

► Un bureau
d'audiences
publiques sur la
santé (BAPS)?

► Des cliniques
coopératives?

► Des médecins
à salaire?

► Une taxe sur la malbouffe?

100

idées citoyennes pour un Québec en santé

Sous la direction de **Michel Venne**

Supplément de

L'annuaire
du

Québec

► Un médecin de famille
garanti pour tous



SOUS LA DIRECTION DE **MICHEL VENNE**

100

idées citoyennes
pour un Québec en santé

F I D E S

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

100 idées citoyennes pour un Québec en santé

« Supplément de L'annuaire du Québec ».

Publ. en collab. avec : Institut du Nouveau Monde.

ISBN 2-7621-2642-8

1. Santé publique - Québec (Province).
2. Santé publique - Québec (Province) - Participation des citoyens.
3. Santé, Services de - Québec (Province).

I. Venne, Michel, 1960- .

II. Institut du Nouveau Monde.

III. Titre: Cent idées citoyennes pour un Québec en santé.

RA450.Q8C42 2005

362.1'09714

C2005-940881-2

Dépôt légal : 2^e trimestre 2005
Bibliothèque nationale du Québec
© Éditions Fides, 2005

Les Éditions Fides remercient de leur soutien financier le ministère du Patrimoine canadien, le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (Sodec). Les Éditions Fides bénéficient du Programme de crédit d'impôt pour l'édition de livres du gouvernement du Québec, géré par la Sodec.

IMPRIMÉ AU CANADA EN MAI 2005



100 idées citoyennes pour un Québec en santé

100 idées citoyennes pour un Québec en santé est un supplément de L'annuaire du Québec. Ce livre rend compte des débats tenus lors du Rendez-vous stratégique de l'Institut du Nouveau Monde (INM) sur la santé tenu à l'hiver et au printemps 2005. L'annuaire du Québec est un ouvrage de référence annuel publié aux Éditions Fides en collaboration avec l'INM.

Directeur

Michel Venne

Rédaction

Geneviève Bougie, Vicky Boutin, Robert Choinière, Michel Clair, Sylvie Dugas, Miriam Fahmy, Valérie Martin, Hélène Morais, Isabelle Paré, D^r Alain Poirier, Antoine Robitaille, Céline Saint-Pierre, Marcel Villeneuve.

Photographies

Valérie Sisso
(sauf indication contraire)

Direction artistique

Gianni Caccia

Mise en pages

Gaétan Venne

Les Éditions Fides
165, rue Deslauriers
Saint-Laurent (Québec)
H4N 2S4

L'Institut du Nouveau Monde
209, rue Sainte-Catherine Est
C.P. 8888, succ. Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3P8

SOMMAIRE

- 6** Introduction : Un grand dialogue citoyen
CÉLINE SAINT-PIERRE, MICHEL VENNE,
MARCEL VILLENEUVE
- 14** La santé : une responsabilité individuelle ou collective?
Le rôle de l'État : prévenir ou guérir?
VICKY BOUTIN
- 29** Des remèdes efficaces : réduire la pauvreté, protéger
l'environnement, favoriser la solidarité
D^r ALAIN POIRIER
- 32** Les dépenses de santé et l'état de santé : comparaison
du Québec avec le reste du monde
ROBERT CHOINIÈRE
- 40** L'accès aux soins : réformer le système public,
faire une place au privé ?
ISABELLE PARÉ
- 48** Comment faire du privé un allié plutôt qu'un adversaire
MICHEL CLAIR
- 51** Les coopératives et l'économie sociale :
une troisième voie ?
SYLVIE DUGAS
- 56** Le financement de la santé au XXI^e siècle :
une préoccupation universelle
VALÉRIE MARTIN ET GENEVIÈVE BOUGIE
- 64** Gouverne - Quatre aspects à examiner : la bureaucratie,
l'imputabilité, la politisation et le rôle des citoyens.
ANTOINE ROBITAILLE
- 70** L'engagement des citoyennes et des citoyens : pour un
meilleur système de santé et de bien-être
HÉLÈNE MORAIS
- 73** Les 100 idées citoyennes pour un Québec en santé
MICHEL VENNE ET MIRIAM FAHMY
- 95** L'Institut du Nouveau Monde

Un grand dialogue citoyen

**Céline Saint-Pierre, Michel Venne
et Marcel Villeneuve***



Un panel d'experts et un panel de citoyens en dialogue, le 6 mai 2005, à l'UQAM.

Même si l'état de santé des Québécois s'améliore globalement, nous ne sommes pas tous égaux devant la maladie. Dans le Québec de 2005, les pauvres, les autochtones et certains groupes de nos concitoyens ont encore une espérance de vie beaucoup plus

courte que l'ensemble de la population. La prévalence de certaines pathologies liées aux habitudes de vie augmente. L'obésité est le nouveau fléau du siècle.

Le système de soins subit pour sa part des pressions constantes. Si les malades sont généralement satisfaits



Le docteur Alain Poirier répond aux questions de citoyens en région. Vidéoconférence, le 12 mars 2005.

des soins qu'ils reçoivent, le grand public a l'impression que le système craque de partout. Il est difficile d'avoir simplement accès à un médecin de famille. Les services spécialisés sont engorgés. Les régions sont aux prises avec des pénuries d'effectifs médicaux. Les coûts augmentent plus vite que la croissance de la richesse collective. Le réseau subit des rationnements. Sournoisement, un système privé parallèle apparaît. La solidarité sociale, à la base du financement public du système de soins, semble s'effriter au profit d'une attitude plus individualiste. Le système doit faire face à de nouvelles réalités : vieillissement, nouvelles maladies, épidémies, nouvelles technologies, génomique, etc.

Un dialogue citoyens/experts

La santé est l'un des sujets de préoccupation les plus importants au Québec. C'est pourquoi l'Institut du Nouveau

Monde (INM) en a fait le thème de son premier rendez-vous stratégique. Au cours de l'hiver 2005, quelque 175 citoyens de huit régions du Québec et près d'une vingtaine d'experts ont participé à une démarche novatrice, appuyée sur des techniques d'animation rigoureuses et sur les nouvelles technologies de communication, qui consiste à faire se rencontrer les savoirs et les valeurs afin de faire apparaître les voies de l'avenir. Ce livre fait état du fruit de ces délibérations.

Cinq dilemmes

1. La santé : une responsabilité individuelle ou collective ?
2. Le rôle de l'État : prévenir ou guérir ?
3. L'accès aux soins : le privé ou le public ? Et une troisième voie ?
4. Le financement : payer plus cher ou réduire l'offre de services ?
5. Qui décide : les bureaucrates, les médecins, les politiciens ou les citoyens ?



Marcel Villeneuve

Dans le domaine de la santé, les problèmes semblent nombreux et insurmontables. Des blocages et des préjugés, des tabous empêchent de discuter et de réfléchir à des solutions qui bousculent les habitudes, même lorsqu'elles ont été appliquées avec succès ailleurs dans le monde. Des groupes d'intérêt, bien que légitimes et incontournables, monopolisent parfois les débats. L'un des buts des Rendez-vous stratégiques de l'INM est justement de casser ce monopole, en instaurant entre les experts, les acteurs du système et les citoyens et citoyennes un dialogue fructueux.

Nous sommes à l'heure des choix. Nous faisons face à des dilemmes que nous ne pourrions résoudre que collectivement. Ni les hommes et femmes politiques, ni les experts, ni les médecins ou les directions d'hôpitaux, n'ont toutes les réponses à ces questions qui dépendent non seulement des savoirs techniques mais aussi des préférences et des volontés des citoyens.

Informez, débattre, proposer

Les Rendez-vous stratégiques de l'INM ont pour objectif de dégager, par des débats ouverts et informés, une vision du Québec dans lequel nous voulons vivre dans vingt ans. Cinq grands thèmes feront l'objet d'autant de rendez-vous entre 2005 et 2007 : après la santé, nous aborderons l'économie, la culture et l'éducation, le territoire et la population, et l'État et le citoyen.

La démarche fait appel à l'imagination et à notre capacité de nous projeter dans l'avenir. Elle se conjugue en trois temps : informer, débattre, proposer.

Informez

Chaque rendez-vous stratégique est placé sous la gouverne d'un comité directeur formé d'experts reconnus et d'acteurs importants du secteur concerné. Ces personnes représentent différents courants de pensée. Le comité directeur propose une façon d'aborder le thème principal ou de formuler les questions à débattre. Ces questions sont posées sous la forme de dilemmes à résoudre. Les participants sont ainsi invités à faire des choix, à trancher parfois dans le vif. Bref, à prendre position.

Pour chacun des dilemmes soumis au débat, l'INM constitue une docu-

Le comité directeur

Marcel Villeneuve. Président du comité. Consultant, ancien directeur général de la Régie de la santé et des services sociaux de Montréal centre.

Michel Clair. Président et chef de la direction du groupe Santé SEDNA, président en 2000-2001 de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

André-Pierre Contandriopoulos. Professeur au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

Jean-Claude Deschênes. Président du conseil d'administration du CHUQ, ancien sous-ministre aux Affaires sociales.

Pierre-Gerlier Forest. Expert scientifique en chef à Santé Canada, directeur de recherche à la Commission Romanow.

Claude Garcia. Président (1983-2004) opérations canadiennes de Standard Life.

Benoît Gareau. Dentiste, membre fondateur du regroupement Espace Santé.

Vivian Labrie. Coordonnatrice de la Coalition pour le Québec sans pauvreté.

Paul Lamarche. Professeur au département d'administration de la santé et de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

Joëlle Lescop. Directrice des affaires clinico-administratives à l'AQESSS, ancienne secrétaire générale du Collège des médecins, porte-parole de l'Action démocratique du Québec (ADQ) sur la santé aux élections de 2003.

Richard Massé. Président de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Hélène Morais. Présidente du Conseil de la santé et du bien-être.

Michel Venne. Directeur général de l'Institut du Nouveau Monde.

mentation pertinente, faite de courts essais dégageant les enjeux, les problèmes et les pistes de solutions. Ces essais sont distribués aux participants dans un cahier. Une synthèse de ces textes est publiée dans ce livre. Ils sont également disponibles sur Internet dans le centre de documentation virtuel de l'INM (www.inm.qc.ca). Ce centre de documentation virtuel comporte également des textes de référence, des études, des articles scientifiques, des données statistiques.

Des conférenciers sont invités à prendre la parole devant les participants. Ces conférenciers sont membres du comité directeur ou non. Le directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe, Marc Danzon, l'ancien ministre de la Santé Jean Rochon, le directeur national de santé publique du Québec, Alain Poirier, et le professeur François Béland de l'Université de Montréal, se sont

joints à Michel Clair et Hélène Morais pour offrir aux participants une mise en contexte sur chacun des dilemmes avant que le débat s'engage.

Débatte

Le débat s'est lui-même déroulé en trois temps. Deux premières rencontres ont été organisées dans huit régions du Québec. Les huit régions ont d'abord été interconnectées par vidéoconférence, grâce à la collaboration de l'UQ, afin de permettre à tous les participants, quel que soit leur lieu de résidence, d'entendre les conférenciers et de leur poser des questions. Les conférences ont aussi été diffusées sur Internet et elles sont toujours disponibles (son, images et texte) sur le site Internet de l'INM.

Par la suite, les samedis 12 mars et 9 avril, les participants se sont retrouvés entre eux, dans leurs régions respectives, pour discuter des dilemmes



Céline Saint-Pierre

Santé : le temps des choix
Le premier rendez-vous stratégique de l'Institut du Nouveau Monde

5 dilemmes à résoudre.
Le choix des citoyens pour un Québec en santé.

SANTÉ : le temps des choix RENDEZ-VOUS STRATÉGIQUES
12 MARS, 9 AVRIL, 6-7 MAI 2005

Un rendez-vous en 3 Temps
Les 12 mars et 9 avril 2005
2 rencontres régionales dans 10 régions du Québec
Les 6 et 7 mai 2005
Rencontre nationale à Montréal

INM Institut du Nouveau Monde

Université du Québec | Prévention | Québec 2014

Dépliant promotionnel

Conférence-midi sur la santé

Vendredi 6 mai 2005

- Pourquoi les gouvernements préfèrent-ils guérir plutôt que prévenir ?
- Pourquoi devraient-ils agir sur les déterminants de la santé et mettre l'accent sur la prévention ?

Les conférenciers invités sont :

M. MARC DANZON, directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Europe

M. JEAN ROCHON, ancien ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec
DR. ALAIN POIRIER, directeur de la santé publique du Québec

Animée par **Michel Venne**, directeur général de l'INM.

Organisée par l'Institut du Nouveau Monde (INM) et le Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne (GREAS 1)

En marge du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé (www.inm.qc.ca).

