCHIVISTE MÉDICALE
AUDIOLOGISTE
DIÉTÉTISTE
ERGOTHÉRAPEUTE
HYGIÉNISTE DENTAIRE
ORTHOPHONISTE
PHYSIOTHÉRAPEUTE
PSYCHOÉDUCATRICE
PSYCHOLOGUE
TECHNICIEN EN GÉNIE BIOMÉDICAL
TECHNICIENNE DE LABORATOIRE MÉDICAL
TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE
TECHNICIENNE EN ÉDUCATION SPÉCIALISÉE
TECHNICIENNE EN ÉLECTROPHYSIOLOGIE MÉDICALE
TECHNICIENNE EN TRAVAIL SOCIAL
TECHNOLOGUE EN RADIOLOGIE
THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE
TRAVAILLEUSE SOCIALE



«J'assure un service de qualité à la clientèle du réseau. Privatiser, n'ajoutera pas de ressources pour diminuer les listes d'attente.»

C'est de la relève dont il faut parler.

www.aptsg.com

APTS

Alliance du personnel
professionnel et technique
de la santé et des services sociaux



L'AFFAIRE CHAULLI: UN SIGNAL D'ALARME

JUGEMENT DE LA COUR SUPRÊME

RÉFORMER VAUT MIEUX QUE PRIVATISER

Page 2

IL NE FAUT PAS FAIRE DIRE AU JUGEMENT LE CONTRAIRE DE CE QU'IL DIT

Page 3

QUI DÉCIDE?

LES CITOYENS REFUSENT LA LOGIQUE MARCHANDE DANS LA SANTÉ

QUAND LES TRIBUNAUX SE MÊLENT DE POLITIQUE

Page 4

CE QUE DISENT LES SONDAGES

Page 5

DES FAITS ET DES CRAINTES

UN MAL SANS REMÈDE?

LE QUÉBEC POURRA FAIRE FACE AUX COÛTS DE SANTÉ

UN PROBLÈME POUR TOUS

Page 6

COHABITATION PUBLIC-PRIVÉ

ASSURANCE PRIVÉE RIME AVEC INÉGALITÉS

UN SYSTÈME À DEUX VITESSES QUI COÛTE PLUS CHER À TOUT LE MONDE

Page 7

LE MYTHE DE L'EXCEPTION CANADIENNE

Page 8

Ce cahier est une publication du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), 4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200, Montréal (Québec) H2J 3G8, téléphone: (514) 597-0606, télécopieur: (514) 597-1616, www.santepop.qc.ca. Le directeur scientifique du RRSPQ est le Dr Gilles Paradis. Coordination du cahier: Ljonel Robert; collaboration à l'édition: Michel Venne; Direction artistique: Christian Tiffet; mise en page: Étienne Lavallée; révision: Léo Guimont; directrice des ventes publicitaires: Nicole Calestagne; coordination pour Le Devoir: Normand Thériault.

JUGEMENT DE LA COUR SUPRÊME

Il ne faut pas faire dire au jugement le contraire de ce qu'il dit !

La conception d'un des plus importants programmes sociaux du Québec relève d'une décision d'abord politique

Les opinions exprimées sur la décision de la Cour suprême du Canada du 9 juin 2005 dans l'affaire Chaoulli sont multiples. La variété des points de vue exprimés librement traduit la diversité de la société québécoise et canadienne. Disposons-nous, par ailleurs, de la même liberté quant à l'interprétation de la décision ? Une réponse mieux circonscrite s'impose alors. On peut penser ce que l'on veut d'une décision, mais on ne peut lui faire dire n'importe quoi.

Marie-Claude Prémont

La Cour suprême du Canada jouit d'une autorité inscrite à notre droit constitutionnel. Faire dire n'importe quoi à une décision de la Cour suprême équivaut à la vider de son autorité et de son sens. Si une décision peut signifier tout et son contraire, elle ne veut plus rien dire.

Il est important tout d'abord d'extraire le sens de la décision Chaoulli. Les vœux qui s'expriment quant au rôle de l'assurance santé privée au Québec ne peuvent se vêtir de l'autorité de la Cour suprême, s'ils sont en parfaite contradiction avec le message clair de la majorité de la Cour.

Le dispositif majoritaire de la Cour suprême se résume ainsi. L'interdiction de l'assurance privée pour les médecins non participants au régime de financement public des soins de santé est incompatible avec les droits à la vie, à la sûreté et à l'intégrité, protégés par la Charte québécoise des droits et libertés, lorsque les pouvoirs publics soumettent les patients à des temps d'attente déraisonnables d'accès aux soins.

Ce dispositif est certes long et complexe, mais on ne peut faire l'économie d'aucune de ses parties sans le dénaturer. Il est intimement lié au type et aux circonstances du recours intenté. Chacun des éléments du dispositif est essentiel et est relié aux autres. On ne peut en retenir une partie et en rejeter une autre.

Par exemple, on ne peut soutenir que l'assurance privée est maintenant permise pour les services assurés par le régime public, et oublier que cette décision n'a été possible qu'en raison du constat de délais d'attente jugés déraisonnables pouvant mettre en péril les droits protégés.



La création de listes privées par les médecins qui œuvrent dans le système public viendrait saper tous les efforts entrepris pour rationaliser le processus de gestion des listes d'attente à l'intérieur du système public.

Source : Jacques Nadeau, Le Devoir

Le médecin doit choisir entre le financement public ou privé

De même, on ne peut réclamer l'introduction de l'assurance privée pour les soins hospitaliers et médicaux, et en même temps exiger l'abolition de l'interdiction de la pratique médicale mixte, c'est-à-dire la règle qui interdit au médecin d'être rémunéré à la fois par des fonds publics et privés. Cette position est en flagrante contradiction avec l'arrêt du plus haut tribunal du pays. Voici pourquoi.

La juge Deschamps rédige la seule opinion qui mène à une majorité. Or, elle déclare la prohibition de l'assurance privée incompatible avec la Charte québécoise, parce que le Québec dispose d'autres outils moins prohibitifs pour protéger le régime public. Elle cite à ce sujet l'interdiction

de la pratique médicale mixte déjà en vigueur au Québec et dans d'autres provinces canadiennes, de même que la parité tarifaire entre médecins participants et non participants, inscrite au cadre juridique de certaines provinces canadiennes.

La conclusion de Mme la juge Deschamps s'appuie clairement sur la présence de la prohibition de la pratique médicale mixte et la disponibilité de la règle de la parité tarifaire. Elle s'estime habilitée à lever l'interdiction de l'assurance privée, dans la mesure où ces deux autres techniques juridiques remplissent le même objectif pressant qu'est la protection du régime public.

Prévenir les conflits d'intérêt

Mme la juge Deschamps précise que l'interdiction de la pratique médicale mix-

te vise à prévenir les situations de conflit d'intérêt qui découlent des doubles listes d'attente associées à la pratique mixte. En effet, cette pratique, conjuguée à une autorisation d'assurance privée, est synonyme de gestion de double liste d'attente pour chacun des médecins en cause : une liste pour le public et une liste pour les patients couverts par une assurance privée.

Voilà bien une façon certaine d'introduire des distorsions dans l'accessibilité aux soins de santé. Une façon peu subtile de masquer le fait qu'on avance plus vite dans l'une que dans l'autre. Est-ce bien ce que souhaite le Québec au moment même où il multiplie les efforts pour mettre en place une gestion rationnelle de ses listes d'attente, notamment dans la

foulée de l'entente de septembre 2004 avec le gouvernement fédéral ?

La création de listes privées par les médecins qui œuvrent dans le système public viendrait saper tous les efforts entrepris pour rationaliser le processus de gestion des listes d'attente à l'intérieur du système public. La pratique médicale mixte révèle au grand jour que le système privé envisagé par une telle demande n'a rien de parallèle, puisqu'il s'appuierait sur les ressources humaines du système public mises en disponibilité pour un système privé. Sans parler de l'incontournable financement public associé au développement d'un tel système privé, notamment par le biais de déductions fiscales accordées aux primes versées aux sociétés commerciales d'assurance.

Il faut le répéter. La levée de la prohibition de l'assurance privée par le plus haut tribunal du pays ne vaut que pour un demi de 1 % de tous les médecins du Québec, soit 100 médecins qui ont choisi de prendre le statut de médecin non participant au régime public sur plus de 18 500 médecins au Québec. La Cour suprême connaît ces chiffres qui sont publiés chaque mois dans la *Gazette officielle du Québec*.

Des options

Si le Québec entend s'en tenir aux correctifs exigés par la décision, il pourrait par exemple maintenir l'interdiction de l'assurance privée pour les services hospitaliers et médicaux en proposant une réponse convaincante quant aux listes d'attente. Il pourrait aussi autoriser la couverture d'assurance privée, mais il doit alors maintenir la distinction entre médecins participants et médecins non participants.

L'Assemblée nationale du Québec dispose certes de choix beaucoup plus larges que ceux qui découlent de la décision. Mais ces choix ne peuvent alors s'appuyer sur l'autorité de la décision de la Cour suprême du Canada. Ils relèvent de décisions politiques quant à la conception d'un des plus importants programmes sociaux du Québec et doivent être traités comme tels. Nos représentants devront alors démontrer à la population que le plan proposé améliore la situation des patients du régime public de santé du Québec.

