

Le *statu quo* n'est pas une option

par Bastien Delage, Frédérique Nadeau-Marcotte,

Danny Castonguay, Martin Patenaude-Monette et Marie Léger-St-Jean

Depuis le début des années 90, le système de santé public déperit, nous rapportent les médias. Les professionnels de la santé l'observent dans divers secteurs de soins. En effet, tout semble indiquer que l'accessibilité aux soins de santé a diminué au fil des ans: une proportion importante de Québécois et Québécoises n'ont pas de médecin de famille, les listes d'attente pour les chirurgies ne raccourcissent pas et les personnes âgées sont nombreuses en milieu hospitalier à attendre une place en CHSLD. Toutefois, une fois le suivi ou le traitement amorcé, la grande majorité des patients et patientes du Québec est satisfaite des divers services qui lui sont apportés.

Il est donc nécessaire de se pencher sur la problématique de l'accessibilité aux soins de santé. En pratique, cette baisse d'accessibilité coïncide avec la politique de « déficit zéro » du gouvernement Bouchard. Résultat: fermeture d'une quantité importante de lits d'hôpital en raison d'un manque criant de personnel, effet des mises à la retraite précipitées de médecins et d'infirmières conjuguées à la baisse des admissions dans les facultés de médecine. Peu importe les raisons qui ont présidé ce choix, ces décisions politiques ont eu un impact direct sur l'accessibilité, avec les problèmes que l'on connaît aujourd'hui.

Dans ce cadre, plusieurs politiciens et intervenants de la scène publique opposent au *statu quo* actuel certaines formes de privatisation en faisant valoir l'efficacité supérieure d'un système privé débarrassé des contraintes bureaucratiques et animé par la concurrence. Selon eux, le privé peut axer sa productivité sur des critères simples : amélioration de l'accessibilité, diminution des coûts et augmentation des profits. Ces objectifs peuvent être atteints par une diminution de la main d'œuvre et de sa rémunération, une motivation par la performance et une plus grande flexibilité dans l'utilisation de la main d'oeuvre.

Financement privé

La privatisation peut prendre plusieurs formes, dont celle du financement privé (provenant directement des patients ou par des assurances privées), autorisé en partie par la réponse du ministre Couillard au jugement Chaoulli¹. Toutefois, selon les observations de François Champagne du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS) et contrairement à ce que prétendent les partisans du privé, l'ensemble des études démontre qu'un régime universel d'assurance public, donc à payeur unique, contrôle mieux les coûts qu'un système à assureurs privés multiples dont les coûts de fonctionnement sont plus élevés². Comme l'explique l'Observatoire

européen des systèmes et des politiques de santé³, les coûts administratifs des assureurs privés sont considérables: facturation, conclusion de contrat, contrôle de l'utilisation (*utilization review*), marketing, évaluation des risques, paiement ou refus des réclamations, etc. De plus, on note un problème de transmission de l'information des assureurs privés à leurs clients. En plus, l'assurance privée est régressive en fonction du revenu : les plus pauvres doivent investir une part plus importante de leurs revenus ou se contenter de soins moindres.

Le Dr Réjean Hébert, doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'UdeS et chercheur à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, met sérieusement en doute la pertinence de l'arrivée de l'assurance privée en santé, dans le contexte du vieillissement de la population : « *Le monsieur de 85 ans [...], on le laisse au système public. Parce que la même intervention coûtera plus cher dans son cas [la personne âgée] à cause des facteurs de risques, des complications possibles, de l'hospitalisation plus longue. [...]* Pour le secteur privé, le client intéressant est le jeune qui va cotiser 30 ans. C'est le paradoxe des tenants du privé : ils utilisent l'épouvantail du vieillissement de la population pour apeurer la société et proposer quelque chose – une assurance pour personnes âgées –

qu'ils ne voudront pas vendre.⁴ ».

Système à deux vitesses

Un système à deux vitesses (hôpitaux privés et publics, cliniques affiliées, etc.) est aussi proposé par les adeptes de la privatisation. Un nombre important d'études à l'échelle internationale semble privilégier les hôpitaux à buts non lucratifs, publics ou privés². En effet, 88 études concluent en un meilleur accès, une meilleure rentabilité et une meilleure qualité pour ce type d'établissements; 43 études évaluent qu'ils sont similaires dans les deux cas et 18 études seulement soutiennent que la performance des établissements à buts lucratifs est meilleure.