Lieu : Auditorium Rousselot, Hôpital Notre-Dame, Pavillon Lachapelle, Rez-de-chaussée, 1560 rue Sherbrooke Est, Montréal

Heure : 12 h 30 - 14 h 30

RSVP : Inscrivez-vous avant le mercredi 4 mai 2005. Les places sont limitées. Isabelle Rioux, iroux@santepub-rmtl.qc.ca, tél. : 528-2400 poste 3488.

Publicité Le Devoir. Un débat organisé en marge du Rendez-vous stratégique sur la santé.



Michel Venne



Sur l'écran, Hélène Morais, à Québec. À Montréal, François Béland, Michel Clair et Michel Venne. Vidéoconférence, 12 mars 2005.

qui leur ont été soumis. Leur tâche était double. Elle consistait d'abord à définir les orientations stratégiques pour les vingt prochaines années et ensuite à formuler des propositions concrètes d'action pour que ces orientations deviennent réalité.

La synthèse des orientations stratégiques a été dévoilée lors de la rencontre nationale des 6 et 7 mai, à

Montréal. Ce sont des citoyens et des citoyennes, provenant de plusieurs régions, qui ont rendu publiques ces orientations devant public et en présence d'un panel d'experts (les membres du comité directeur et les conférenciers invités). Les experts ont réagi aux orientations retenues par les citoyens et citoyennes. Un dialogue a pris place entre eux. Cet échange entre citoyens et experts a été capté sur pellicule, sera diffusé au Canal Savoir sur le câble et est disponible en son et images sur le site Internet de l'INM.

Proposer

Le 7 mai, les participants se sont réunis en assemblées délibérantes thématiques et ont débattu des propositions provenant des huit régions participantes. Ils ont adopté puis placé en ordre de priorité celles qui recueillaient l'assentiment majoritaire. Ces propositions sont devenues les recomman-



Marc Danzon, à Copenhague. Vidéoconférence, 12 mars 2005.



Discussion en atelier, 12 mars 2005, à Montréal.



dations des membres de l'INM ayant participé au Rendez-vous stratégique. Ce sont les 100 idées citoyennes pour un Québec en santé qui font l'objet de la dernière section de ce livre.

Les recommandations ont été dévoilées en après-midi en présence d'acteurs-clés du système de santé qui ont pu y réagir sur le champ. Ce livre fait également état de leurs réactions et de celles des experts.

Diffuser la parole citoyenne

L'INM s'est engagé à faire écho à ces délibérations, à diffuser la parole citoyenne, à communiquer aux décideurs et au grand public et à faire la promotion des idées retenues. Ce livre est l'un des moyens pour ce faire. Un rapport a été remis, à sa demande, au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. L'intérêt suscité par cette démarche se vérifie également par l'appui des partenaires et des com-

manditaires : le Conseil de la santé et du bien-être, la Fondation Lucie et André Chagnon, l'Institut national de santé publique du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec, l'Association des CLSC et des CHSLD, l'Université du Québec, le Service aux collectivités de l'UQAM, la direction Europe de l'Organisation mondiale de la santé, Conceptis Technologies et Standard Life.



Trois générations. Discussion en atelier, 12 mars 2005.



Dr Richard Massé



Panel d'experts, 6 mai 2005, à l'UQAM.

Ces débats ne resteront pas lettre morte. Ils connaîtront des suites à l'intérieur même de l'INM, de ses instances et de ses cercles régionaux, pour analyser les retombées et assurer un suivi quant à leur application. Ils contribuent, avec ceux qui suivront lors des quatre prochains Rendez-vous stratégiques de l'INM mais aussi avec l'apport des jeunes participants à l'École d'été de l'Institut

du Nouveau Monde, qui se tient tous les ans, fin août, à définir un projet de société pour le Québec de 2025.

Le Québec va changer, c'est certain. Nous avons le choix entre subir des changements décidés par d'autres et formuler ceux que nous souhaitons. L'INM invite les Québécois et Québécoises à décider, ensemble, de leur avenir.



12 mars 2005, à Québec.



12 mars 2005, à Sherbrooke.

* Céline Saint-Pierre est présidente du comité de coordination des rendez-vous stratégiques de l'INM, Michel Venne est directeur général de l'INM, Marcel Villeneuve est président du comité directeur du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé.



► Dilemmes 1 et 2

La santé :
une responsabilité
individuelle ou collective ?

Le rôle de l'État :
prévenir ou guérir ?



La santé, une responsabilité individuelle ou collective?

Le rôle de l'État : prévenir ou guérir?

Vicky Boutin

Journaliste



Cahier du participant

La croyance populaire relie la santé d'une population à l'état de son système de soins. Au cours des dernières années, les débats sur le financement des soins de santé se sont multipliés de façon si vertigineuse, que l'importance des autres facteurs influençant la santé a été largement occultée.

Le système de soins n'est en effet qu'un des déterminants de notre bien-être parmi une panoplie d'autres paramètres que l'on est souvent porté à oublier. À plusieurs égards, de bonnes habitudes de vie, une alimentation saine et la pratique d'activités physiques sont des moyens concrets permettant de repousser la maladie.

Cependant, bien qu'une large part de notre état de santé repose sur ces responsabilités personnelles, certaines clés de réussite ne peuvent être prises en charge par un individu seul. Selon plusieurs spécialistes, les facteurs sociaux et économiques, en particulier la pauvreté, sont les déterminants les plus fondamentaux de notre état physique

et mental. Pour améliorer la santé de la population québécoise, faut-il alors privilégier une politique de soins ou une politique de santé?

La commission Romanow, à l'échelle canadienne, et la commission Clair, au Québec, ont toutes deux rappelé l'importance de la prévention afin d'améliorer l'état de santé de la population. Actuellement, les maladies qui font le plus de ravages sont causées par de mauvaises habitudes de vie. La plupart des Québécois connaissent leur responsabilité face à leur santé, mais ne font pas toujours les efforts nécessaires pour améliorer leur sort.

Tabagisme et alcool

Le tabagisme est l'une des habitudes couramment ciblées par les campagnes de sensibilisation, et pour cause. Selon Statistique Canada, 26 % de la population québécoise âgée de 12 ans et plus fume¹. (Voir texte plus loin dans ce recueil). Chaque année, au Québec, on estime qu'environ 12 000 décès sont

attribuables à l'usage du tabac, et 1 100 à la fumée secondaire². Selon la Banque mondiale « la moitié de tous ceux qui fument depuis longtemps seront victimes du tabac, et la moitié d'entre eux mourront dans la force de l'âge, abrégeant leur existence de 20 à 25 ans ».³ Les maladies liées au tabagisme sont nombreuses : maladies cardiovasculaires, cancer du poumon ou d'autres organes, maladies respiratoires, pour n'en nommer que quelques-unes. La sévère dépendance créée par la nicotine complique les luttes contre le tabagisme. En effet, parmi ceux qui essaient d'arrêter seuls la cigarette, 98 % reprennent leur mauvaise habitude dans l'année qui suit.⁴ C'est pourquoi les mesures de soutien aux fumeurs et les différents moyens de sensibilisation deviennent si importants. Heureusement, au Québec, les mesures mises de l'avant depuis le début des années 1990 semblent être bénéfiques : le fléau du tabagisme est passé de 38 % en 1994 à 28 % en 2000.⁵ Pour arriver à un tel résultat, la variété des interventions est une clé de réussite. La dénonciation des industries du tabac, les campagnes médiatiques et éducatives, la Loi sur le tabac, le remboursement des aides pharmacologiques de sevrage de la nicotine, la taxation et les services de soutien aux nouveaux non-fumeurs ont probablement permis de changer la norme d'acceptabilité du tabagisme dans la société québécoise et, ainsi, de réduire sa prévalence.⁶

L'alcool figure également au banc des accusés. Bien entendu, les conséquences qu'il entraîne dépendent des façons de boire. Il est bien connu par exemple qu'une consommation modérée d'alcool peut avoir des effets

positifs sur les maladies coronariennes. Cependant, nous savons aussi que les effets négatifs sont hautement nuisibles à la santé physique et mentale. Citons seulement de nombreux cas de cancers, d'accidents cérébrovasculaires, de cirrhose du foie, d'hypertension artérielle de même que les cas de violence, les accidents de la route et les problèmes psychologiques menant parfois au suicide. Depuis 1997, les enquêtes révèlent que les Québécois achètent et consomment plus d'alcool.⁷ Cette hausse est préoccupante, puisqu'il est maintenant bien établi que les problèmes psychosociaux, de santé et de sécurité liés à l'alcool augmentent au même rythme que la consommation moyenne.⁸ De plus, la hausse la plus inquiétante a été observée chez les jeunes adolescents âgés de 15 à 17 ans, le seul groupe d'âge à connaître une hausse constante depuis le milieu des années 1980.⁹

Tel que noté dans le cas du tabagisme, la lutte contre les habitudes de vie malsaines doit être menée de façon concertée à plusieurs niveaux. La consommation d'alcool et les campagnes promotionnelles de la Société des alcools du Québec (SAQ) illustrent bien ce propos. Le virage commercial dans lequel s'est engagé la SAQ au début des années 1990 a en effet suscité l'inquiétude du Conseil des directeurs de santé publique une dizaine d'années plus tard. Les objectifs d'augmentation des ventes et les stratégies de promotion utilisées par la Société leur semblaient potentiellement défavorables au bien-être et à la santé de la population québécoise. Le Conseil a alors mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) d'étudier les pratiques

commerciales de la SAQ. Bien qu'ils n'aient pu conclure à un lien direct entre ces pratiques et l'augmentation de la consommation, les chercheurs de l'INSPQ émettent des doutes quant aux bénéfices des stratégies utilisées. Si ces stratégies mènent effectivement à une hausse de la consommation à risque d'alcool, l'Institut national de santé publique craint de voir augmenter les problèmes sociaux et de santé qui y sont associés. Ainsi, le cas de la SAQ montre bien les risques associés à une diminution du contrôle exercé par l'État.

La malbouffe

La responsabilité individuelle en matière de santé fait également référence à une saine alimentation. La consommation de fruits et de légumes est l'une des habitudes alimentaires les plus recommandées par les spécialistes de la santé. De nombreuses études ont démontré que la consommation quo-

tidienne d'au moins 400 grammes de fruits et légumes, soit environ cinq portions, peut prévenir l'apparition de nombreux problèmes de santé, comme certains cancers, le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et l'obésité. Une consommation adéquate de fruits et légumes pourrait réduire d'au moins 20% le nombre de cancers!¹⁰ Les vertus protectrices des fruits et légumes sont bien connues puisqu'ils offrent au corps humain les minéraux, les fibres et les vitamines dont il a besoin. Les antioxydants qu'ils contiennent ont également la propriété d'empêcher la prolifération des cellules cancéreuses. Malgré ce lot de bonnes vertus, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, à peine 43 % des Québécois de 12 ans et plus affirment consommer leurs cinq portions de fruits et légumes par jour.¹¹ La situation est décevante, d'autant plus qu'elle est semblable

Le fléau de l'obésité

L'un des problèmes les plus criants en santé publique est le fléau de l'obésité, largement influencé par les habitudes de vie. Au Québec, comme dans toutes les sociétés occidentales, la situation est inquiétante, et ce, particulièrement chez les jeunes qui sont de plus en plus nombreux à avoir un excès de poids. Selon la Fondation des maladies du cœur du Canada, environ un Québécois sur deux est présentement considéré comme atteint d'embonpoint ou d'obésité. Chez les enfants, cette proportion est de 28 %. À l'échelle internationale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que la planète compte désormais autant de gens accusant un surplus de poids que de personnes sous-alimentées ! Une saine alimentation est bien sûr une clé de réussite pour diminuer le problème. Mais la plus importante cause est probablement l'inactivité physique, que l'OMS explique par la sédentarisation des modes de vie tant dans les pays industrialisés, que dans

ceux en voie de développement.¹² Outre l'obésité, la sédentarité peut aussi entraîner une mortalité précoce, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'ostéoporose ainsi que des symptômes de dépression et d'anxiété. Pour provoquer des bénéfices sur la santé, les spécialistes suggèrent qu'il faut dépenser environ 1000 kilocalories par semaine, ce qui équivaut en moyenne à 30 minutes d'activité physique par jour.¹³ Or, plus d'un Québécois sur deux se dit inactif dans ses activités de loisir (on note toutefois une amélioration à cet égard).¹⁴ Tout comme pour les fruits et légumes, cette tendance est généralisée autour du globe. À peu près tous les gouvernements des pays industrialisés ont fait de la promotion de l'activité physique l'une de leurs priorités en santé. Ici, Kino-Québec veut réduire de 46 % à 41 % la proportion de la population de 15 ans et plus qui ne fait pas suffisamment d'activité physique d'ici 2010.

partout à travers la planète. La consommation adéquate de fruits et légumes est une solution simple qui permettrait pourtant l'amélioration de l'état de santé de la population.