Marie-Claude Prémont est professeure à la faculté de droit de l'université McGill.

LA FORMATION EN DROIT : FAITES-VOUS UNE PLACE AU CŒUR DES GRANDS ENJEUX

Une formation en droit, c'est pouvoir analyser, débattre et influencer les grands défis de société – d'ici et d'ailleurs.

Études de premier cycle

La Faculté de droit de l'Université McGill propose une formation de droit combinant le droit civil et la common law, dans un environnement bilingue.

Date limite pour les demandes en provenance des cégeps : 1^{er} mars 2006.
www.law.mcgill.ca/undergraduate/index-fr.htm

Études supérieures

Grimpez vers de nouveaux sommets : découvrez des programmes de maîtrise et de doctorat à la mesure de vos ambitions.

Date limite pour les demandes : 1^{er} mars 2006.
www.law.mcgill.ca/graduate/index-fr.htm

MARIE-JULIE GAUTHIER



« Parce que la société a besoin de citoyens juristes ayant à cœur le bien commun. Merci de me donner les outils pour me battre. »

ROBERT BOYD



« Les professeur(e)s de la Faculté de droit de l'Université McGill ont à cœur de former des juristes rigoureux, mais aussi des citoyens à l'esprit vif et critique face aux enjeux que soulèvent les règles de droit dans notre société. »



McGill



Mathieu Dufour

multiplie les actions politiques pour que ses études de médecine contribuent à améliorer les systèmes de santé.

Je veux

Soulager

La Faculté de médecine et des sciences de la santé offrira, dès septembre 2006, son programme de formation médicale également dans deux nouveaux sites extérieurs : au Saguenay et à Moncton au Nouveau-Brunswick. **UN programme, TROIS sites : voilà une approche audacieuse!**

• Un apprentissage dynamique sur le terrain et par problème

• Une méthode pédagogique reconnue mondialement

• Un enseignement par petits groupes qui favorise une relation personnalisée entre les professeurs et étudiants

• Mêmes standards de qualité, mêmes modes d'évaluation pour chaque site de formation

• Des services à la vie étudiante et des programmes de soutien qui se démarquent

Renseignements
1 800 267-8337

www.USherbrooke.ca/md



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

L'audace porte fruit



Les services publics de santé... faut pas s'en priver !

Centrale des syndicats
du Québec



www.csq.qc.net

0506-156

QUI DÉCIDE ?

Les citoyens refusent la logique marchande dans la santé

Rendez-vous stratégique de l'Institut du Nouveau Monde sur la santé

Le récent jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli a rouvert le débat sur la meilleure façon d'assurer l'accessibilité aux soins de santé au Québec et au Canada. Mais pourquoi a-t-il fallu recourir aux tribunaux sur cette question alors que nos tablettes débordent de rapports de commissions d'étude et de groupes de travail qui ont proposé de multiples solutions à tous ces problèmes ?

Céline Saint-Pierre et Michel Venne

Une partie de la réponse tient à notre difficulté à passer collectivement à l'action. La rigidité et la lourdeur du système de santé et de services sociaux rend très difficile de trancher les dilemmes et de mettre en œuvre les solutions. Les intérêts corporatistes de ceux qui vivent du système constituent une force d'inertie colossale. Mais surtout, nous avons de la difficulté à tenir un débat public éclairé sur les vrais problèmes et les conséquences des choix qui seront faits.

L'Institut du Nouveau Monde (INM), un institut indépendant, non partisan, voué au renouvellement des idées et à l'animation des débats publics au Québec, a tenu au printemps un «Rendez-vous stratégique sur la santé». Plus de 200 citoyens et experts ont investi bénévolement de leur temps (trois fins de semaine) pour s'informer, débattre et proposer des façons d'améliorer la santé, de réduire les inégalités, et des solutions pour améliorer les services.

Le résultat de cette délibération est exposé dans un livre paru en juin aux Éditions Fides sous le titre *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*, disponible en librairie et sur Internet (www.inm.qc.ca), et il est beaucoup plus intéressant que celui d'un sondage. Les recommandations des citoyens sont en effet issues d'une démarche d'information et de délibération qui s'est étalée sur trois mois incluant une documentation pertinente, des exposés d'experts de tendances diverses et des échanges en profondeur sur les sujets traités.

Une réponse nuancée

Sur la question spécifique soulevée par l'arrêt Chaoulli, la réponse des participants au Rendez-vous stratégique de l'INM est nuancée.

Les citoyens ont exprimé une ouverture réelle à une contribution du secteur privé dans la production ou la livraison des services de santé tout en rejetant, toutefois, la logique marchande. Ce n'est pas le caractère privé d'une clinique, ou même d'un hôpital, qui suscite des craintes, mais l'idée que l'on puisse faire du profit sur le dos des malades.

Les participants au Rendez-vous stratégique ont affiché un certain scepticisme quant à la capacité du secteur privé à but lucratif de protéger et de respecter les principes inhérents au secteur public, notamment celui de l'accessibilité. Le recours au privé à but lucratif n'est certes pas une voie à privilégier. La pertinence d'une privatisation n'est pas démontrée.

Les citoyens sont intéressés par une contribution du secteur privé mais à but non lucratif, comme les coopératives de santé.

Dans tous les cas, ils posent des conditions : que les services privés soient contrôlés et répondent aux priorités définies par le secteur public ; que l'accessibilité universelle soit garantie ; que les services soient payés par l'assurance maladie.

Un financement public

Si les citoyens sont ouverts à un rôle du privé dans la livraison des services, ils insistent pour que le financement de ces mêmes services demeure public. Le ticket modérateur a été rejeté. Le recours accru aux assurances privées pour financer des soins médicaux et hospitaliers n'a pas suscité d'appui.

Pour financer le système de santé, l'impôt leur paraît être la meilleure méthode de prélèvement car plus équitable. Ils demandent aussi à ce que le gouvernement fédéral verse leur juste part aux provinces.

Ils ont cependant exprimé le souhait qu'avant d'ajouter au budget de la santé, le gouvernement fasse la preuve que les



Si les citoyens sont ouverts à un rôle du privé dans la livraison des services, ils insistent pour que le financement de ces mêmes services demeure public.

Source : Jacques Grenier, *Le Devoir*

fonds actuels sont bien dépensés. Les citoyens réclament une plus grande transparence, une évaluation systématique et publique du système et plusieurs modifications dans l'organisation des soins, la répartition des tâches entre professionnels et même dans la façon de rémunérer les médecins. Ils réclament aussi un virage en faveur de la prévention.

Nous sommes convaincus que les citoyens du Québec sont prêts à accepter des approches et des solutions qui sortent des dogmes bien solides que véhiculent les groupes d'intérêt. Le débat est ouvert. Profitons de l'occasion pour mettre en œuvre, après avoir consulté la population, des solutions qui briseront la rigidité et la lourdeur du systè-

me et introduiront plus de flexibilité et plus de capacité d'adaptation, tout en protégeant les valeurs d'équité et d'universalité.

Céline Saint-Pierre est présidente des Rendez-vous stratégiques et Michel Venne est directeur général de l'Institut du Nouveau Monde.

Quand les tribunaux se mêlent de politique

La Cour suprême exerce un rôle important dans l'orientation des systèmes de santé au Canada

Le jugement de la Cour suprême, *Chaoulli c. Québec*, pose une question essentielle : le recours aux tribunaux est-il une façon efficace de faire changer les politiques publiques, surtout en matière de santé ? La tendance à recourir aux tribunaux soulève des questions sur l'origine et les conséquences de ce genre de recours, de même que sur le pouvoir qu'ont les tribunaux d'intervenir hors de leurs champs traditionnels d'expertise.

Antonia Maïoni et Christopher P. Manfredi

L'examen de l'affaire Chaoulli montre que les droits constitutionnels peuvent être invoqués pour tenter de provoquer des changements dans les politiques en matière de santé, que ce soit en invalidant certaines décisions politiques ou en remettant en question la nature même de la prestation des soins.

Les litiges fondés sur les droits jouent un rôle de plus en plus grand dans l'élaboration des politiques en matière de santé.

Concurremment à l'affaire Chaoulli, la Cour suprême du Canada a entendu les plaidoiries dans l'affaire Auton, qui visait à élargir l'éventail des services assurés en obligeant la Colombie-Britannique à financer un traitement contre l'autisme. Dans une décision unanime, la Cour suprême du Canada a infirmé les jugements des tribunaux inférieurs, rejeté la demande des requérants et conclu que le refus de la Colombie-Britannique de financer le traitement contre l'autisme ne violait pas l'article 15 de la Charte (qui garantit l'égalité devant la loi).

Une tendance à recourir aux tribunaux

Des questions aussi diverses que la gestion des effectifs médicaux, les règles entourant l'exercice de la médecine, la restructuration des hôpitaux de même que la prestation et l'administration de traitements et de services particuliers ont déjà fait l'objet d'un examen fondé sur la Char-



L'intervention de la Cour suprême dans ces choix de société signifie que des décisions quant au financement et à la régulation de la santé deviennent des sujets de droit constitutionnel plutôt que des choix politiques.