Les partisans du privé clament aussi haut et fort que l'introduction d'un système privé parallèle destiné aux mieux nantis désengorgerait les listes d'attente du système public. Pourtant, les études menées à cet effet, entre autres en Angleterre et en Australie, démontrent le contraire², selon François Champagne du GRIS. Plus les établissements privés sont présents dans une région, plus les listes d'attente sont longues. En effet, en situation de pénurie comme le vit le Québec, l'exode des professionnels de la santé du système public vers le système privé ne fait que détériorer la situation du réseau

public.

Pour des solutions au sein du système public

Comme le *statu quo* n'est plus acceptable et que le privé n'est pas en mesure d'améliorer la situation – il pourrait la dégrader – voici quelques pistes de solutions générales à apporter au système de santé public.

- Il faut investir massivement dans les soins de première ligne et miser sur une intégration verticale des services, des soins de premières lignes aux soins spécialisés, pour s'assurer d'une meilleure coordination.
- En réponse au vieillissement de la population, il faut investir dans les soins à domicile, beaucoup moins coûteux que les lits en CHSLD. « En Matapédia, affirme Réjean Hébert⁴, on a décidé, malgré une liste d'attente, de fermer 20 lits de soins de longue durée et d'investir tout cet argent [65000 \$/lit par an, sans coûts d'immobilisation] dans les soins à domicile. Deux ans plus tard, non seulement la liste d'attente avait disparu, mais la région comptait 20 lits inoccupés. Quand il y aura des soins à domicile, des groupes de médecine familiale, il y aura diminution de la pression sur les urgences ».
- En réponse à la baisse de

financement, issue des réformes fiscales du « déficit zéro », Réjean Hébert⁴ propose « une caisse santé universelle à laquelle on cotiserait en fonction de ses revenus, dans laquelle le gouvernement ne pourrait puiser, qui prévoirait l'augmentation des coûts de santé et fixerait les cotisations en conséquences ». D'autres, comme Dr Amir Khadir de Québec solidaire,⁵ proposent l'achat collectif de médicaments à l'échelle du Québec et la production publique de médicaments génériques, comme pratiqué en Nouvelle-Zélande.

- Finalement, lors d'un colloque tenu en novembre dernier à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont à Montréal, *Médecins canadiens pour le régime public* a discuté de nombreuses solutions concrètes de réorganisation concrètes des soins de première ligne et des soins spécialisés de même que de multiple stratégies de lutte aux listes d'attente⁶.

Pour améliorer le système de santé québécois, des solutions existent. Contrairement à une idée répandue, nombre de ces solutions ne passent pas par la subordination des ressources actuelles aux intérêts des assureurs privés.

1. RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS DU QUÉBEC. « Rappel des faits » dans *Arrêt Chaoulli*, http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/resume_f.asp (visité le 5 février 2008).
2. GROUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ. *Les PPP et la privatisation des services de santé : panacée ou illusion?* Montréal, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 2007, p. 3. <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/N07-02.pdf>
3. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS AND POLICIES. *Funding health care: options for Europe*, Buckingham, U.K., Open University Press, 2002, p. 20. <http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>
4. GENDRON, Louise. « Entrevue avec Réjean Hébert : attention les vieux arrivent! » dans *L'Actualité*, Montréal, 1^{er} décembre 2007, p. 22-26.
5. QUÉBEC SOLIDAIRE. « Hausse des prix des médicaments : une raison supplémentaire d'aller de l'avant avec Pharma-Québec » dans *Actualité*, <http://quebecsolidaire.net/actualite-nationale/hausse-des-prix-des-medicaments-une-raison-supplementaire-daller-de-lavant-avec-pharma-quebec> (visité le 5 février 2008).
6. MÉDECINS CANADIENS POUR LE RÉGIME PUBLIC. « Le système public peut être sauvé » dans *Introduction*, <http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/introduction.html> (visité le 5 février 2008)