Les campagnes de promotion sont-elles efficaces ?

Pour atteindre son objectif d'ici 2010, Kino-Québec mise entre autres sur son porte-parole Vas-y, véritable porte-étendard d'une campagne de sensibilisation de masse pour promouvoir l'activité physique. Mais est-ce qu'une campagne de ce genre peut réellement changer les habitudes d'une population ? Pour les spécialistes de l'Institut national de santé publique, c'est une mesure insuffisante. « En santé publique, Vas-y nous a laissés un peu sceptique, affirme Réal Morin, directeur scientifique à la Direction du développement des individus et des communautés de l'INSPQ. En réalité, notre crainte, c'est que cette campagne se limite à ça. On fait beaucoup d'efforts actuellement pour qu'il y ait un ensemble de mesures, notamment des politiques qui touchent différents milieux, comme le milieu municipal ou scolaire. On souhaite que les politiciens ne se satisfassent pas d'une visibilité Vas-y, mais que ça donne lieu à des mesures qui vont réellement appuyer l'adoption de comportements. On doit démontrer qu'on mettra en œuvre tout ce qu'il faut pour favoriser les habitudes de vie dans ce contexte. » Selon l'INSPQ, utilisée comme seul moyen de promotion, malgré ses bénéfices à court terme, une campagne comme celle-ci n'entraîne souvent que des changements minimes et éphémères.

Les clés du succès se trouvent dans la variété des approches. Précédemment, il a été question des mesures

utilisées dans la lutte contre le tabagisme. La Loi sur le tabac, la taxation, le changement d'attitude envers l'industrie, les campagnes médiatiques et éducatives ainsi que le soutien aux ex-fumeurs ont brillamment réduit la propagation de ce que la Banque mondiale nomme l'« épidémie du tabagisme ». Les efforts de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour diminuer les accidents de la route constituent une autre lutte à citer en exemple. « La SAAQ a fait non seulement des campagnes éducatives, mais a travaillé la loi, les sanctions, et c'est l'ensemble des stratégies qui a résulté en une diminution de moitié de la mortalité », soutient Danielle Saint-Laurent, coordonnatrice d'unité à l'INSPQ. C'est sans doute l'une des campagnes qui ont eu les meilleurs impacts au niveau de la santé.

Taxer la malbouffe ?

Au cours des derniers mois, une proposition du ministre responsable du Sport et des Loisirs, Jean-Marc Fournier, a suscité la controverse. Pourtant, celle-ci visait justement l'amélioration de la santé et le changement des habitudes de vie. Le ministre proposait de taxer les aliments de faible teneur nutritionnelle, ce qui est maintenant convenu d'appeler la malbouffe. Cette taxe serait appliquée sur les sacs de croustilles et les boissons gazeuses. Jean-Marc Fournier prévoyait injecter les quelques dizaines de millions de dollars rapportés par année dans la construction d'infrastructures sportives, comme des terrains de soccer, des piscines ou des gymnases. Devant cette nouvelle taxation, de nombreux consommateurs sont montés aux barricades pour décrier cette mesure, plusieurs consi-

dérant leur liberté de consommation brimée par celle-ci.

À l'Institut national de santé publique, on réfléchit sur la pertinence de recommander la taxation des aliments à faible valeur nutritionnelle. L'expérience de la taxe sur les cigarettes montre qu'il s'agit d'une mesure très efficace pour lutter contre les mauvaises habitudes de vie. *« On ne peut pas imaginer une politique publique performante en matière de consommation de substance à risque de dépendance, comme l'alcool et le tabac, qui n'introduise pas la notion d'une taxation, estime le directeur scientifique Réal Morin. À savoir si, dans le cas des aliments, ce serait une mesure acceptable, c'est une bonne question. Il est vraisemblable qu'elle serait efficace. »*

Le rôle des municipalités

Les mesures à envisager pour faire la promotion de la santé ne se résument pas seulement aux actions des niveaux de gouvernements supérieurs. Même si

elles ne contrôlent qu'environ 10% des fonds publics, les municipalités ont un rôle d'une grande importance dans cette mission.¹⁵ Le Réseau québécois Villes et Villages en santé fait d'ailleurs la promotion de cette vision communautaire. Selon Pierre J. Hamel, auteur d'un article sur le sujet dans *L'annuaire du Québec 2004* (cet article est disponible dans le centre de documentation virtuel de l'Institut du Nouveau Monde à www.inm.qc.ca, section Rendez-vous stratégiques), les maires ne sont pas toujours conscients – ou préfèrent ne pas l'être – des conséquences que certaines mesures pourraient provoquer sur la santé de leur population, entre autres parce que les instances municipales s'avèrent souvent frileuses à l'idée d'élargir leur champ de compétence.

Selon Robert Pampalon, géographe et agent de recherche à l'Institut national de santé publique, *« les habitudes de vie s'inscrivent dans un milieu plus global. Pour bouger, nous devons avoir des raisons. Dans les banlieues d'outre-mer où tous les services sont à distance de voiture, les occasions de se déplacer à pied sont moins fréquentes. Plusieurs écrits montrent que l'excès de poids est très présent dans les banlieues nord-américaines. »* Cette opinion a d'ailleurs été récemment corroborée par la Fondation des maladies du cœur du Canada. On peut lire sur leur site web que *« le tout premier rapport de la Fondation portant sur la différence entre la vie urbaine et périurbaine indique clairement que la population canadienne dépendante de l'automobile fait beaucoup moins d'activité physique et court un risque beaucoup plus élevé d'embonpoint et d'obésité. En d'autres mots, le rêve de la banlieue semble tourner au cauchemar. »* Une étude publiée le 22 février 2005 dans le

Mon maire et ma santé

Bien que les municipalités québécoises ne possèdent pas de responsabilité formelle en matière de santé, certaines de leurs décisions peuvent grandement favoriser la santé publique. C'est le cas par exemple pour l'aménagement de parcs, de pistes cyclables et d'installations sportives, de même que pour la mise sur pied d'un service de loisirs adéquat. Réduire la vitesse permise dans les rues résidentielles favorise la sécurité routière et rend les quartiers plus agréables à vivre, d'autant plus que plusieurs automobilistes préféreront emprunter des chemins plus rapides, allégeant les alentours de leur pollution et de leur vacarme. Le transport en commun est aussi une mesure efficace lorsque le service est adéquat. En plus de réduire la pollution, il encourage la mobilité et permet une plus grande accessibilité aux ressources disponibles pour les gens autrement limités dans leurs déplacements.

American Journal of Public Health montre l'importance des milieux scolaires dans l'adoption de saines habitudes de vie. L'étude sur les habitudes de vie et la réussite scolaire des enfants a été réalisée en 2003 auprès de 5 200 élèves de cinquième année de la Nouvelle-Écosse. Elle démontre que le taux d'obésité de ces jeunes du primaire a diminué de moitié dans les écoles qui comptaient un programme de promotion de la santé et de saines habitudes alimentaires. Seulement 4% des élèves fréquentant ces établissements étaient obèses, comparativement à 10% dans les autres écoles. Depuis trois ans, les gouvernements fédéral et provincial ont octroyé près de 300 000 \$ aux écoles de la vallée d'Annapolis, en Nouvelle-Écosse, afin de mettre sur pied des programmes de promotion de la santé. Grâce à ces initiatives, les écoles concernées augmentent le temps consacré à l'activité physique, diminuent la présence de nourriture malsaine et les professeurs discutent davantage des bienfaits de la nutrition et de l'exercice. Les subventions gouvernementales servent à compenser les pertes financières causées par l'arrêt de la vente de malbouffe.

La pauvreté, déterminant majeur de l'état de santé

Bien que notre état de santé soit en partie indéniablement lié à nos actions personnelles, celles-ci ne peuvent agir sur tous les déterminants de la santé. Plusieurs spécialistes montrent du

doigt l'importance des déterminants socioéconomiques dans la sphère du mieux-être. Malgré toute bonne volonté, ces facteurs ne peuvent être surmontés par une seule personne. Tout comme c'était le cas au siècle dernier dans toutes les sociétés, il existe aujourd'hui au Québec une disparité criante entre les gens malades et ceux en santé, entre les pauvres et les riches. Les études sur le sujet s'accroissent depuis quelques années et elles ont désormais établi un lien ferme entre l'état de pauvreté d'une population et sa santé.

L'une des corrélations les plus solides et les plus connues a été établie entre la situation socioéconomique et la santé des tout-petits. Malgré les améliorations notoires réalisées au cours des dernières décennies, les enfants qui voient le jour au sein de familles défavorisées sont toujours plus susceptibles de connaître des problèmes de santé. Par exemple, ils ont une plus grande probabilité de séjourner à l'hôpital et risquent davantage d'avoir des infections aux voies respiratoires.¹⁶ De plus, l'enfant sera davantage suivi par un médecin généraliste que par un pédiatre. Les mères défavorisées donnent aussi plus souvent naissance à des bébés de petits poids, et l'enfant court plus de risques de connaître un développement tardif.

Chez l'adulte, la pauvreté et l'isolement social qui l'accompagne ont des effets néfastes tout aussi palpables. L'explication de ce phénomène de société nécessite encore plus de recherches, mais les spécialistes en santé publique peuvent désormais en comprendre les grandes lignes. Ginette Paquet, chercheuse à l'Institut national

de santé publique du Québec, résume ainsi le phénomène :

« Ce qui est de plus en plus documenté, c'est ce que nous appelons le sentiment de contrôle sur sa destinée. Donc, ne pas avoir de contrôle sur ses conditions de vie, sur son travail, sur sa participation sociale ou sur la façon dont on va payer le logement à la fin du mois, induit un stress qui affecte entre autres le système immunitaire et le système endocrinien. Cela se traduit ensuite par une vulnérabilité accrue, du point de vue cardiaque ou cancéreux par exemple. L'axe de stress se traduit donc dans les systèmes physiologiques. »

Selon les experts de l'INSPQ, bien que les actions individuelles aient un effet bénéfique réel au niveau personnel, elles seules sont loin d'être suffisantes pour renverser la tendance sur le plan collectif. « Dans le meilleur des mondes où il n'y aurait pas ces facteurs de risques, où personne ne fumerait, où chacun mangerait ses 5 à 10 fruits et légumes et ferait de l'activité physique, le gradient selon la classe sociale jouerait encore et tout le monde ne serait pas égal face à la maladie », soutient le directeur Réal Morin.

De plus, les initiatives de sensibilisation du public n'ont souvent pas les effets escomptés auprès de toutes les couches de population.

« Les grands programmes de prévention des maladies cardiovasculaires en Europe, aux États-Unis et au Québec ont démontré que les programmes axés sur les mesures individuelles n'amènent que des changements chez la couche de population la plus scolarisée, la plus favorisée économiquement, donc ils vont même souvent

augmenter les écarts de santé. Ces démarches touchent moins les populations vulnérables. » Johanne Laguë, coordonnatrice scientifique à l'INSPQ.

Quelques données sur la pauvreté

Au début du XXI^e siècle, la métropole montréalaise abritait environ un demi-million de pauvres sur une population totalisant moins de 2 millions.¹⁷ 23 % des familles y vivaient sous le seuil de faible revenu. Robert Pampalon et Guy Raymond ont évalué qu'en 1996-1998, il y avait un écart d'environ cinq années d'espérance de vie et autant que 14 années de différence pour l'espérance de santé entre les plus et les moins favorisés, à la fois sur le plan matériel et social.¹⁸ L'espérance de vie en bonne santé – ou espérance de santé – est une mesure qui conjugue durée et qualité de vie. Les moins nantis de la société courent donc plus de risques d'être contrainsts par une incapacité quelconque, comme une maladie ou une réduction de certaines fonctions comme la vue, l'ouïe, la parole ou la mobilité.¹⁹ M. Pampalon précise que « ces écarts sont beaucoup plus grands dans les grandes villes parce que les écarts sociaux y sont plus importants que dans les milieux ruraux. »

Chez nos voisins du sud, la situation est encore plus critique. Pour un homme noir de 15 ans vivant à Harlem, un quartier très pauvre, les chances d'atteindre 65 ans ne sont que de 37 %, alors que pour un Américain blanc, elles sont de 77 %.²⁰ Le clivage est bien réel.

Des pays comme le Danemark, la Norvège, la France et les Pays-Bas sont parvenus à freiner l'augmentation des inégalités. D'autres, comme le

En 1996-1998, il y avait un écart d'environ cinq années d'espérance de vie et autant que 14 années de différence pour l'espérance de vie en bonne santé entre les plus et les moins favorisés à Montréal.