Source : Jim Young/Reuters

Améliorer la santé par la recherche interdisciplinaire et le partenariat

L'Institut Santé et société de l'UQAM regroupe une centaine de professeurs, chercheurs, étudiants, chargés de cours et partenaires œuvrant dans le domaine de la santé.

Nous définissons la santé comme une expérience de bien-être physique et mental et la capacité d'agir sur son milieu, de participer pleinement à la vie sociale et communautaire.

La recherche que nous mettons de l'avant contribue à améliorer le bien-être et la santé de la population, avec une préoccupation marquée pour les groupes défavorisés et marginalisés.

L'Institut Santé et société de l'UQAM a pour mission de :

- Favoriser le développement de la recherche sur la santé menée par ses membres et en accroître la visibilité;
- Développer des programmes de formation novateurs transdisciplinaires en santé;
- Faciliter l'appropriation des connaissances produites et diffusées par ses membres.

Pour plus d'information : www.iss.uqam.ca

Institut Santé et société

UQAM
Prenez position

te. L'affaire Chaoulli s'inscrit donc à l'intérieur d'une tendance grandissante à recourir aux tribunaux pour influencer les politiques publiques en matière de santé.

D'où vient cet attrait pour le recours aux tribunaux ? D'abord, du fait que les tribunaux offrent aux individus et aux groupes une possibilité tangible de faire valoir leurs demandes. En fait, George Zeliotis (le patient) et Jacques Chaoulli (le médecin) ont essayé sans succès de faire valoir leurs points de vue auprès des administrateurs, des politiciens et même des médias, avant de se tourner vers les tribunaux. De plus, l'impartialité de la Cour donne une légitimité morale considérable aux décisions qui portent sur des problèmes politiques et moraux complexes.

Dans une certaine mesure, l'affaire Chaoulli a transformé une croisade personnelle en remise en question fondamentale de l'interdiction de l'assurance santé privée au Québec. La puissance des tribunaux se traduit souvent par une ordonnance spécifique appuyée de sanctions claires. Même si la Cour s'est divisée, la décision finale de la Cour suprême est limpide : elle invalide la prohibition québécoise de l'assurance privée pour les services médicaux et hospitaliers dispensés en dehors du système public d'assurance maladie.

Le recours aux tribunaux réduit les options
L'affaire Chaoulli montre aussi les pro-

blèmes qui peuvent surgir en prenant cette voie pour contester les politiques publiques. Premièrement, on voit clairement l'étroitesse du recours légal. L'articulation des demandes sous forme de droits constitutionnels peut exclure des choix de solutions politiques. Des experts en matière de santé auraient eu probablement une vision du système de santé beaucoup plus large que celle de la Cour suprême, et ils auraient formulé des recommandations qui prennent en compte un plus grand éventail de défis pour une réforme plus complète.

Deuxièmement, l'appel aux tribunaux met l'accent sur les conflits. Un tribunal est certes apte à résoudre des conflits concrets entre deux parties en imposant des corrections quant aux événements litigieux passés. Il est plutôt mal outillé pour juger à long terme de l'impact de décisions qui relèvent des pouvoirs politiques. On ne peut pas mesurer l'impact, du moins à long terme, du jugement *Chaoulli c. Québec* sur les décisions politiques qui en découlent, et qui vont avoir un impact direct sur le futur des usagers et des professionnels dans le système de santé.

Troisièmement, l'intervention de la Cour suprême dans ces choix de société signifie que des décisions quant au financement et à la régulation de la santé deviennent des sujets de droit constitutionnel plutôt que des choix politiques. Les litiges sont en soi fragmentaires, et les tribunaux fondent le plus souvent leurs décisions sur des cas d'espèce et ne visent

pas à répondre aux intérêts communs de la société.

La santé, un domaine complexe

Une grande partie de la discussion au Canada anglais lors des plaidoiries à la Cour suprême portait sur la sagesse d'utiliser la Charte pour imposer des contraintes uniformes à l'élaboration des politiques de santé, un domaine complexe, regroupant une multitude d'intervenants, marqué par la transformation constante et l'incertitude des prédictions.

Depuis, l'affaire Chaoulli a contribué à attiser le débat sur le rôle des tribunaux canadiens dans l'élaboration des politiques publiques et sur l'incompatibilité possible de cette décision avec la Loi canadienne sur la santé. Même si la décision ne contrevient pas directement à cette loi fédérale, elle remet en cause les interdictions sur l'assurance privée et, par conséquent, légitime le rôle du secteur privé en santé.

Chose certaine, cette décision telle qu'attendue et si controversée confirme que la Cour suprême exerce, pour le meilleur ou pour le pire, un rôle important dans l'orientation des systèmes de santé au Canada. C'est toute la délicate question de la relation entre le pouvoir judiciaire et le pouvoir législatif qui vient à nouveau d'être ébranlée.

Antonia Maïoni et Christopher P. Manfredi sont rattachés au département de science politique de l'université McGill.

QUI DÉCIDE ?

Ce que disent les sondages

Faut-il les croire ?

Au Québec comme au Canada, le système de santé occupe une place centrale dans les médias et l'arène politique. Cette place est unique et aucun autre secteur d'activité ou d'intervention étatique n'est à ce point l'objet de débats publics. L'abondance d'enquêtes et de sondages qui tentent de mettre en lumière l'opinion publique sur les services de santé en est la démonstration.

Henriette Bilodeau
et Damien Contandriopoulos

L'interprétation, par les médias et les groupes d'intérêt, des résultats de ces sondages laisse souvent entendre que la population est insatisfaite de son système de soins et qu'elle est favorable au financement privé. Pourtant, examinées de plus près, les conclusions à tirer devraient être beaucoup plus nuancées.

La population est-elle satisfaite du système actuel ?

Le fait de tenter de déterminer si la population est satisfaite du système actuel donne un premier aperçu de la complexité des résultats des sondages d'opinion. Statistique Canada révèle qu'en 2001 et 2003, les Canadiens et les Québécois qui ont eu recours à des soins de santé sont satisfaits ou très satisfaits des soins reçus dans une proportion dépassant les 80 %. Les mêmes proportions d'usagers estiment que la qualité des services reçus est bonne ou excellente.

Par contre, quand une question similaire est posée à l'ensemble de la population — que les répondants aient ou non utilisé des services —, la proportion de répondants satisfaits de la qualité tombe autour de 60 % (Ipsos-Reid, 15 août 2005). Un constat similaire s'observe au sujet de l'accessibilité définie ici comme l'absence de délais, de frais ou d'autres obstacles entravant l'accès aux soins.

Les gens qui ont utilisé les services estiment que l'accessibilité est nettement meilleure que l'ensemble de la population ne le croit. Depuis 2001, il est vrai que l'on constate une hausse de la proportion des utilisateurs déclarant des problèmes d'accessibilité. Malgré tout, l'accessibilité perçue reste bonne chez les usagers. Une analyse systématique des résultats d'en-



La nature de ce que constituent les résultats des sondages de même que la crédibilité que l'on doit leur accorder méritent d'être discutées.

Source Jacques Nadeau, *Le Devoir*

quêtes et de sondages montre que la population est satisfaite des services ou des soins de santé reçus. Les plus insatisfaits de l'accessibilité et de la qualité des soins sont ceux qui n'ont pas utilisé les services de santé.

La population soutient-elle l'assurance privée ?

Il y a place à la prudence quant aux conclusions à tirer tant des sondages portant sur l'appui à l'assurance privée que sur la satisfaction du public. D'après un sondage Léger Marketing (décembre 2005) commandé par l'Institut économique de Montréal (IEDM), 58 % des Canadiens accepteraient que ceux qui peuvent payer aient un accès plus rapide aux soins, contre 37 % qui s'y opposent. Un sondage Pollara (septembre 2005) indique quant à lui un soutien inférieur à ce type de mesure : 45 % des Canadiens l'appuient.

Toutefois, quand la formulation de la

question laisse place à des choix, le privé n'est pas la voie privilégiée. Ainsi, lorsque l'on demande aux répondants de choisir entre un système public qui inclurait de nouvelles ressources et un engagement d'assurer un accès en temps opportun ou deux systèmes parallèles privé et public, 63 % des Canadiens et 56 % des Québécois appuient la première proposition (Ipsos-Reid, 5 août 2005).

Plus largement, la population semble soutenir hors de tout doute la nécessité de réformer le système. Toutes les données disponibles convergent à ce sujet et indiquent que les Québécois et les Canadiens sont inquiets à propos de l'avenir du système de santé. Cette inquiétude tire son origine d'une perception de la détérioration de la capacité du système de soins à satisfaire leurs besoins futurs. Cette perception est alimentée, d'une part, par les difficultés d'accès (temps d'attente) et, d'autre part, par les gouvernements provinciaux qui, depuis les années

1990, ont démontré publiquement l'existence d'une crise du financement des soins.

S'ajoute à ces causes le rôle des médias qui présentent une vision non représentative, souvent exagérée, que l'on généralise. En revanche, bien que la situation soit préoccupante, cela ne permet pas de savoir si un tel niveau d'inquiétude est justifié et, à cet égard, ni les statistiques disponibles ni les données sur la satisfaction présentées plus haut n'expliquent un tel niveau d'inquiétude. Ce qui ne permet pas de prétendre que, parmi les options de réforme possibles, une privatisation du financement soit la voie privilégiée.

La crédibilité des sondages

La nature de ce que constituent les résultats des sondages de même que la crédibilité que l'on doit leur accorder méritent d'être discutées.

Premièrement, le «répondant» des sondages, interrompu au milieu de ses activi-

tés quotidiennes et prié de se prononcer au pied levé sur des thèmes auxquels il n'a souvent pas eu l'occasion de réfléchir en profondeur, donne son opinion du moment.

Une opinion fondée implique une démarche : se renseigner, réfléchir et discuter, trois préconditions que les sondages ne favorisent pas. Ainsi, un sondage réalisé par Pollara en septembre 2005 indique que seuls 49 % des Québécois avaient entendu parler du jugement de la Cour suprême prononcé au mois de juin précédent dans l'affaire Chaoulli. Cela laisse perplexe sur le crédit qu'il faut accorder aux résultats du sondage sur la perception du jugement Chaoulli réalisé par Léger Marketing quatre mois auparavant, soit en juin 2005, pour l'IEDM, où près de la moitié des répondants auraient donné leur opinion sur un jugement dont ils n'auraient jamais entendu parler.

Deuxièmement, la majorité des sondages sont commandés par des groupes d'intérêt et les questions sont formulées conformément aux réponses que ces commanditaires privilégient. De même, les choix de réponses sont limités à des options préétablies qui ne laissent pas forcément les répondants exprimer leurs propres préférences.

Ensemble de ces limites suggère que les résultats des sondages ne sont pas neutres et qu'au-delà de la représentativité de l'échantillonnage, plusieurs autres facteurs peuvent influencer la fiabilité et la validité des conclusions qui en sont tirées. Ces limites contribuent à expliquer pourquoi il est difficile de dégager une vue d'ensemble claire de l'opinion de la population sur son système de soins de santé et d'en déterminer les tendances stables.

L'opinion publique doit émerger d'un véritable débat public où les citoyens sont appelés à participer et à débattre des questions relatives au système de santé. Les sondages d'opinion n'offrent aucune tribune aux participants pour débattre et se faire une opinion. Ils offrent tout au plus une image sur le vif d'une opinion en formation.

Henriette Bilodeau est membre de l'Institut santé et société de l'École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal. Damien Contandriopoulos est membre du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal.

Le système public :

la seule assurance de services de qualité pour tous

Pourquoi s'en priver ?



La privatisation... à qui peut-elle profiter?

AUX INVESTISSEURS!

- ✓ Ils sont toujours à la recherche de nouveaux marchés.
- ✓ Ces nouveaux marchés sont limités sauf où les services sont fournis et financés par l'État.
- ✓ La santé représente un marché lucratif de plus de 20 milliards de dollars au Québec.

Monsieur Charest,

Le système de santé public est viable à la fois dans son organisation et par son financement. C'est plutôt une certaine propagande en défaveur du système public et l'absence de volonté politique qui fragilisent son maintien.

Il faut protéger notre système de santé public!

FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC



DES FAITS ET DES CRAINTES

Un mal sans remède ?

Les délais d'attente se résorberaient

La question des délais d'attente dans le système de santé est au cœur du jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli. Au Québec, comme au Canada, les délais d'attente existent presque exclusivement pour les traitements électifs. À quelques exceptions près, les cas urgents n'attendent pas dans notre système de santé. Il y a quand même eu des situations dramatiques au cours des dernières années, comme ce fut le cas en radio-oncologie, où les délais ont pu avoir de lourdes conséquences pour la vie, la santé et la qualité de vie des personnes.

Louise-Hélène Trottier,
André-Pierre Contandriopoulos
et François Champagne

Même s'il y a une amélioration de l'attente pour certaines chirurgies électives, jusqu'à récemment, toutes les enquêtes disponibles montraient que la population et les médecins percevaient les délais d'attente du système de soins comme excessifs. Les délais d'attente demeurent un irritant pour la population, même si les rares mesures objectives disponibles montrent qu'ils se résorbent.

Pourquoi des délais d'attente ?

Les délais d'attente jouent un rôle très important dans le fonctionnement du système de soins : ils permettent de réguler la demande de soins et de services et d'harmoniser l'offre de services en fonction des besoins de la population. En tant que mécanisme de régulation, les délais d'attente permettent de maximiser l'utilisation des ressources rares et dispendieuses du système de soins (médecins, salles d'opération, lits d'hôpitaux, appareils, etc.). Ils visent à créer un bassin de

patients qui permette d'équilibrer les cas lourds avec les cas légers et les cas urgents et électifs, afin d'assurer, tout au cours de l'année, une occupation la plus adéquate possible des ressources humaines et matérielles.

Les délais d'attente dans le système de santé peuvent aussi provenir de mesures de rationnement des ressources. Le rationnement a pour fonction de limiter la capacité de production en intervenant sur la disponibilité des services : heures d'ouverture restreintes des salles d'opération et des services diagnostiques, fermeture de lits, non-remplacement du personnel lors des congés, etc. Le rationnement est généralement motivé par les pressions budgétaires, alors que la régulation l'est davantage par l'utilisation optimale des ressources.

Il est donc jusqu'à un certain point normal d'attendre pour accéder aux services dans le système de soins. Mais l'attente excessive n'est pas normale. Actuellement, l'attente excessive résulte : 1) des politiques adoptées pour contrôler les dépenses en réduisant l'offre de services (diminution des admissions en médecine et des lits, retraites anticipées des professionnels et faible achat d'équipement); et 2) d'un mauvais ajustement des services aux développements technologiques et au virage ambulatoire.

Une gestion qui laisse à désirer

Au Québec, la gestion et la coordination des délais d'attente laissent encore sérieusement à désirer. Les listes d'attente sont toujours gérées par les départements hospitaliers et par les bureaux des médecins. Cette gestion se fait sans règles particulières, sans normes et sans contrôle clinique systématique permettant de déterminer le moment où une personne peut être inscrite sur la liste, et le moment crucial où elle doit accéder aux soins dont elle a besoin.

Cette façon de faire a deux conséquences majeures. Premièrement, l'ab-

sence de standard permettant de guider la gestion des listes d'attente entraîne une grande hétérogénéité des délais d'attente dans la province, tant au niveau des médecins et des établissements que des régions. Le processus actuel de gestion des délais d'attente n'est pas transparent et ne favorise pas l'imputabilité des gestionnaires et des professionnels. Il peut donc conduire à des iniquités arbitraires d'accès aux services qui peuvent avoir de lourdes conséquences pour les patients.

Deuxièmement, l'information disponible sur les listes d'attente ne permet pas de connaître les causes de l'attente. À l'heure actuelle, les personnes peuvent être inscrites sur les listes d'attente à n'importe quel moment du processus de soins. Ceci a inévitablement des répercussions sur le temps d'attente, puisqu'il est directement associé au moment où les patients sont inscrits, et sur la capacité de cerner les causes de l'attente. Les indicateurs utilisés (temps médians ou moyens) permettent de montrer la fluctuation de l'attente, mais ils ne permettent pas de savoir si celle-ci est due à une insuffisance des ressources, à une mauvaise coordination de celles-ci, à une mauvaise gestion des listes d'attente ou à une combinaison quelconque de tous ces éléments.

L'assurance privée ne réduit pas les délais d'attente dans le secteur public

Le recours aux assurances privées est-il une solution aux délais d'attente ? L'expérience de plusieurs pays de l'OCDE, dont le Royaume-Uni, l'Australie et l'Irlande, montre que non. Dans ces pays, le recours aux assurances privées a conduit au transfert des ressources humaines du secteur public vers le secteur privé, et ceci s'est soldé par une augmentation des temps d'attente dans le secteur public.

Il existe des remèdes aux délais d'attente dans le système public de soins. L'ajout de ressources humaines et finan-



L'information disponible sur les listes d'attente ne permet pas de connaître les causes de l'attente.

Source : Reuters/Kham

cières en est un. Ce mécanisme est déjà en place et commence à donner des résultats. Il y a aussi des solutions plus structurantes telles que de gérer l'attente de façon régionale à partir de normes basées sur les besoins.

L'élaboration de points de repère factuels («benchmarks») est en cours et permettra sous peu d'accorder un accès aux soins en temps opportun, déterminé en fonction des besoins des patients (gravité clinique, stade de la maladie, etc.) et des conséquences potentielles de l'attente sur leur santé.

Enfin, il y a la volonté tant attendue d'accorder une place centrale aux services de première ligne et aux soins à domicile dans le système de soins, en leur assurant un financement et des modes d'organisation adéquats. La création des Réseaux locaux de santé (RLS) et l'inté-

gration des établissements au sein des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) visent entre autres à répondre à cet objectif.

Espérons qu'à terme ce réaménagement des structures permettra réellement de centrer le système de soins sur les services de première ligne et sur les modes intégrés de prise en charge des patients. La solution aux délais d'attente passe par des services de première ligne et des soins à domicile accessibles et novateurs dans leur dynamique de fonctionnement et dans leurs interactions avec les autres instances du réseau.