Royaume-Uni ou l'Allemagne, n'ont pas si bien réussi.²¹

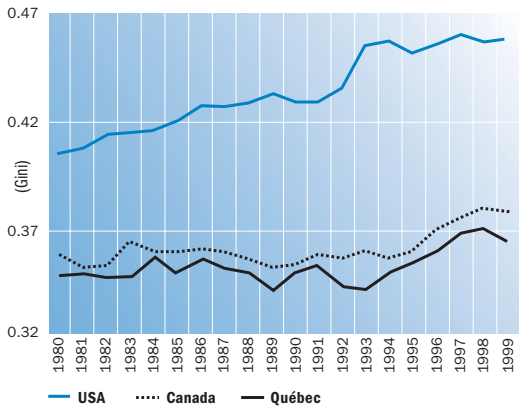
En Amérique du Nord, la prévalence des inégalités semble s'accroître. Le graphique ci-contre montre bien la tendance²². L'indice Gini est utilisé en sciences sociales pour mesurer le degré d'inégalité dans la répartition des richesses, des revenus, de la productivité, des biens, de la mobilité sociale et du pouvoir politique. Cette échelle comprend deux pôles : le pôle 0 (situation d'égalité totale) et le pôle 1 (situation d'inégalité totale). Les courbes du Canada et du Québec montrent un degré d'inégalité inférieur à celui des États-Unis, mais on y dénote globalement une hausse au cours des dernières années. Cette augmentation est beaucoup plus accentuée du côté américain.

Quelques données sur les inégalités de santé au Québec

Les effets de la pauvreté se traduisent de plusieurs façons dans les milieux les plus touchés. Dans les quartiers défavorisés, surtout dans les grandes villes, on peut souvent noter le manque de logement ou leur mauvaise qualité, un faible nombre d'aires de jeux ou d'espaces verts, et un nombre plus restreint de commerce alimentaire. Ces mauvaises conditions de vie, ajoutées à la précarité économique mènent à des habitudes néfastes et à des problèmes de santé bien réels.

En 1998, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre a choisi de consacrer son premier rapport annuel à la question des inégalités de santé. On peut y lire qu'une étude de la Direction a établi une corrélation entre le revenu et la santé pour quelques 140 indicateurs. Voici les excédents les plus

GRAPHIQUE 1 Évolution de l'indice Gini, ménages 1980-1999



Source : Statistique Canada, USA. Census. Tableau Politiques Sociales.net

marquants entre le groupe de revenu le plus faible et le plus élevé : +580 % pour la fécondité des adolescentes âgées de 15 à 19 ans, +111 % pour le suicide, +62 % pour le cancer du poumon, +47 % pour le faible poids à la naissance et +31 % pour les hospitalisations. Des données pour le moins inquiétantes.

Afin d'améliorer la santé des plus démunis, on serait tenté de mettre l'accent sur l'adoption de bonnes habitudes de vie. Cependant, les actions individuelles qu'ils pourraient envisager d'entreprendre sont elles aussi sujettes à leur situation socioéconomique. En ce qui concerne la nutrition par exemple, il est évident que les personnes à faible revenu ne possèdent pas toujours les ressources nécessaires pour s'offrir des repas de qualité. Selon l'Enquête sociale et de santé de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), les personnes défavorisées sont celles qui manifestent

le plus d'insécurité alimentaire, un terme qui regroupe trois caractéristiques, soit la monotonie du régime alimentaire, la restriction de l'apport alimentaire et l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants par manque d'argent.²³ Environ une personne pauvre sur cinq et quatre personnes très pauvres sur dix déclarent ce genre de problèmes alimentaires. Ceux-ci, tel que discuté précédemment, ont une grande influence sur l'état de santé des individus.

Une corrélation faible, mais significative, a également été notée en ce qui concerne la consommation de médicaments. Globalement, les personnes les plus aisées financièrement affichent une consommation plus élevée et recourent plus souvent à des médicaments non prescrits liés à des approches alternatives.²⁶ Cette tendance pourrait d'ailleurs contribuer à creuser les écarts de santé entre les deux pôles de l'échelle sociale puisque ces médicaments sont à l'entière charge des consommateurs. Cette observation peut aussi être appliquée aux frais de santé

seulement couverts par un régime d'assurance privé. Des services tels que la physiothérapie à l'extérieur des murs de l'hôpital, l'orthodontie, la chiropractie ou l'acupuncture ne sont couverts que pour les personnes adhérant à un tel régime. L'iniquité est évidente pour les personnes qui ne peuvent bénéficier d'une assurance privée. Ceux-ci utiliseront donc moins des services qui seraient pourtant nécessaires pour améliorer leur état de santé.

Il ne faut pas oublier que les difficultés rencontrées par les personnes pauvres ont d'importants impacts sur le développement de leurs enfants. Plusieurs connaîtront à leur tour des problèmes de santé ou des difficultés d'intégration sociale. Ces jeunes ont également plus de chance de décrocher à l'école secondaire, de développer des problèmes d'anxiété, ou, pour les jeunes filles, de faire face à une grossesse à l'adolescence, tel que rapporté plus haut.

Quelqu'un qui n'appartient pas à la couche la plus pauvre de la société n'est toutefois pas à l'abri de ces inégalités. Des études ont prouvé que la position détenue dans la hiérarchie sociale est également un déterminant de santé. La plus connue est celle réalisée par Michael Marmot, épidémiologiste au University College de Londres, auprès de fonctionnaires britanniques de sexe masculin âgés entre 20 et 64 ans. En étudiant ce groupe de population sur une période de dix ans, le chercheur a entre autres constaté que les hommes âgés de 40 à 64 ans qui occupaient des emplois manuels ou de bureau mouraient en trois fois plus grand nombre que le personnel professionnel ou administratif.²⁷

Plus pauvres, moins actifs

L'étude de l'ISQ montre que les gens plus éduqués pratiquent plus fréquemment des activités physiques de loisir. Ainsi, 32 % des personnes à scolarité plus élevée font de l'activité physique trois fois ou plus par semaine, alors que ce n'est le cas que de 21 % de ceux possédant une plus faible éducation.²⁴ Parmi ceux qui ont déclaré ne faire aucune activité physique, on retrouve 42 % des gens détenant la plus faible scolarité, alors que ce n'est l'habitude que de 18 % des plus scolarisés. Un écart semblable est également observable selon le niveau de revenu des répondants. Ces habitudes de vie ont un impact certain sur l'obésité et l'indice de masse corporelle. L'étude démontre que la proportion des personnes ayant un excès de poids diminue lorsque le niveau de scolarité augmente.²⁵

Certaines inégalités en matière de santé ont aussi été notées entre les milieux urbains du Québec et les milieux ruraux, ces derniers étant caractérisés par des conditions de revenu, d'emploi et de scolarité inférieures. « *Les écarts régionaux se retrouvent sur des problèmes de santé spécifiques, notamment sur certaines formes de décès. Le suicide par exemple est plus important en milieu rural, de même que les maladies respiratoires et les cancers du poumon* », précise Robert Pampalon de l'INSPQ. Le suicide est d'ailleurs l'une des deux causes de décès qui distinguent le plus les deux milieux, avec les accidents de la route. Ils sont beaucoup plus fréquents en zone rurale. Robert Pampalon précise toutefois que « *le tableau n'est pas tout noir ou tout blanc* ». En effet, les habitants des milieux ruraux semblent avoir moins de problèmes de dos, d'asthme, d'allergies autres qu'alimentaires et moins de cas de diabète.²⁸

En ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance, celle des résidents ruraux est plus courte d'une demi-année comparativement à celle des résidents urbains. Une observation semblable s'applique pour l'espérance de vie en bonne santé, qui est d'une année et demie de moins pour les collectivités rurales. Cette situation est semblable ailleurs au Canada, ainsi que dans d'autres pays industrialisés comme les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie.²⁹

Lorsqu'on parle d'écarts flagrants en santé, il ne faut pas passer sous silence la situation des peuples autochtones. En 1995, 44 % de cette population affichait un faible revenu.³⁰ Malgré les gains notoires des dernières décennies en ce qui concerne la réduction de la toxicomanie et l'amélioration des taux

de mortalité infantile et de scolarité, les Premières Nations et les Inuits demeurent plus à risque que la population canadienne en général. Les taux de mortalité infantile y sont notamment encore deux fois plus élevés. Le taux de suicide est quant à lui deux à sept fois plus élevé³¹ parmi la population autochtone. En 1990, l'espérance de vie de cette dernière était inférieure de sept années à celle de l'ensemble des Canadiens en 1991.³²

Comment réduire les inégalités et améliorer la santé ?

Selon plusieurs spécialistes, augmenter les dépenses dans le système de soins constitue l'une des pires solutions à envisager pour le bien-être collectif. L'accroissement des ressources publiques dans le système de soins pourrait plutôt mener à un déséquilibre au détriment des autres mesures sociales, souvent plus déterminantes pour la santé. L'auteur Jean-Claude Saily résume ce risque en ces termes : « (...) un système de soins mal régulé, qui entraîne, à ce titre, un surcroît de dépenses par rapport à son degré d'efficacité, engendre un déficit dans les financements qui exige, à son tour, une élévation des cotisations et/ou une baisse des prestations services, ce qui tend à diminuer la compétitivité de l'économie et à accroître les inégalités, et, partant, à diminuer l'état de santé de la population plus fragilisée. »³³ Saily va même jusqu'à prêcher pour un ralentissement des dépenses en santé au nom de la santé publique.

Le recours croissant à la technologie dans le milieu médical est l'une des causes de cette hausse des coûts. Toutefois, les sommes investies dans ces nouvelles acquisitions ne sont pas toujours les meilleurs choix du point de vue collectif. *« Les gens sont très soucieux et au courant de l'arrivée des nouvelles technologies. Les médecins contribuent à promouvoir l'utilisation de nouvelles technologies souvent très coûteuses et pas nécessairement associées à des meilleurs résultats sur la santé de la population. Il appartient à la population et au gouvernement de faire un arbitrage et les meilleurs choix sociaux possibles dans un intérêt collectif. »*

En général, les spécialistes s'entendent donc pour favoriser un rééquilibrage des dépenses publiques en santé, dans le but de lutter plus efficacement contre les déterminants les plus fondamentaux, soit les facteurs socioéconomiques. Les méthodes pour y arriver sont bien sûr très nombreuses et très variées. Mais règle générale, tous estiment qu'il vaut mieux combattre les causes du sous-développement que de se borner à en traiter les symptômes. Quelles seraient donc les meilleures mesures à envisager pour lutter contre ces inégalités ?

Le gouvernement libéral a tenté un pas dans la bonne direction en avril 2004, avec la présentation de son Plan d'action en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Ce plan était requis par la loi contre la pauvreté de décembre 2002 (loi 112) appuyée unanimement par les trois partis politiques (PLQ, PQ, ADQ). Certaines de ces mesures en ont surpris plus d'un. Le plan prévoit entre autres la fin des pénalités aux prestataires de l'aide sociale qui refusent de participer à un pro-

gramme de formation, une hausse de l'allocation pour ceux qui acceptent, une réforme de l'aide aux familles et une augmentation du salaire minimum. Il sera particulièrement bénéfique pour les jeunes familles à faible revenu. Le Collectif pour un Québec sans pauvreté, qui milite depuis longtemps pour l'adoption d'une loi contre la pauvreté, a qualifié le plan d'action *« d'effort louable »*, mais a dénoncé *« des omissions graves qui vont laisser la situation des personnes les plus pauvres se détériorer encore »*. Dans un article de *L'Annuaire du Québec 2005*³⁴, le politologue Alain Noël note que le plan ne prévoit aucune ressource supplémentaire pour des programmes de formation ou d'insertion sociale, alors qu'il s'agit pourtant d'un objectif clairement défini. Les problèmes associés au Régime d'assurance médicaments demeurent lettre morte, laissant aux plus démunis ces factures souvent salées. De plus, le spécialiste remarque que les sommes allouées aux besoins en logement sont trop modestes, et que les mesures préventives concernant les enfants et les jeunes demeurent floues (le texte de M. Noël est disponible dans le centre de documentation virtuel de l'INM : www.inm.qc.ca, section Rendez-vous stratégiques).

Les points positifs qui sont ressortis du plan d'action ont de plus été assombrés quelques mois plus tard par le projet de loi sur l'aide aux personnes et aux familles (projet de loi 57), annonçant une réforme de l'aide sociale. Parmi les nouveaux règlements, notons la diminution de 100 \$ par mois de la prestation d'un jeune assisté social qui habite chez ses parents, de même que l'indexation seulement partielle au coût

de la vie des prestations des personnes aptes au travail. Alain Noël soutient que ce projet de loi « a été développé en rupture avec l'esprit de la loi 112, tant dans la façon de faire, plus ou moins en vase clos, que dans la manière de poser le problème »³⁵. Selon lui, il troque les mots d'ordre « respect et confiance » contre « préjugé et méfiance ». Le Collectif pour un Québec sans pauvreté affirme que cette réforme « retournerait le Québec 40 ans en arrière en matière de sécurité du revenu ». Le côté innovateur de la loi contre la pauvreté semble ainsi être balayé du revers de la main.