Louise-Hélène Trottier, André-Pierre Contandriopoulos et François Champagne sont membres du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).

Le Québec pourra faire face à la hausse des coûts de santé

Le taux de vieillissement de la population n'est pas dramatique

La population du Québec va vieillir au cours des 20 prochaines années. L'utilisation des services de santé par les personnes âgées risque aussi d'augmenter.

Amélie Quesnel-Vallée
et Lee Soderstrom

Selon certains analystes, ces changements sont précurseurs d'une «catastrophe» démographique pour le financement des services de santé. Selon eux, afin d'éviter cette catastrophe, il faut augmenter le rôle du financement privé et de la prestation des services au privé.

Mais cette vision n'est pas justifiée. De la revanche des berceaux à un *baby-bust* notoire en passant par un *baby-boom* tout aussi remarquable, l'histoire du Québec a été ponctuée de changements démographiques auxquels nous avons su nous adapter. En outre, le vieillissement de notre population n'est ni un développement nouveau, ni un phénomène particulier au Québec. Ici comme ailleurs, l'adaptation à une population vieillissante au cours des 35 dernières années s'est faite sans un tel appel à la privatisation.

Le vieillissement du Québec n'est pas inusité

Par «vieillissement de la population», on entend l'augmentation de la proportion de personnes de 65 ans et plus, par rapport au reste de la population. Alors que l'on a souvent l'impression que ce processus est inusité, l'examen de l'évolution démographique québécoise au cours des 35 dernières années indique que le taux de vieillissement projeté au cours des 20 prochaines années sera similaire à celui ayant eu cours de 1971 à nos jours.

De même, ces changements démographiques ont lieu dans de nombreux pays développés. Nous serons donc en mesure d'apprendre de l'expérience de pays qui ont une plus grande proportion de personnes âgées et dont le vieillissement a débuté avant le nôtre (France, Espagne) ou est encore plus rapide que chez nous (Japon).

L'augmentation des coûts : vieillissement et technologie

Nous ferons face à une augmentation des coûts de santé dans le futur, mais encore une fois, cette tendance n'a rien de nouveau. Qui plus est, tout indique que cette augmentation n'est due qu'en partie à l'augmentation du nombre de personnes âgées et aurait plus à voir, en réalité, avec l'accroissement de l'utilisation des services par individu.

Ainsi, les données canadiennes montrent que les coûts réels par individu ont augmenté, en moyenne, de 2,5 % par année entre 1980 et 1997, et que le vieillissement constituait seulement 20 % de cette augmentation annuelle ; les projections de 1998 à 2030 laissent entrevoir que le vieillissement aurait un effet du même ordre dans le futur.

En parallèle, au cours des 35 dernières années, l'utilisation de services par individu n'a cessé d'augmenter chez les aînés, principalement à cause des innovations



Il faudra redoubler les efforts d'évaluation pour faire un usage approprié des nouvelles technologies médicales.
Source : Archives, Le Devoir

technologiques, et tout indique que cette augmentation se poursuivra également dans l'avenir.

Population active et capacité de financer ces coûts

Le rapport Ménard sur la pérennité des services de santé, commandé par le gouvernement de Jean Charest en 2005, suggère que ces changements démographiques limiteront notre capacité de payer pour les soins additionnels au cours des 20 prochaines années, puisque le nombre de travailleurs par rapport à chaque personne âgée pourrait tomber de cinq en 2004 à deux en 2030.

Ces chiffres négligent la diminution concomitante du nombre des autres personnes dépendantes, soit les enfants et les personnes de 20 à 64 ans qui ne travaillent pas. Ainsi, on observe que le nombre de travailleurs par personne dépendante ne diminuera que de 1,8 à 1,3 au cours de cette période, alors qu'en 1971 il y avait seulement 1,2 travailleur par personne dépendante !

Des pistes d'action

La croissance économique sera primordiale. Notre capacité à financer les augmentations de coûts dans le passé suggère que nous devrions pouvoir maintenir cette capacité dans l'avenir. Au cours des 35 dernières années, nous n'avons connu qu'une croissance économique très modeste — en partie parce que nous avons vécu deux récessions importantes. Néanmoins, cette croissance économique a procuré au gouvernement des revenus qui se sont avérés suffisants pour financer les coûts additionnels engendrés par le vieillissement et les autres causes.

Cette expérience indique qu'avec une croissance économique future modeste, le gouvernement devrait pouvoir soutenir financièrement tant les coûts du vieillissement de la population que ceux résultant des changements technologiques.

Selon ce que nous venons d'exposer, les changements démographiques ne justifient pas la privatisation du financement (notamment par l'assurance santé privée) ou la prestation de services par le secteur privé. De plus, il est difficile de conclure

que la privatisation puisse générer les ressources supplémentaires nécessaires pour satisfaire les besoins additionnels dus au vieillissement.

Premièrement, ni le financement privé, ni la prestation privée de services n'affectent le vieillissement. Deuxièmement, il est improbable que la privatisation augmente la capacité de notre société à financer les coûts additionnels pour les services nécessaires requis par les aînés. En effet, selon les études américaines disponibles, le secteur privé n'est pas plus efficace.

En contrepartie, nous pouvons agir ailleurs pour atténuer les conséquences de ce changement démographique. L'un de nos défis est de déterminer le panier de services de plus approprié pour les personnes âgées. Quels rôles devraient jouer les services institutionnels? les services ambulatoires? les services à domicile? En outre, il est important de souligner que le recours à d'autres programmes sociaux et économiques de façon intégrée et vigoureuse tempérerait l'impact de ces changements démographiques. Par exemple, les projections desquelles nous tirons nos conclusions devraient être révisées si la fécondité ou l'immigration étaient encouragées et évoluaient de ce fait à la hausse. Investir dans des programmes sociaux intégrés nous permettrait de contrer le vieillissement de la population par la fécondité et/ou l'immigration.

Enfin, nombre d'études indiquent que la raison principale pour l'augmentation des coûts de santé au cours des 35 dernières années tient à la croissance de l'utilisation par individu des services, et non à l'augmentation du nombre de personnes âgées en soi. Dans le futur, en vue d'éviter des coûts additionnels inutiles, il faudra redoubler les efforts d'évaluation pour faire un usage approprié des nouvelles technologies médicales — c'est-à-dire pour éviter l'utilisation des services pour lesquels les bénéfices ne justifient pas les coûts.

Amélie Quesnel-Vallée est rattachée au département de sociologie ainsi qu'au département d'épidémiologie, biostatistique et santé au travail de l'université McGill. Lee Soderstrom travaille au département de science économique de McGill.

Un problème pour tous

Qu'en est-il de l'accessibilité des services ?

Peu de sujets relatifs au système de santé suscitent dans la presse et autres tribunes autant de discussions que l'accessibilité des services de santé. On décrie les listes d'attente, la difficulté d'avoir un rendez-vous avec un médecin, qu'il soit spécialiste ou médecin de famille. On critique surtout la difficulté de l'État à répondre à ces problèmes qui préoccupent de plus en plus la population.

Daniel Reinharz

Est-ce que malgré les 20 milliards et quelques dollars qu'il consacre au système de santé, le gouvernement du Québec est effectivement incapable de répondre aux demandes de la population visant à pouvoir bénéficier de services de santé plus accessibles? Est-ce que cet État qui s'est attribué la quasi-exclusivité du financement de l'offre de soins courants aux citoyens a besoin de l'aide... d'autres secteurs et donc du privé ?

Des questions bien légitimes, somme toute. Mais qui requièrent des réponses dépassionnées, d'autant plus que le discours autour de l'accessibilité des services de santé est évidemment considérablement politisé, pour ne pas dire idéologisé.

Alors, qu'en est-il en fait ? Au-delà des idées préconçues, y a-t-il des données sur la manière dont l'État prend en compte cette préoccupation pour l'accessibilité ? Eh oui ! des données existent. Elles montrent que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec prend au sérieux les préoccupations de la population. Et que les directives et mesures imposées aux régions et aux établissements sont efficaces.

Les listes d'attente pour des services spécialisés diminuent

Les données de gestion montrent en effet que la plupart des listes d'attente pour des services spécialisés diminuent, que les objectifs qui visent l'amélioration de l'accessibilité sont souvent atteints, voire dépassés. C'est le cas par exemple des remplacements totaux de hanche, du soutien à domicile, du soutien aux jeunes femmes enceintes et jeunes mères (mère de moins de 20 ans), de l'attente pour une évaluation par les services de protection de la jeunesse, de l'évaluation et des traitements psychosociaux pour les personnes adultes et les jeunes souffrant de troubles mentaux, des services de réadaptation en déficience physique, auditive, parole et langage, des services d'intégration sociale pour enfants ou jeunes adultes souffrant de trouble envahissant du développement, de la chirurgie de la cataracte, des services spécialisés en radiothérapie, etc.