Face aux nouvelles réalités de notre monde en matière d'organisation du travail, de composition de la famille ou du vieillissement de la population, nous serions pourtant en droit d'espérer un meilleur filet social. La récente réforme de l'aide financière aux étudiants s'inscrit dans la même lignée en transformant en prêts une partie des sommes allouées pour les bourses, pénalisant ainsi les étudiants les plus pauvres.

En vue d'assurer une meilleure équité en santé, le Collectif pour un Québec sans pauvreté espère entre autres convaincre le ministère de la Santé et des Services sociaux d'offrir l'accès gratuit aux médicaments prescrits pour les personnes ayant un revenu de moins de 12 000 \$. Pour le moment, le ministre Philippe Couillard refuse d'accorder la gratuité aux prestataires d'aide sociale sans contraintes sévères à l'emploi.³⁶ Le Collectif n'y voit que des préjugés envers les assistés sociaux.

À l'Institut national de santé publique, plusieurs spécialistes croient que les solutions aux inégalités de santé passent par le développement des en-

fants. Ginette Paquet est parmi celles qui croient qu'il faut miser sur la réussite scolaire des jeunes défavorisés dans une perspective de prévention : « Bien sûr, il faut assurer un revenu décent et il ne faudrait pas préalablement donner naissance à des enfants qui vont souffrir d'appauvrissement. Mais si on peut rendre les enfants égaux lorsqu'ils arrivent à la maternelle, permettre aux plus défavorisés d'envisager le système scolaire avec des chances de réussite, on peut influencer favorablement leur santé à l'âge adulte, des programmes américains l'ont d'ailleurs prouvé. » La lutte aux inégalités est donc une nécessité, même au bas de l'échelle de l'âge. Les jeunes qui seront suffisamment épaulés réussiront à s'emanciper de la spirale de la pauvreté.

Dans cette lutte, il ne faut pas sous-estimer l'importance des liens sociaux et de la solidarité. Les ressources d'une communauté s'avèrent souvent les premiers recours vers lesquels se tournent les gens dans le besoin. Selon Réal Morin, « si l'on demandait à un spécialiste du développement social [quels sont les meilleurs moyens pour lutter contre les inégalités], il aurait tendance à dire que ce sont l'ensemble des mesures qui permettent le développement d'un plus grand capital social au moindre coût, c'est-à-dire le renforcement du tissu social, la capacité d'entraide dans les milieux. Cela passe par une redistribution de la richesse, mais aussi par l'empowerment collectif, donc une capacité d'autonomie des personnes dans les milieux au-delà même des mesures spécifiques destinées par exemple à des individus pauvres. »

L'auteur Jean-Claude Saily résume encore très bien les changements en profondeur qui se sont opérés dans les sociétés occidentales au cours des dernières décennies :

« (...) un certain nombre d'évolutions démographiques, culturelles et sociales se sont produites depuis la dernière guerre : baisse de la natalité, allongement de la durée de vie, élévation du taux d'activité des femmes, urbanisation, constitution de ghettos dans les banlieues, déstructuration du lien familial, augmentation du nombre de familles monoparentales, développement du chômage, en particulier chez les jeunes, les femmes, les

étrangers et les travailleurs âgés, augmentation de la précarité et de l'exclusion. Tout ceci fait que les systèmes de protection sociale, élaborés en 1945 dans un certain contexte politique, démographique, économique et culturel, doivent faire face à des problèmes différents de ceux qui prévalaient il y a 50 ans, car l'ensemble de ces contextes s'est profondément modifié. »³⁷

À quoi peut-on attribuer les succès scandinaves et japonais en matière de santé ?

Dans la deuxième moitié du vingtième siècle, l'espérance de vie des Japonais a subi une hausse vertigineuse. Chez les hommes, elle est passée de 64 ans en 1955, à 75 ans en 1986. L'espérance de vie à la naissance des femmes a également connu cette nette amélioration, passant de 68 ans à 81 ans pour la même période. On estime qu'au Royaume-Uni, pour atteindre les mêmes résultats en trois décennies, il devrait y avoir une élimination totale des décès causés par des maladies cardiovasculaires ou par des cancers. Bref, un défi irréaliste.³⁸

Le cas du Japon a suscité de grandes interrogations chez les chercheurs, qui ont longtemps tenté d'expliquer ces résultats hors du commun. Le simple observateur peut facilement en être consterné puisque la vie des Japonais, d'un point de vue nord-américain, semble stressante et exténuante principalement à cause de la densité de population. On sait maintenant que ces résultats sont attribuables à l'extraordinaire performance économique qu'a connue la société japonaise pendant cette période.³⁹ De plus, contrairement à ce qu'on aurait pu envisager, cette ère de prospérité collective n'a pas accru les inégalités sociales. En effet, des spécialistes ont démontré que même si le Japon a connu la croissance la plus rapide de son produit intérieur brut parmi tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), il détient l'écart de revenu le plus faible entre les riches et les pauvres.⁴⁰

On pourrait croire que cette hausse de l'espérance de vie est en partie le résultat d'un investissement massif de la

part du gouvernement dans les soins de santé. La réalité est pourtant contraire. Parmi tous les pays développés, le système de soins japonais est parmi ceux qui reçoivent la plus faible part du produit intérieur brut (PNB). En 1987, le Japon investissait 6,8 % de son PNB dans ses soins de santé, alors que cette proportion passait à 8,6 % au Canada, et à 11,2 % aux États-Unis.⁴¹

Tout indique que les faibles écarts socioéconomiques seraient à l'origine de la bonne santé des Japonais. Cette constatation est aussi associée aux pays scandinaves, comme le Danemark, la Finlande, la Suède et la Norvège. En Suède, par exemple, des politiques sociales et économiques en place pendant de nombreuses années ont permis de réduire significativement les inégalités de santé. Le cas des jeunes mères monoparentales est un bon exemple. Au Canada, plus de 50 % d'entre elles vivent dans la pauvreté, alors que cette proportion n'est que de 6 % en Suède. Cuba est également cité en exemple pour ses mesures sociales, malgré sa pauvreté économique. À bien des égards, les indicateurs de santé y sont supérieurs à ceux des États-Unis, qui dépensent pourtant une fortune dans les soins de santé.

Réal Morin, directeur à l'Institut national de santé publique du Québec, résume bien la situation : « *Plus faibles sont les écarts socioéconomiques entre les groupes dans une nation donnée, meilleur est l'état général de santé de cette population.* » C'est entre autres ce que l'Institut tente de faire comprendre aux instances gouvernementales afin de réduire les inégalités de santé.

Sites Internet

Collectif pour un Québec sans pauvreté : www.pauvrete.qc.ca
 Direction de la santé publique de Montréal-Centre : www.santepub-mtl.qc.ca
 Institut national de santé publique du Québec : www.inspq.qc.ca
 Institut de la statistique du Québec : www.stat.gouv.qc.ca
 Kino-Québec : www.kino-quebec.qc.ca
 Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé : www.omiss.ca
 Politiques sociales : www.politiqnessociales.net

Notes

- ¹ Robert Choinière, « L'état de santé des Québécois : des signes encourageants », dans *L'annuaire du Québec 2005*, dir. Michel Venne, Fides (Montréal, 2004) : 309.
- ² Michèle Tremblay et André Gervais, *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, coûts estimés pour le Québec*, INSPQ (Montréal, 2001) : 45.
- ³ Banque mondiale, *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*, (Washington, 2000) 3.
- ⁴ Ibid.
- ⁵ Tremblay et Gervais.
- ⁶ Ibid.
- ⁷ Réal Morin, Nicole April, Claude Bégin et Géraldine T. Quesnel, *État de situation sur la consommation d'alcool au Québec et sur les pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec*, INSPQ (Montréal, 2003) : 40.
- ⁸ Ibid, 42.
- ⁹ Ibid, 40.
- ¹⁰ Direction santé publique de Montréal, *Alliés pour la santé - Les fruits et légumes* (2004). <<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Nutrition/fruitslegume/pourquoi.html>>
- ¹¹ Choinière et Houde, 400.
- ¹² World Health Organization, *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, WHO Technical Report Series 916 (Genève, 2003) : 6.
- ¹³ Ibid.
- ¹⁴ Choinière, 310.
- ¹⁵ Pierre J. Hamel, « Ne le dites pas à mon maire... mais il est responsable de ma santé ! » dans *L'annuaire du Québec 2004*, dir. Michel Venne, Fides (Montréal, 2003) : 429.
- ¹⁶ Ginette Paquet et Denis Hamel, « Conditions socioéconomiques et santé, section II - Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois*, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 3 (Québec, 2003) : 78.
- ¹⁷ Yanick Villedieu, *Un jour la santé*, Boréal (Montréal, 2002) : p.128.
- ¹⁸ Ibid.
- ¹⁹ Robert Pampalon et Guy Raymond, « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être », dans *Santé, Société et Solidarité*, no 1 (2003) : 196.
- ²⁰ Villedieu, 128.
- ²¹ Gosta Esping-Andersen, Duncan Gallie, Anton Hemerijck, et John Myles, *A New Welfare Architecture for Europe ?*, Final version (2001) : 36. [Traduction de www.politiqnessociales.net]
- ²² www.politiqnessociales.net
- ²³ Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*, Les Publications du Québec (Sainte-Foy, 2000) : 151.
- ²⁴ ISQ, *Enquête sociale et de santé 1998* : 455.
- ²⁵ Marc Renaud et Louise Bouchard, « Améliorer la santé : innovation sociale ? » dans *La santé dans tous ses états*, dir. Alain Garrigou, Atlantica (Biarritz, 2000) : 350.

- ²⁶ Robert Pampalon, Jérôme Martinez, Denis Hamel et Guy Raymond, « Milieux ruraux et urbains au Québec : quelles différences en matière de santé et de bien-être ? », dans *L'annuaire du Québec 2005*, dir. Michel Venne, Fides (Montréal, 2004) : 544.
- ²⁷ Ibid, 549.
- ²⁸ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population : ix.
- ²⁹ Ibid, xv.
- ³⁰ Ibid, 27.
- ³¹ Jean-Claude Saily, « La santé de demain : contraintes et impératifs de la mondialisation », dans *La santé demain : Vers un système de soins sans murs*, dir. Jean-Pierre Claveranne et Claude Lardy, Économica (Paris, 1999) : 12.
- ³² Alain Noël, « Lutte contre la pauvreté ou lutte contre les pauvres ? », dans *L'annuaire du Québec 2005*, dir. Michel Venne, Fides (Montréal, 2004) : 504-513.
- ³³ Ibid, 505.
- ³⁴ Collectif pour un Québec sans pauvreté, « Des actions devant le mur », dans *La soupe au caillou*, no 187, 22 février 2005 : 1.
- ³⁵ Saily, 11.
- ³⁶ J. Fraser Mustard et John Frank, « The determinants of health », in *The determinants of population health : a critical assessment*, dir. Michael V. Hayes, Leslie T. Foster et Harold D. Foster, University of Victoria (Victoria, 1994) : 12.
- ³⁷ Ibid.
- ³⁸ Ibid.
- ³⁹ Ibid.

Des remèdes efficaces : réduire la pauvreté, protéger l'environnement, favoriser la solidarité

D^r Alain Poirier

Directeur national de la santé publique du Québec

Les Québécois peuvent aujourd'hui espérer vivre plus longtemps que les générations précédentes, et plus longtemps en bonne santé. Leur bilan de santé s'est amélioré au cours des dernières décennies. Individuellement, chacun se préoccupe davantage de sa propre santé et de celle de ses proches. Collectivement, la société consacre toujours plus de ressources aux services et aux activités destinés non seulement à protéger la santé, mais aussi à prévenir les problèmes et, de façon générale, à améliorer les déterminants de ces problèmes.

La façon de concevoir la santé aussi a changé. La santé a longtemps été perçue comme la simple absence de maladie. Maintenant, selon l'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, elle est définie comme « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer, d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ». La santé n'est donc plus considérée comme un état statique. En outre, elle n'est plus limitée à la seule dimension physique, mais englobe aussi les aspects psychosociaux.

Cet élargissement de perspective est tel que, pendant que des maladies dis-

paraissent, d'autres sont de plus en plus fréquentes : les maladies chroniques en particulier, mais aussi les problèmes psychosociaux, les problèmes de développement et les troubles mentaux. La maladie et la mort continuent de frapper prématurément. Ces événements sont beaucoup trop nombreux, et la plupart d'entre eux pourraient être évités. Les Québécois peuvent donc encore améliorer leur bilan de santé, vivre mieux et plus longtemps.

Les solutions ne sont pas toutes à l'hôpital

Il est possible d'agir sur plusieurs facteurs pour éviter les problèmes de santé ou retarder leur apparition. Toutefois, les solutions ne sont pas simples. Pour l'essentiel, elles ne se trouvent pas non plus au sein du système de services de santé et de services sociaux, dans l'amélioration des traitements et des soins, par exemple. Non pas qu'il faille minimiser ces éléments auxquels l'État doit consacrer beaucoup de ressources.

Les moyens d'agir sur les principaux déterminants communs des problèmes de santé évitables se trouvent essentiellement à l'extérieur du système de services de santé et de services sociaux ; ils concernent tous les secteurs de la société. J'aime les regrouper en cinq.



D^r Alain Poirier

Le médecin et l'hôpital n'expliquent que 20 % de l'augmentation de l'espérance de vie au cours des 100 dernières années

1. Réduire la pauvreté

Les conditions socio-économiques ont une influence déterminante sur la santé.

Pour être efficace, la lutte à la pauvreté et aux inégalités doit se dérouler sur plusieurs

fronts, en particulier ceux du revenu, de l'emploi et de la scolarité. C'est là l'esprit de la loi et de la stratégie axés sur la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale ainsi que du plan d'action adopté par le gouvernement, plan dont la mise en œuvre est d'ailleurs amorcée. Il faudra le compléter et l'appuyer par des objectifs de long terme. Réduire les écarts de revenu, augmentations salariales chez les faibles revenus évidemment, bonifier l'aide sociale, l'accessibilité aux études et aux biens et services (nourriture, transport, logement, garderies, médicaments). Plusieurs autres mesures doivent diminuer l'impact de la pauvreté.

2. L'habitat : aménager un environnement sain

L'amélioration de la santé de la population passe nécessairement par l'amélioration de l'environnement (air, eau, sol). Il faut donc se préoccuper de tous les éléments qui influencent directement la qualité des milieux de vie : la gestion des ressources, la façon d'occuper le territoire, les modes de production de biens et services.

Le Plan de développement durable du Québec constitue un pas important de la part du gouvernement. Mais le développement durable suppose aussi l'engagement de tous : les producteurs de biens et services, qui verront à

adopter des modes de production davantage éco-efficents (réduction de la dépense énergétique, limitation de la dispersion de produits toxiques, protection de l'eau et de la forêt, réduction des emballages superflus, etc.); les municipalités, qui se donneront une politique de gestion rationnelle des déchets et des plans d'aménagement urbain qui permettront de restreindre les déplacements en automobile; les consommateurs, qui verront à diminuer leur consommation d'énergie et à réviser leur façon d'utiliser les ressources.

3. Des communautés solidaires

La santé ne dépend pas seulement de caractéristiques physiques ou biologiques. Les facteurs psychologiques et sociaux se révèlent tout aussi déterminants. Le social nous entre sous la peau, le social est incorporé. Deux notions centrales permettent de mieux comprendre l'influence de ces facteurs : le soutien social et la cohésion sociale. Le soutien social désigne l'interaction entre deux personnes, l'une apportant à l'autre diverses formes d'appréciation ou de reconnaissance, de l'aide concrète, de l'information ou encore de l'accompagnement. Quant à la cohésion sociale, elle réfère à la volonté des membres de la société ou d'une communauté de coopérer dans le but de prospérer. Elle suppose l'adhésion à des valeurs communes. Le soutien social et la cohésion sociale favorisent l'empowerment individuel et collectif ainsi que la concertation.

L'État a un rôle important à jouer pour favoriser le soutien social et la cohésion sociale. Il peut en particulier adopter des politiques favorables, promouvoir la participation civique et l'édu-

cation à la participation, multiplier les occasions pour tous les citoyens de participer à la vie de leur communauté et, enfin, recourir à des techniques novatrices qui favorisent la participation aux institutions (panel de citoyens, jury de citoyens, scrutin délibératif). Les communautés plus vulnérables doivent recevoir une attention particulière.

4. L'individu : rendre les choix sains plus faciles

Les liens entre la santé et de saines habitudes de vie sont bien connus. Une alimentation inadéquate, la sédentarité et le tabagisme, sont en cause dans environ 40 % de tous les décès. Aujourd'hui, les Québécois mangent mieux mais trop et fument beaucoup moins mais encore trop. Toutefois, ils sont moins actifs que les autres Canadiens.

Les campagnes pour faire la promotion de saines habitudes de vie sont certes essentielles. Mais la tâche la plus importante est de modifier l'environnement afin de rendre les choix sains plus simples : en favorisant l'accès à des produits sains dans les machines distributrices ; en aménageant des cours d'école pour permettre davantage la pratique de l'activité physique ; en déterminant des trajets sécuritaires pour les déplacements à pied ou à vélo ; en créant des infrastructures et en élaborant des programmes afin de favoriser l'activité physique dans les villes et villages. Il faut tirer des leçons de la lutte au tabagisme pour endiguer une nouvelle épidémie appréhendée : l'obésité.

5. Une base solide : soutenir le développement des enfants

L'enfance et l'adolescence constituent des périodes d'acquisitions majeures au cours desquelles la sensibilité à l'environnement économique, physique et social est maximale. Pour cette raison, le soutien au développement et à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents s'impose comme moyen privilégié d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé. Les objectifs énoncés dans la politique familiale du Québec indiquent la voie à suivre pour mieux soutenir le développement des enfants et des jeunes. Ce sont : maintenir un soutien universel aux familles, assurer une aide accrue aux familles à faible revenu, faciliter la conciliation travail-famille et viser l'égalité des chances. Ces objectifs se sont déjà traduits par diverses mesures. Pour l'avenir, il faut intensifier l'action.

Conclusion

Vous aurez compris que même si le guérir au sein du MSSS n'est pas prêt de diminuer, notre véritable chance d'améliorer la santé des québécois et de freiner la part des dépenses du Québec au budget de la santé et des services sociaux (actuellement de 43 %) passe par des investissements plus significatifs dans ses actions préventives, mais surtout pour l'État, par des moyens d'améliorer la distribution de nos richesses, de développer le Québec de façon durable, en solidifiant notre cohésion sociale, en facilitant des choix santé aux individus et en commençant par le commencement, les enfants et les jeunes.

Ce texte est composé des principaux extraits de la conférence prononcée par le D^r Poirier lors de la première rencontre régionale du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé, le 12 mars 2005. La vidéo de cette conférence et le texte qui l'accompagne sont disponibles sur le site Internet de l'Institut du Nouveau Monde : www.inm.qc.ca.

Les dépenses de santé et l'état de santé :

Comparaison du Québec avec le reste du monde

Robert Choinière

Institut national de santé publique du Québec

Depuis plusieurs années, le système québécois de santé a subi de nombreuses réformes et même si les médias font régulièrement état des lacunes du système, les enquêtes et sondages montrent, d'une année à l'autre, un niveau élevé de satisfaction des personnes qui ont pu obtenir des soins¹. En 2003, 87% des Québécois se disaient satisfaits des services de santé fournis, que ce soit dans la communauté, à l'hôpital, par un médecin de famille ou par Info-santé. Ce niveau de satisfaction est légèrement plus élevé que dans l'ensemble du Canada². On assiste, parallèlement à une augmentation constante des dépenses de santé et celles-ci représentent une part de plus en plus grande du produit intérieur brut³. D'un autre côté, différentes études révèlent que l'état de santé des Québécois s'est considérablement amélioré au cours des dernières décennies, même si certains problèmes de santé perdurent et semblent étre plus répandus ici qu'au Canada et dans les principaux pays industrialisés^{4,5}.

Afin de mieux apprécier la situation québécoise en ce qui a trait aux

dépenses en santé et à l'état de santé de sa population, nous présentons ci-dessous des comparaisons avec le Canada et quelques pays industrialisés à partir d'une douzaine d'indicateurs. Les pays comparés au Québec sont ceux faisant partie du G7 (Allemagne, Canada, États-Unis, France, Italie, Japon, Royaume-Uni) plus la Suède et la Suisse. Ces deux derniers pays, tout en ayant des populations de taille comparable à celle du Québec, et un état de santé très favorable, présentent, entre eux, une situation diamétralement opposée en ce qui concerne la part des dépenses publiques dans les dépenses de santé.

Les dépenses de santé

Le produit intérieur brut (PIB) par habitant au Québec s'établit à près de 28 000 dollars américains en 2002. Il se situe au sixième rang parmi les pays comparés et est légèrement inférieur à celui de la France et du Canada. Il est cependant plus élevé que le PIB par habitant de puissances économiques comme le Japon et l'Allemagne. Du point de vue des dépenses totales en santé par habitant, le Québec se situe

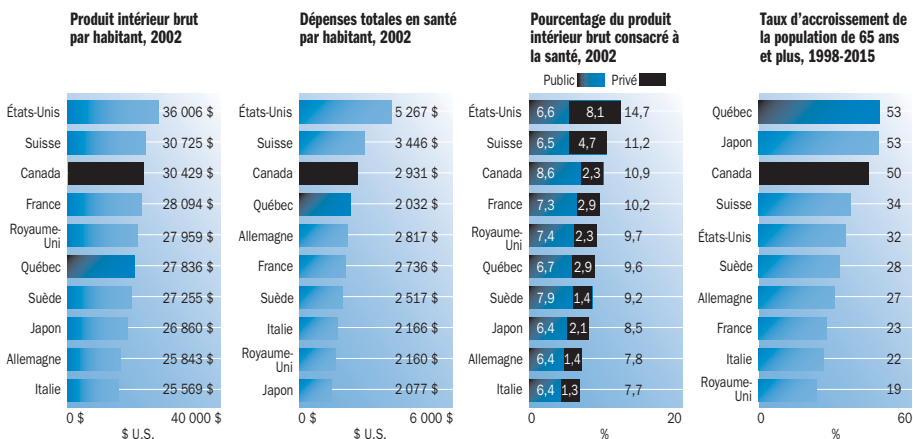
au 4^e rang avec des dépenses moyennes de 2 850 \$, loin derrière les États-Unis, au premier rang, et la Suisse, au 2^e rang, mais à peine sous la moyenne canadienne de 2 931 \$. Les données les plus récentes pour l'année 2004 montrent cependant que c'est au Québec et au Nouveau-Brunswick que les dépenses en santé par habitant sont les moins élevées au Canada³.

Si l'on tient compte à la fois du PIB et des dépenses en santé, on peut connaître le pourcentage de la richesse collective qui est consacré à la santé. Les États-Unis se classent loin au premier rang avec 15 % du PIB qui va à la santé, tandis qu'au Québec, comme en France et au Canada, les dépenses de santé comptent pour 10 % du PIB. Le Japon et l'Italie sont au bas du classement avec moins de 8 % du PIB qui est alloué à la santé.

La part des dépenses publiques dans les dépenses en santé se situe à près de 70 % au Québec et au Canada. Les dépenses publiques de santé sont celles financées par des fonds publics provenant de l'administration centrale et les autorités locales, les comités de santé et les organismes d'assurance sociale. Les sources privées de financement incluent les versements nets des ménages, les programmes d'assurance privée, les programmes volontaires et la médecine du travail⁶.

Le classement des pays selon la part du PIB consacré à la santé varie selon que l'on tienne compte des dépenses publiques ou des dépenses privées. L'Allemagne se classe au premier rang pour la part du PIB qui est allouée aux dépenses publiques en santé suivi de la Suède, de la France et du Québec. Du côté des dépenses privées, aux États-

GRAPHIQUE 1



Source : Éco-Stat OCDE, 2004 ; Institut de la statistique du Québec ; Roy, D., Choinière, R., Lessard, R. *Évolution des besoins de la population et implications pour le système de santé*, Présentation de la Conférence des Régions de la Santé et des Services Sociaux du Québec à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Montréal, septembre 2000.

Unis, plus de 8 % du PIB va aux dépenses privées de santé, alors qu'en Suisse, cette proportion est de 5 %. Le Québec et le Canada suivent avec près de 3 % du PIB consacré aux dépenses privées de santé.