Et la réforme que le ministère implante actuellement, quoi qu'en toute discrétion, a pour principal objectif d'améliorer l'accès non seulement aux médecins spécialistes, mais également ou surtout, aux médecins de famille qui sont dorénavant incités à assurer un réel suivi de leur clientèle. La réforme s'implante. Les résultats quant à l'atteinte de ces objectifs ne sont pas encore connus. Mais les changements qu'elle introduit sont cohérents avec ce que la littérature nous indique sur ce qui, dans l'organisation des services, peut améliorer l'accès aux médecins de famille et à travers eux, aux spécialistes. Par ailleurs, plusieurs projets d'évaluation de la réforme sont en cours avec un effort particulier afin de s'assurer

que l'information produite, soit par les équipes d'évaluation du ministère, soit par les chercheurs universitaires, circule aussi-tôt que possible.

L'État, contrairement à ce qui est colporté par certaines rumeurs, n'est pas insensible aux conséquences parfois lourdes en matière de souffrance personnelle que représentent les difficultés d'accès aux services de santé. Il étudie la question, cherche des solutions, met en branle des programmes, des interventions, des réformes... avant tout pour répondre, dans un souci évident d'équité, aux problèmes d'accessibilité dont la population se plaint.

Des brèches dans un système

Pourtant, cette capacité de réagir, largement basée sur l'exclusivité du financement des services courants, est menacée. Le jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli agrandit les quelques rares brèches dans l'exclusivité du financement par l'État de l'offre de soins médicaux qui sont apparues ces dernières années. De marginales, ces premières expériences pourraient devenir importantes. Dans un tel contexte, faut-il favorablement accueillir ou craindre le changement appréhendé ? En effet, s'il n'y a pas péril en la demeure et surtout, si l'État réagit efficacement aux difficultés que ses détracteurs dénoncent, comment doit-on percevoir un tel changement ?

Un système de financement mixte, public-privé, par définition, est un tremplin vers un système à deux vitesses. L'accessibilité pour ceux qui peuvent se payer une assurance privée peut être augmentée... ou même diminuée par rapport à ceux obtenus dans un système public, lorsque les copaiements que les régimes privés habituellement imposent rendent les patients hésitants à se procurer des services ou des traitements qui leur sont nécessaires puisqu'ils ont à payer de leur poche une partie des coûts.

De plus, les expériences étrangères montrent qu'un système mixte pourrait inciter les professionnels de la santé à exercer dans le privé, ce qui drainerait des ressources qui sont rarement en excès dans le système public. Ce dernier pourrait de plus avoir à s'occuper des patients qui nécessitent plus de services et que le privé ne souhaite pas recevoir.

Du personnel plus difficile à recruter, un épuisement professionnel attendu du fait d'une surcharge de travail. Et donc une accessibilité diminuée dans le système public. Voilà un risque bien réel pour un secteur public qui soudainement se voit en concurrence avec un secteur privé. Quel que soit le régime mixte qui sera mis en place, la dynamique d'accessibilité sera différente dans le système public de celle du système privé. Il sera de plus en plus difficile d'améliorer l'accès aux services de santé dans un souci de maintien de l'équité.

Enjeu ainsi sur la table est donc bien plus fondamental que ce prétendu droit à recevoir ce qu'on peut se payer. C'est notre identité même qui est en jeu. Considère-t-on que ce qui nous caractérisait, être un peuple solidaire qui a souhaité que l'accessibilité aux services de santé ne dépende pas de la richesse de celui qui est malade, mais de sa maladie exclusivement, est un idéal obsolète ? C'est cette question que l'affaire Chaoulli soulève fondamentalement.

Daniel Reinharz œuvre au département de médecine sociale et préventive de l'université Laval.

COHABITATION PUBLIC-PRIVÉ

Assurance privée rime avec inégalités

Les primes d'assurance sont établies en fonction du risque et non des revenus de l'assuré

Le récent jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli représente un événement important dans l'histoire du système de santé au Québec et au Canada. La signification politique de ce jugement ne peut être comprise dans toutes ses dimensions que si on l'inscrit dans le processus beaucoup plus large des transformations du rôle de l'État depuis les années 1980.

Mélanie Bourque

À Québec, les transformations du rôle de l'État ont suscité un débat entre les tenants d'un Québec dit lucide et les défenseurs d'une société dite solidaire.

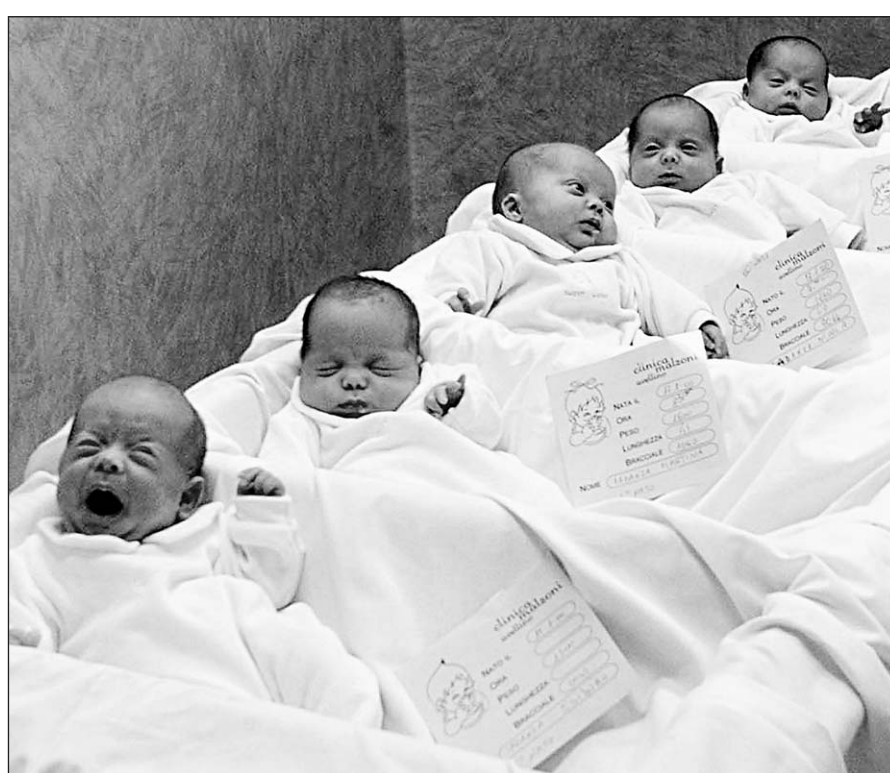
Ce que plusieurs ont appelé le démantèlement de l'État-providence est le résultat d'une remise en question des politiques économiques, sociales et culturelles fondée sur l'idée de la supériorité du marché sur toute autre forme de régulation. De la même manière, la proposition d'étendre l'assurance privée aux soins médicaux et hospitaliers rompt avec l'esprit et l'intention des concepteurs du système de santé durant les années 1960 et 1970. C'est dans leur projet central de lutte aux inégalités, entre autres à travers l'accessibilité universelle des soins de santé, que ce système risque d'être atteint.

L'assurance privée produit des inégalités

L'existence d'un système universel de soins ne peut à elle seule éliminer les inégalités sociales de santé. D'autres déterminants de la santé, tels que le statut socioéconomique et le niveau d'éducation, représentent des facteurs encore plus importants dans la détermination de la santé des individus. De l'avis de l'Association canadienne de santé publique et d'une majorité de chercheurs, un système universel n'en constitue pas moins un des déterminants significatifs de la santé des populations et un moyen efficace de restreindre les inégalités dans l'accès aux soins.

Même dans un pays où existe une assurance santé universelle comme le Canada, ceux qui bénéficient d'une assurance privée jouissent généralement d'une position sociale privilégiée. Ainsi, l'assurance santé privée a le potentiel de contribuer aux inégalités sociales. Les strates sociales supérieures qui ont accès à l'assurance privée bénéficient d'une couverture de soins plus complète (notamment concernant les soins dentaires, oculaires et psychosociaux) que les classes sociales inférieures qui n'ont pas accès à l'assurance privée. Ce phénomène contribue sans conteste au maintien, voire même à l'augmentation, des inégalités sociales de santé pour certains groupes de la population.

Remarquons que l'introduction d'un système de santé universel et public au Québec durant les années 1960 et 1970 a coïncidé avec une importante réduction du taux de mortalité infantile (Gottely, 2004). En France, l'introduction de la Couverture maladie universelle en 2000 a contribué à l'augmentation de l'utilisation des soins dans les populations pauvres.



L'introduction d'un système de santé universel et public au Québec durant les années 1960 et 1970 a coïncidé avec une importante réduction du taux de mortalité infantile.

Source : Reuters

Le cas américain démontre, au contraire, que l'assurance privée a un effet direct sur l'accès aux soins. Plusieurs études indiquent que la prédominance d'un système privé réduit l'accessibilité pour les personnes qui n'ont pas les moyens de se l'offrir. Il est clair, par exemple, pour Schoen et Doty (2004), qui comparent cinq types de système de santé, que le fait de ne pas avoir accès à l'assurance privée aux États-Unis réduit considérablement le type de soins que l'on peut recevoir. Dans le sud de la Californie, par exemple, les enfants dont les parents ont une assurance privée ont davantage accès aux soins des médecins que ceux qui sont couverts par le système public. (Wang *et al.*, 2004).