Sur le plan international, le Québec se situe parmi les États consacrant une portion importante du PIB pour les dépenses de santé, que celles-ci soient publiques ou privées. Et cela malgré le fait que le Québec se démarque avec le Canada et les États-Unis par une structure par âge relativement jeune. Treize pour cent de la population est âgée de 65 ans et plus comparativement à plus de 16 % au Japon et dans les pays européens. Cependant, les projections de population prévoient que c'est au Québec que l'on assistera au vieillissement le plus marqué de la population. On s'attend ainsi à ce que le nombre de personnes âgées double d'ici les 25 prochaines années. En 2031, les per-

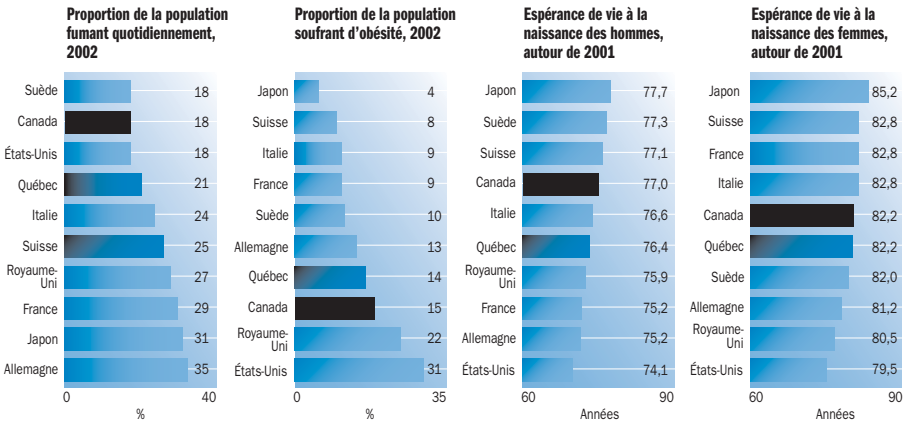
sonnes de 65 ans et plus représenteraient 27 % de l'ensemble de la population québécoise⁷.

l'état de santé

Le tabagisme et l'obésité représentent deux déterminants important de la santé et de la durée de vie, et pour lesquelles des données comparables sur le plan international sont disponibles.

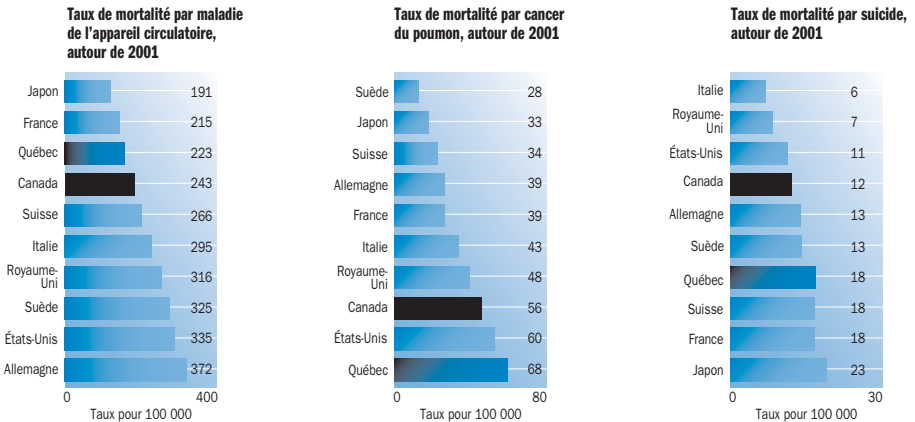
Plusieurs études ont montré qu'au Québec, la proportion de fumeurs était la plus élevée parmi les provinces canadiennes, mais que celle-ci avait diminué de façon assez importante au cours des dix dernières années⁸. Cependant, sur le plan international, le Québec affiche actuellement un taux de tabagisme relativement faible. Si on fait exception de la Suède, l'Amérique du Nord (Canada, États-Unis et Québec) se démarque avec des taux de tabagisme nettement plus faibles qu'en Europe et qu'au Japon.

GRAPHIQUE 2



Sources : Éco-Santé OCDE, 2004 ; Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les communautés culturelles 2003* ; OMS, Mortality Database ; MSSS, fichier des décès, 2000-2002.

GRAPHIQUE 3



Sources : OMS, Mortality Database ; MSSS, fichier des décès, 2000-2002.

À l'inverse, pour ce qui est des proportions de personnes obèses, ce sont les États de l'Amérique du Nord, à l'exception du Royaume-Uni, qui affichent les valeurs les plus élevées. Aux États-Unis, près d'une personne sur trois serait obèse.

Les indicateurs les plus fiables pour comparer l'état de santé de différents pays sont ceux se rapportant à la mortalité comme l'espérance de vie et les taux de mortalité pour différentes causes. Un indicateur comme l'espérance de vie en santé, qui prend en compte à la fois la mortalité et l'incapacité, permet de mieux juger de l'état de santé d'une population, mais est difficilement comparable d'un pays à l'autre puisque la façon de mesurer l'incapacité n'est pas uniforme.

En 2001 au Québec, l'espérance de vie à la naissance s'établissait à 76,5 ans chez les hommes et à 82,2 ans chez les femmes. Parmi les 10 pays comparés,

les Québécois se classaient au 6^e rang et les Québécoises au 5^e rang à égalité avec les Canadiennes. Tant chez les hommes que chez les femmes, le Japon domine le classement et les États-Unis se retrouvent au dernier rang.

Le rang qu'occupe le Québec sur le plan international varie selon la cause de décès. Trois causes ont été retenues : l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire dont les principales catégories sont les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) et les maladies vasculaires cérébrales; le cancer du poumon et le suicide.

Pour les maladies de l'appareil circulatoire, le Québec enregistre l'un des taux de mortalité les plus faibles et seuls le Japon et la France bénéficient d'une mortalité plus basse. La chute de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a été particulièrement marquée au Québec et le taux québécois est maintenant inférieur au taux canadien.

En 2001, parmi les provinces canadiennes, le Québec enregistre d'ailleurs le taux le plus faible⁹. Cette année, pour la première fois depuis les années 1920, les tumeurs supplantent les maladies de l'appareil circulatoire à titre de première cause de décès au Québec.

Pour les tumeurs et plus particulièrement les cancers du poumon, le Québec arbore au début des années 2000 le pire bilan des pays comparés, une situation qui était semblable à la fin des années 1990⁵. Il est d'ailleurs paradoxal de voir que le Québec affiche avec les États-Unis et le Canada les taux les plus élevés de mortalité par cancer du poumon mais les taux les plus faibles de tabagisme. Ceci montre bien que le haut niveau de mortalité par cancer du poumon observé actuellement en Amérique du Nord est la résultante des habitudes tabagiques des dernières décennies et que l'on devrait enregistrer à moyen terme une baisse en Amérique du Nord et un changement dans les comparaisons internationales où l'Europe et le Japon seront désavantagés.

Le Québec est affligé depuis le milieu des années 1990 par un taux de mortalité par suicide très élevé, et enregistrait en 2001 le taux le plus haut parmi les provinces canadiennes⁹⁻¹⁰. Sur le plan international, le taux de suicide du Québec est également élevé mais d'autres sociétés industrialisées semblent être touchées de façon similaire par ce phénomène, notamment la Suisse et la France alors qu'au Japon, le taux atteint des sommets.

Discussion

Les données présentées précédemment sont évidemment parcellaires et ne permettent qu'un survol de certains as-

pects relatifs à la santé. Nous avons volontairement choisi de mettre l'accent sur deux points cependant importants : les dépenses de santé et l'état de santé de la population.

En ce qui concerne les dépenses de santé, les comparaisons des données québécoises à celles du Canada, du Japon et des principaux pays européens soulèvent plusieurs questions. Le Québec consacre actuellement 10 % de son PIB à la santé, une proportion relativement élevée comparativement à d'autres pays, et cela même si sa structure par âge est encore parmi les plus jeunes. Comment le Québec pourra-t-il répondre à une augmentation importante de la demande de soins avec le vieillissement rapide de sa population sans augmenter le fardeau des contribuables québécois qui sont les plus taxés en Amérique du Nord ?

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, appelée Commission Clair, faisait le constat, en 2000, que le scénario d'évolution des dépenses de santé le plus vraisemblable pour le Québec, dans la dynamique actuelle, télescoperait année après année toutes les autres priorités gouvernementales, ce qui rend déjà la situation peu supportable pour le gouvernement, voire critique pour le bon fonctionnement général de l'État¹¹. À la lumière des résultats observés ailleurs, notamment au Japon et en Suède où les dépenses de santé sont moins élevées, et les indicateurs de santé très favorables, on voit qu'il existe un réel besoin d'améliorer l'efficacité des ressources investies dans les soins de santé.

D'autre part, les indices de santé de la population sont influencés par le sys-

tème de soins mais aussi par un ensemble de déterminants comme les politiques sociales et éducatives, les conditions socioéconomiques, les disparités de revenu et d'éducation, les habitudes de vie des individus et l'environnement physique et social.

Une étude tentant d'estimer les effets des soins médicaux sur l'espérance de vie globale a montré que ceux-ci expliquent entre 17 et 18 pour cent de l'augmentation de l'espérance de vie enregistrée en Grande-Bretagne et en Amérique au cours du XX^e siècle. Ainsi, les services de santé sont plus étroitement corrélés à l'amélioration de la qualité de vie qu'à la durée de vie (12).

En ce qui concerne la durée de vie, le Québec se situe au milieu du classement des pays sélectionnés. Mais par rapport à l'ensemble des pays de l'OCDE, la situation du Québec se serait légèrement améliorée au cours des dernières années et le Québec ne serait devancé que par six pays tant chez les hommes que chez les femmes. La lutte contre les maladies de l'appareil circulatoire a été particulièrement fructueuse au Québec, tout au

moins en ce qui concerne la mortalité, le Québec se classant au troisième rang derrière le Japon et la France. Il est cependant difficile d'identifier la part respective jouée, par exemple, par les technologies médicales, les médicaments, les habitudes de vie dans cette diminution de la mortalité.

À l'opposé, le Québec affiche toujours une mortalité élevée par cancer du poumon et par suicide. Dans le premier cas, on connaît bien la cause et on peut envisager une amélioration à moyen terme si la diminution du tabagisme se poursuit et si les volontés du gouvernement d'instaurer, dans un futur rapproché, une politique de lutte au tabac encore plus vigoureuse. Pour le suicide, nous avons encore une connaissance imparfaite des causes associées à cette surmortalité enregistrée au Québec et des interventions efficaces à mettre en place. Ici encore, on aura avantage à s'inspirer des expériences observées dans d'autres pays, comme la Suède et le Danemark qui ont réussi à diminuer considérablement leur taux de suicide au cours des deux dernières décennies⁵.

Sources

Éco-Santé OCDE, 2004; Institut de la statistique du Québec; Roy, D., Choinière, R., Lessard, R. *Évolution des besoins de la population et implications pour le système de santé*, Présentation de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Montréal, septembre 2000.

Éco-Santé OCDE, 2004; Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les communautés culturelles 2003*; OMS, Mortality Database; MSSS, fichier des décès, 2000-2002.

OMS, Mortality Database; MSSS, fichier des décès, 2000-2002.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé (2003). *Les soins de santé au Canada 2003*, Ottawa, ICIS, 150 p.

2. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004). *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, Québec, MSSS, 104 p.
3. Institut canadien d'information sur la santé (2004). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2004*, Ottawa, ICIS, 155 p.
4. Choinière, R. (2004). « L'état de santé des Québécois : des signes encourageants » dans Venne, M. *L'annuaire du Québec*, 2005.
5. Choinière, R. (2003). *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*, Montréal, INSPQ, 88 p.
6. Éco-Santé OCDE (2004).
7. Institut de la statistique du Québec (2004). *Si la tendance se maintient... Perspectives démographiques, Québec et régions, 2001-2051*. Québec, ISQ, 39 p.
8. Statistique Canada (2004). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada 2003*.
9. Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé (2005). *Indicateurs de la santé*, volume 2005, n° 1.
10. St-Laurent, D. et Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 23 p.
11. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Rapport et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, 410 p.
12. Naylor, D. Iron, K, Handa, K. (2002). « Mesurer la performance des systèmes de santé : problèmes et possibilités à l'heure de l'évaluation et de l'imputabilité », dans OCDE, *Être à la hauteur. Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, Actes de la Conférence d'Ottawa, novembre 2001, Paris, OCDE, 13-38.



► Dilemme 3

L'accès aux soins : le public, le privé ou une troisième voie ?



L'accès aux soins : réformer le système public, faire une place au privé ?

Isabelle Paré

Journaliste

La majorité des pays occidentaux se sont dotés de systèmes publics de santé, principalement financés par des impôts ou des taxes, pour assurer à leurs populations un accès équitable et universel à des services de santé. Ces systèmes sont fondés sur les principes d'équité, de justice et de solidarité.

Au cours des années 1990, certains pays ont réduit le financement accordé à leur système de soins. Ce contexte a non seulement ébranlé les bases de plusieurs systèmes publics, il a favorisé l'émergence de services de santé parallèles privés. Certains voient d'un bon œil cette tendance à la privatisation, estimant que les services privés seraient plus efficaces que les services publics, que les délais d'attente seraient moins longs, par exemple. Mais nombreux sont ceux qui contestent cette affirmation et croient au contraire qu'il faut stopper ce développement.