D'autres études montrent que l'extension de l'assurance publique à une plus grande partie de la population améliore l'état de santé des populations pauvres au moins dans trois domaines : les maladies infantiles, les problèmes de vision ainsi que l'hypertension (Currie, 2000). Elle permet également un accès plus grand aux soins de spécialistes, qui sont généralement beaucoup moins consultés par les populations pauvres.

L'ensemble de ces éléments confirme que l'assurance publique, telle qu'administrée présentement au Québec, a un effet positif sur la santé des individus à faible revenu et contribue ainsi à réduire les inégalités sociales de santé. Ce qui ne veut pas dire pour autant que les inégalités de santé entre les groupes sociaux se rétrécissent dans les pays développés, et entre autres au Québec, depuis les années 1980.

Une forme régressive de prélèvement

L'extension de l'assurance privée au Québec accroîtrait certainement les inégalités sociales de santé, d'une part, en diminuant l'accès aux soins des groupes

les plus défavorisés et, d'autre part, de façon beaucoup plus forte en réduisant la redistribution des revenus que garantit le financement du régime public d'assurance maladie. Selon Robert G. Evans (2002), le financement privé est une mesure significativement régressive, non seulement parce que les personnes pauvres tendent à être plus malades, mais aussi parce que les dépenses privées représentent une partie plus importante du revenu des plus pauvres.

De même, l'assurance privée est régressive puisque les forces du marché imposent que les primes soient basées sur le risque et non sur le revenu. Dans tous les cas de figure qu'il envisage à partir de la situation manitobaine, Evans affirme que l'introduction ou l'augmentation de la part de l'assurance privée dans le financement du système de santé favorise les mieux nantis. Autrement dit, le transfert de l'imposition sur le revenu à des primes d'assurance santé favorise les plus hauts revenus au détriment de tous les autres.

En résumé, l'introduction de l'assurance privée dans le système de santé du Québec serait non seulement inéquitable en matière d'accès aux soins, mais elle contribuerait à accroître les inégalités sociales et, par conséquent, les inégalités de santé en affaiblissant un important mécanisme de redistribution de la richesse dans la société, le régime public d'assurance maladie.

Mélanie Bourque, du Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, est boursière postdoctorale du Programme stratégique de formation en recherche en santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec.

Un système à deux vitesses qui coûte plus cher à tout le monde!

La duplication augmente les délais d'attente chez les personnes non assurées

Le jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli ouvre la possibilité de recourir aux assurances privées pour payer les services, déjà assurés par le régime public, qui seraient offerts hors du système public. Ce jugement pourrait servir de justification au gouvernement du Québec pour permettre aux assurances privées de jouer un nouveau rôle au sein du système de santé. Avant de prendre une telle décision, il faut bien en saisir les conséquences.

Paul Lamarche
André-Pierre Contandriopoulos
Louise-Hélène Trottier
et François Béland

L'OCDE a récemment étudié l'effet des assurances privées sur le système de santé de ses pays membres (Colombo et Tapay, 2004). Les leçons tirées de ces expériences devraient guider le gouvernement du Québec dans les décisions qu'il s'apprête à prendre en ce domaine.

L'étude de l'OCDE différencie trois types d'assurance privée : supplémentaire, complémentaire et de duplication. Actuellement, les assurances privées jouent uniquement des rôles supplémentaires et complémentaires au Québec. Elles jouent un rôle supplémentaire en assurant des services non couverts par le régime public : services dentaires, optométrie, chirurgie esthétique, etc. Elles jouent un rôle complémentaire en prenant le relais du système public pour assurer des personnes non couvertes par ce dernier : régime d'assurance médicaments. Certains seraient tentés de donner suite à la décision de la Cour suprême en permettant aux assurances privées de jouer un rôle de duplication, c'est-à-dire d'assurer les mêmes services que ceux couverts par le régime public, afin de rembourser les coûts des services obtenus de médecins et d'hôpitaux non participants au régime public.

L'expérience de plusieurs pays de l'OCDE, dont le Royaume-Uni, l'Australie, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande, montre que l'assurance privée de duplication permet effectivement d'améliorer l'accès aux soins, de réduire les temps d'attente et d'augmenter la possibilité de faire affaire avec le prestataire de son choix pour les personnes qui possèdent des assurances privées. Ces bénéfices ne sont pas négligeables, mais la décision de permettre aux assurances privées de jouer un rôle de duplication ne doit pas être prise uniquement à la lumière des bénéfices procurés aux personnes assurées. Elle doit aussi être prise en fonction de leur impact sur les personnes qui ne seront pas assurées et sur le fonctionnement de l'ensemble du système de soins. C'est particulièrement à cet égard que l'analyse de l'OCDE est intéressante.

Divers impacts négatifs

L'analyse confirme que les personnes les plus susceptibles de contracter une assurance privée, et donc de profiter des bénéfices qui en découlent, sont celles qui sont les moins susceptibles de recourir aux services de santé, c'est-à-dire les personnes en bonne santé et économiquement favorisées. Cela est dû à la façon avec laquelle les primes d'assurance sont déterminées, mais aussi à la relation qui existe entre la richesse des personnes et leur état de santé.

Dans un régime d'assurance privée, les primes sont fonction du risque financier que représente une personne pour la compagnie d'assurance, c'est-à-dire de la probabilité qu'elle utilise des services de santé. Plus cette probabilité est grande,

plus la prime d'assurance est élevée. Cette probabilité est avant tout fonction de l'état de santé d'une personne. Plus une personne est malade, plus grande est la probabilité qu'elle utilise des services de santé. Or, les personnes à faible revenu sont aussi plus susceptibles d'être malades — et donc de recourir aux services de santé — que les personnes bien nanties. Ce sont ces personnes qui auront les primes les plus élevées à payer. Ce sont elles qui en ont le moins les moyens.

L'analyse de l'OCDE révèle que la présence d'assurances privées de duplication ne réduit pas les délais d'attente chez les personnes non assurées. Au contraire, elle les augmente. Ceci est particulièrement vrai dans les contextes où il n'y a pas d'excédent de ressources pour fournir les services, comme c'est le cas actuellement au Québec. Dans un tel contexte, l'introduction d'assurances privées de duplication transfère la capacité de production du secteur public vers le secteur privé. Ce transfert crée une distorsion dans l'offre de services. Les médecins œuvrant dans le secteur privé consacrent plus de temps à offrir des services plus légers à des patients moins malades. Cela diminue la capacité de production de services lourds et complexes offerts par le secteur public.

Les coûts de santé augmentent

L'analyse de l'OCDE note enfin que l'introduction d'assurances privées de duplication se solde par une augmentation des coûts de santé, tant des coûts privés et publics que totaux. Ceci est le résultat du comportement des assureurs privés qui, pour assurer la rentabilité financière de leur entreprise, maximisent ce qui est financièrement rentable et transfèrent au public ce qui l'est moins.

L'introduction des assurances privées de duplication permet d'injecter des ressources financières additionnelles dans le système de santé. Cette injection entraîne une augmentation de la production de services, mais uniquement des services couverts par les assurances privées : chirurgies électives, services diagnostiques. La pression sur le système public reste entière. Le système public continue de traiter les cas complexes, coûteux et urgents.

Les personnes qui bénéficient d'assurances privées de duplication continuent aussi d'utiliser les services publics pour les services coûteux qui nécessitent une expertise médicale élevée et un plateau technique sophistiqué. C'est le système public qui procure les services diagnostiques précédant une chirurgie élective obtenue dans le secteur privé. C'est vers lui que sont transférés les cas ayant subi des complications lors de l'utilisation des services du système privé.

L'analyse de l'OCDE permet de conclure que l'argent additionnel prélevé par les assurances privées de duplication procure des bénéfices importants, mais uniquement aux personnes qui sont assurées. Ces personnes sont susceptibles d'être en meilleure santé et économiquement plus favorisées que les personnes non assurées. L'argent ainsi prélevé est contrôlé par les compagnies d'assurance privées et n'est disponible que pour leur clientèle. Les conséquences pour les personnes non assurées sont importantes : une moins grande accessibilité aux services, des délais d'attente plus longs et des coûts privés, publics et totaux plus élevés. L'analyse de l'OCDE permet d'entrevoir que l'introduction des assurances privées de duplication au Québec résultera en la mise en place d'un système de santé à deux vitesses qui coûtera plus cher à tout le monde.

Paul Lamarche, André-Pierre Contandriopoulos, Louise-Hélène Trottier et François Béland sont membres du département d'administration de la santé du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal.

Ensemble

VERS LA NOUVELLE ÉQUIPE DE SANTÉ

IX^e CONGRÈS ANNUEL
DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC
Hôtel InterContinental Montréal > 28-29 avril 2006

Solutions novatrices en vue...

L'occasion pour les médecins et autres professionnels du réseau de la santé de s'inspirer de l'expérience des autres pour améliorer :

- + l'organisation des soins de santé
- + la collaboration entre professionnels
- + le service à la clientèle

EN PRIME

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la part du privé en santé et que vous n'avez jamais osé demander

Inscrivez-vous avant le 1^{er} mars 2006 et obtenez une réduction ainsi que la garantie d'obtenir deux places pour la Soirée Plaisirs de Russie au Musée des beaux-arts de Montréal. LE NOMBRE DE PLACES EST LIMITÉ.

(514) 866-0660 > 1 800 363-3932
admin@amq.ca > www.amq.ca

AMQ
Médecins
FACIATION
ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC

Privatiser les services de santé, c'est favoriser les plus fortunés aux dépens des travailleurs et des travailleuses.

Pour un système de santé public, universel et accessible à tous.

SCFP
Syndicat canadien de la fonction publique FTQ

COHABITATION PUBLIC-PRIVÉ

Le mythe de l'exception canadienne

Les assureurs privés sont aussi actifs au Québec et au Canada qu'ailleurs dans le monde

Le rôle restreint des assureurs privés dans le financement des services médicaux et hospitaliers au Canada en fait-il une exception mondiale, comme le prétendent certains observateurs ? 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.

François Béland

« Le système de santé canadien se décrit plus exactement comme un amalgame de systèmes public, mixte et privé de soins de santé », indique un rapport de l'Organisation mondiale de la santé. En fait, on fait au Canada comme partout ailleurs dans les pays à hauts revenus : chaque pays réserve une place bien définie au financement privé des services de santé. Les assureurs privés sont aussi actifs au Québec et au Canada qu'ailleurs dans le monde, mais d'une manière différente. Le Canada n'est pas une exception.

Le financement privé au Canada : 30 % des dépenses totales

La proportion du financement privé dans les soins de santé est importante au Canada et elle est en croissance depuis de nombreuses années. La fameuse distribution 70-30 est connue : 70 % des dépenses en santé sont financées publiquement, 30 % par des sources privées. À la fin des années 1980, le financement privé assurait le quart des dépenses de santé, cette proportion a augmenté graduellement à 30 % en 1997 et s'y maintient depuis.

Trois sources peuvent alimenter le financement privé des services de santé : les ménages, les employeurs par les avantages sociaux, et les gouvernements eux-mêmes par l'intermédiaire de déductions de toute sorte.

La rémunération privée des prestataires de soins (médecins, pharmaciens, dentistes, opticiens, etc.) peut provenir de deux sources : les versements directs des ménages et les remboursements des assureurs. Au Canada, en 2002, 12 % des dépenses totales de santé étaient remboursées par les assureurs privés et 15 % provenaient des versements directs des ménages.

L'augmentation observée ces dernières années est attribuable aux assu-

rances privées plutôt qu'aux versements des ménages. La part des ménages est restée stable à environ 14 % des dépenses de santé. Les assurances privées par contre voyaient leur part augmenter de 50 % de 1988 à 2002.

Les assureurs privés sont présents dans des secteurs d'activité très précis du système de santé au Canada. En 1988, les services dentaires occupaient le haut du pavé avec 41 % des remboursements par les assureurs privés. Les remboursements de médicaments s'accaparaient 30 %. En 2002, l'ordre de préséance s'inverse avec respectivement 32 % et 36 %. Les hospitalisations ne comptent que pour 6 % des remboursements par assurance privée, tandis que l'assurance privée est absente à toute fin utile des autres secteurs d'activité.

Les frais d'administration atteignent, en 2002, 16 % du total des dépenses de santé couvertes par les assureurs ; une proportion beaucoup plus élevée que pour l'administration des remboursements dans le secteur public. À l'échelle du Canada, les versements des ménages se concentrent dans les secteurs dentaires et des médicaments. Cependant, les soins de longue durée s'y ajoutent, surtout en centre d'hébergement. Les assureurs privés n'ont pas investi ce secteur à l'heure actuelle.

Que se passe-t-il ailleurs ?

Avec 12 % de ses dépenses de santé assumées par les assureurs privés en 2002, le Canada était dépassé par les États-Unis (36 %) et les Pays-Bas (17 %). La France occupait une position similaire à celle du Canada, tandis que ce dernier dépassait l'Allemagne (9 %). Mais, la proportion de 15 % assumée par les versements des ménages plaçait le Canada en tête de liste de ces cinq pays. Par exemple, en Hollande, 10 % seulement des dépenses de santé proviennent de cette source en 2002.

En France, les assurances privées jouent un rôle complémentaire. Elles remboursent les « tickets » modérateurs, ou la différence entre le remboursement obtenu du régime public et les prix payés par l'utilisateur. Son rôle est délimité, non pas par le secteur d'activité où l'assurance est permise, mais par le type de remboursement. L'assurance privée couvre une portion moins importante qu'au Canada des dépenses hospitalières, 3,9 % en 2004, contre 6 % au Canada en 2002, et des dépenses en médicaments (17 %) qu'au Canada (36 %). En soins dentaires, l'assuran-



Aux États-Unis, les assureurs privés ne couvrent que le quart des dépenses de santé.

Source : AFP

ce privée joue un rôle approximativement équivalent dans les deux pays, soit environ un tiers des dépenses. Cependant, l'assurance privée couvre environ 20 % des dépenses en services médicaux en France, tandis qu'au Canada, l'assurance privée est de fait absente de ce secteur.

En 1999, le gouvernement australien rembourse aux citoyens 30 % du coût de leurs primes d'assurance privée pour l'hospitalisation. D'autres mesures ont aussi été adoptées pour favoriser l'achat par les citoyens de régimes d'assurance privée pour les hospitalisations. Des régimes d'assurance privée pour d'autres services de santé sont aussi offerts. Mais, les assurances privées ne peuvent être offertes pour couvrir les frais modérateurs qui s'appliquent aux médicaments prescrits et aux visites médicales ambulatoires inclus dans le régime public.

Aux Pays-Bas, les citoyens dont les revenus dépassent un certain seuil n'ont pas accès au régime public d'assurance pour les services médicaux et hospitaliers. Ils doivent adhérer à un régime privé qui ne leur donne cependant aucun privilège d'accès prioritaire. Cependant, tous les citoyens sont couverts pour les services de longue durée et pour les soins requis par les maladies chroniques (centres d'hébergement, services à domicile, longs séjours hospitaliers, etc.). La même

formule a cours en Allemagne avec une variante, les citoyens à revenu élevé peuvent choisir le régime public ou un régime privé, mais le choix d'un régime privé les exclut du régime public.

Tous les pays à haut revenu réglementent fortement le secteur de l'assurance privée et, souvent, le subventionnent d'une manière ou d'une autre. Par exemple, en Suède, des frais sont imposés à la visite médicale, mais le maximum annuel qu'une personne paye ne dépasse pas 132 \$ canadiens par année. Aux États-Unis, les assurances privées comptent pour 35 % des dépenses de santé, mais les subventions gouvernementales diverses assument près du tiers de ce montant. Les assureurs privés ne couvrent donc que le quart des dépenses de santé.

L'exception est la règle

Tous les pays sont des exceptions en ce qui concerne les assurances privées. Ils partagent cependant deux aspects en commun : l'assurance privée joue un rôle relativement modeste, États-Unis 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'activité ciblés, les catégories de citoyens couverts, tous diffèrent d'un pays à l'autre.

L'assurance privée diffère encore par d'autres aspects, comme par exemple la réglementation des activités des assureurs par les États et la propriété des firmes privées d'assurance, leur statut d'organisation avec ou sans but lucratif et d'assureurs généraux ou assureurs spécialisés en santé.

En conséquence, assimiler le cas canadien à celui de Cuba ou de la Corée du Nord, comme le proposent certains observateurs, parce que les assurances privées sont absentes des soins médicaux et hospitaliers, relève de l'ignorance ou de la malhonnêteté. Au Canada et au Québec, les assureurs privés sont aussi actifs dans le domaine de la santé que dans la plupart des pays à économie aussi développée. Leur part dans les dépenses totales de santé a augmenté aux cours des 25 dernières années.

Il faut donc conclure que la prétendue exception canadienne est un mythe entièrement fabriqué qui sert d'argument sans valeur dans le débat sur le rôle de l'assurance privée dans le financement des services médicaux et hospitaliers au Canada et au Québec.

François Béland est professeur titulaire au département d'administration de la santé de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

LE PRIVÉ DANS LA SANTÉ?
APRÈS LE JUGEMENT
CHAOULLI,
LES OPTIONS DU
QUÉBEC

COLLOQUE
24 ET 25 FÉVRIER 2006
STUDIO THÉÂTRE ALFRED-LALIBERTÉ, UQAM
405, RUE STE-CATHERINE EST, MONTRÉAL

Dr Gilles Paradis, Marie-Claude Prémont, Christopher Manfredi,
André-Pierre Contandriopoulos, Henriette Bilodeau, Michel Venne,
Damien Contandriopoulos, Céline Saint-Pierre, Antonia Maïoni,
Louise-Hélène Trottier, Daniel Reinharz, Amélie Quesnel-Vallée,
Mélanie Bourque, Paul Lamarche, Dr Jean Rodrigue.

Inscription : 30 \$ (25 \$ pour les membres INM)
Boîte à lunch incluse le samedi midi

Pour s'inscrire : www.inm.qc.ca • 514.934.5999

Organisé par :



INSTITUT DU
NOUVEAU MONDE



Réseau de recherche
en santé des populations
du Québec