Le débat public/privé se déroule comme s'il fallait choisir entre deux extrêmes : d'un côté, un système totalement public, centralisé et bureaucraté, et de l'autre un système privé totalement livré aux règles du marché. Or la ques-

tion n'est pas aussi simple.

On entend généralement par système public, un système de santé où la majorité des soins sont non seulement financés par l'État, mais aussi produits et livrés par l'État. Si au Québec et au Canada, il a été choisi de créer des régimes de santé massivement publics, il reste qu'historiquement, une grande partie des services de santé ont toujours été dispensés par des producteurs privés. Avant de se demander s'il faut faire plus de place au privé dans la production de services, il importe de faire le point sur la situation actuelle.

Le privé joue déjà un rôle important dans la production de services

Si on s'entend pour dire qu'un service de santé est privé quand les usagers ont à payer pour y avoir accès, la notion de services privés n'engendre pas moins beaucoup de confusion dans la population. Les statistiques officielles, qui révèlent que 30 % des dépenses totales de santé au Québec proviennent directement de la poche des usagers, ne nous indiquent que la part des soins financées de façon privée. Il existe peu de données

sur la part de la production de services qui est livrée par le secteur privé. Or, même si elle n'est pas quantifiable de façon précise, au Canada, comme au Québec, le privé joue un rôle prépondérant dans la production des services de santé, affirme Ian Mckillop, titulaire de la chaire JW Graham sur les systèmes d'information sur la santé de l'Université Waterloo. Et cela, même si la majorité des gens est convaincue que notre régime est essentiellement public et qu'il dispense la vaste majorité des soins.

Pour illustrer la double nature de notre système, on évalue qu'au Canada, 95 % des hôpitaux, financés de façon publique, ont néanmoins un statut privé, appartenant à des organisations caritatives, religieuses ou sans but lucratif. On parle en fait d'hôpitaux privés sans but lucratif. De plus, la presque totalité des cliniques médicales québécoises et canadiennes sont des organisations à but lucratif, entièrement gérées par des intérêts privés, par ailleurs financées à même les fonds publics par l'entremise des honoraires versés aux médecins.

Plusieurs autres importants dispensateurs de soins de santé sont aussi des organisations privées à but lucratif, notamment les laboratoires diagnostiques, les cliniques de physiothérapie, les cliniques d'avortement, les cliniques dentaires, les maisons de naissance, etc.

Pour l'instant, ces producteurs privés assurent surtout des services médicaux externes, non hospitaliers.

Émergence de services parallèles

La pression croissante exercée sur les services publics a favorisé ces dernières années l'émergence de services paral-

lèles, la plupart du temps dispensés par des producteurs privés et défrayés par les usagers.

Il en va ainsi des nombreuses cliniques de radiologie où l'on peut désormais avoir accès à des tests diagnostics dans un délai réduit, moyennant le paiement direct de ces services, normalement assurés par l'État, par l'usager. On peut obtenir pour 500 \$ à Montréal un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en quelques jours, alors que le délai pour avoir accès à pareil test pour une condition médicale jugée non urgente peut facilement atteindre six mois dans le réseau hospitalier.

Ces pratiques sont toutefois considérées illégales en vertu de la Loi canadienne sur la santé, puisque les services relevant historiquement de la compétence des hôpitaux, comme les tests diagnostics, devraient obligatoirement être gratuits. Ces dérives sont toutefois tolérées dans les faits par les gouvernements provinciaux. Le gouvernement fédéral s'est pour sa part montré moins conciliant et a déjà imposé des pénalités aux provinces, qui négligeaient de faire respecter les principes d'universalité et de gratuité garantis par la loi. Ainsi, la province de l'Alberta s'est vue imposer en 1996 une amende de 3,6 millions pour avoir permis à des cliniques privées de surfacturer certaines chirurgies.

Les gouvernements ont toutefois moins de tolérance quand de telles pratiques s'effectuent à l'intérieur même des hôpitaux, avec l'aide d'équipements financés à même les fonds publics. Ainsi, le gouvernement du Québec a récemment coupé court aux pratiques de l'Hôtel-Dieu du CHUM qui tentait de financer ses équipements coûteux

d'IRM, en donnant un accès accéléré, mais payant, aux tests d'imagerie à certains patients, hors des heures normales d'utilisation des salles de radiologie.

Tous ces services parallèles payants sont alors assimilés à un système à deux vitesses, où seuls les plus fortunés ont la possibilité de court-circuiter les listes d'attente et d'obtenir des services dans des délais réduits.

Des services médicaux qui échappent au régime public

Au fil des ans, les difficultés vécues dans le système public ont aussi poussé certains médecins québécois à se désaffilier du régime d'assurance-maladie (RAMQ) pour pouvoir exiger en toute légalité le paiement de leurs honoraires par leurs patients. On compte aujourd'hui au Québec environ 90 médecins œuvrant sur une base privée, dont certains médecins de famille, mais surtout des ophtalmologistes, des dermatologues et des chirurgiens plasticiens.

En raison de la loi, les médecins qui se désaffilient doivent toutefois pratiquer exclusivement dans le secteur privé et ne sont plus autorisés à réclamer des honoraires dans le cadre du système public.

Il est ainsi possible d'obtenir des consultations médicales de médecins généralistes pratiquant à titre privé. Des cliniques de médecine générale privées, offrant à gros prix des services additionnels à leurs clients, ont aussi vu le jour. Certains clients peuvent ainsi obtenir un statut VIP, en échange d'un abonnement annuel payant, pour avoir accès plus rapidement aux conseils d'un médecin ou à une consultation-éclair avec un spécialiste.

Dans les soins spécialisés, on a aussi

vu naître des cliniques privées et payantes offrant des services autrefois offerts seulement en milieu hospitalier, notamment des chirurgies du genou et de la hanche à Montréal, des opérations de la cataracte à Québec, et même des consultations en urgence payantes, dans la première clinique privée détenant une mini-urgence dotée d'équipements de réanimation.

Si elle inquiète certains, la place de ces soins médicaux parallèles s'avère cependant marginale, puisque la presque totalité des 15 000 médecins du Québec demeurent affiliés au régime d'assurance-maladie. Elle est toutefois symptomatique du mécontentement qu'ont fait naître chez les usagers et les professionnels de la santé certaines contraintes du système public.

La solution, plus de place au privé? Ce que disent les études

Si le débat sur l'introduction du privé dans la santé fait constamment surface, c'est que plusieurs y voient une solution aux problèmes d'accès aux soins et aux problèmes financiers récurrents qui étranglent les systèmes publics. Les institutions publiques sont souvent considérées comme des milieux complexes et moins performants, où la lourdeur bureaucratique et les contraintes imposées notamment par les conventions collectives augmentent le prix de revient des services de santé.

En revanche, d'autres allèguent qu'une gestion privée des services de santé se traduirait inévitablement par une baisse de la qualité de soins, compte tenu des profits que chercheraient à dégrader ces entreprises à but lucratif.

En fait, il existe peu d'études permettant d'apporter une réponse simple et

Le Danemark : le plus public des régimes publics

Avec ses 5,3 millions d'habitants, desservis par un régime massivement financé par des fonds publics et des services essentiellement dispensés par l'État, le Danemark pourrait être considéré comme l'un des régimes les plus publics au monde. En 1973, ce petit pays scandinave de la taille du Québec a mis sur pied un système d'assurance-maladie qui assure une couverture universelle des soins de santé à tous ses habitants.

Les services de santé ainsi que les services sociaux y sont massivement financés par les taxes nationales et locales, de sorte qu'en 2002, 83 % des dépenses totales de santé étaient assumées par le trésor public, comparativement à 70 % au Québec.

Seulement 17 % des dépenses de santé provenaient des usagers. En matière économique, le Danemark ne consacrait pas moins de 8,4 % de son produit intérieur brut (PIB) à la santé, une part de sa production inférieure à celle que le Québec ou le Canada investisse, soit environ 10 %.

Les médecins de famille assurent la presque totalité des soins de première ligne au Danemark, c'est-à-dire des soins médicaux non spécialisés. Et cela, en vertu d'ententes signées avec l'État qui prévoient le versement à ces médecins d'un salaire annuel pour s'occuper d'une population donnée. À ce paiement par capitation, s'ajoute un paiement à l'acte pour certains services médicaux.

Les Danois doivent donc être inscrits chez un médecin généraliste identifié par l'État pour recevoir des soins gratuitement. Histoire de préserver une certaine liberté de choix, les Danois peuvent aussi avoir accès au médecin de leur choix s'ils le souhaitent, à la condition toutefois de verser un supplément. Les consultations chez un spécialiste ne sont pas non plus gratuites si les patients consultent sans avoir d'abord été référés par un généraliste. Certains médecins sont donc habilités par la loi à charger des frais supplémentaires, mais ceux-ci ne sont consultés que par 2 % de la population.

Les soins à domicile sont gérés par des instances de santé régionales, de même que les soins hospitaliers, qui sont la responsabilité des « comtés » et des villes depuis le XVIII^e siècle. Depuis 1930, l'État assume toutefois l'entier financement des hôpitaux gérés par les paliers locaux. Contrairement à d'autres pays d'Europe, où plusieurs cliniques et hôpitaux sont administrés par des organismes privés, le Danemark ne compte qu'une infime proportion d'hôpitaux privés, abritant tout au plus de 1 % des lits.

Aux yeux de plusieurs observateurs, la force du système danois réside dans l'efficacité de sa première ligne, c'est-à-dire des soins médicaux de proximité. Toute la population étant prise en charge par des médecins de famille durant le jour, les urgences se distinguent par leur efficacité et leur rapidité. La capacité des organisations locales à donner les soins de proximité, notamment des soins à domicile, réduit d'autant l'encombrement des urgences.

unique à ces questions, mais quelques recherches portant sur des comparaisons américaines ont permis de dégager certains constats.

Récemment, deux méta-analyses d'une quinzaine d'études, comparant le coût des soins et la qualité des services rendus dans des hôpitaux privés à but lucratif et des hôpitaux privés sans but lucratif aux États-Unis, a démontré que les mêmes soins s'avéraient souvent plus coûteux en milieu privé lucratif et de moins bonne qualité.

Publiée en 2003 dans plusieurs journaux prestigieux comme le *New England Journal of Medicine* (NEJM) et le journal de la Canadian Medical Association (CMAJ), la première analyse, pilotée par le Dr P.J. Devereaux, professeur au département d'épidémiologie et de biostatistiques de l'Université Mac Master, a observé un risque plus élevé de mortalité dans les hôpitaux américains privés à but lucratif que dans les hôpitaux privés sans but lucratif. Les études analysées regroupaient des données

concernant 38 millions de patients admis dans 26 000 hôpitaux américains entre 1982 et 1995. Les taux de mortalité observés pour les mêmes types de diagnostics et de patients étaient supérieurs de 2 % dans les hôpitaux à but lucratif.

Selon les auteurs, cette différence pourrait être attribuable au fait que les hôpitaux à but lucratif comptent une proportion moins élevée de personnel hautement qualifié. Un taux élevé de personnel spécialisé est en effet fortement associé dans la littérature à des risques de mortalité inférieurs.

Au surplus, les chercheurs estiment que l'obligation de dégager des profits de 10 à 15 % dans les hôpitaux à but lucratif, et celle de payer des taxes, rendent plus difficiles pour ces hôpitaux de livrer la même qualité de soins, aux mêmes coûts, que dans les hôpitaux sans but lucratif. Plus encore, les cadres de ces entreprises, qui touchent des bonus quand des profits importants sont générés, subiraient une pression constante pour abaisser les coûts.

La même équipe de chercheurs s'est aussi penchée sur huit études américaines impliquant 350 000 patients dans 324 hôpitaux pour comparer les paiements effectués pour des soins similaires dans des hôpitaux privés à but lucratif et à but non lucratif. Cinq études démontrent que les coûts étaient significativement supérieurs dans les hôpitaux à but lucratif, soit d'environ 19 %, et une seule a démontré des coûts significativement inférieurs.

Une autre étude, publiée elle aussi en août 2003 dans le *NEJM*, conclut que les coûts administratifs des services de santé américains (hôpitaux, cabinets, centres d'hébergement, etc.) sont beaucoup plus élevés aux États-Unis qu'au

Canada, représentant 31 % des dépenses totales de santé, comparativement à 16 % ici. Le professeur Woolhandler estime que les États-Unis dépensent 752 \$ de plus per capita (1059 \$) pour les coûts administratifs de la santé que le Canada (307 \$).

La mixité dans la production de services : une situation courante

Si au Québec et au Canada, les débats sur la place qui doit être laissée au secteur privé dans la production de services de santé déclenche des passions, ce n'est pas nécessairement le cas ailleurs. En Europe, plusieurs systèmes largement financés par les États reposent en partie sur des producteurs de soins privés, qui cohabitent avec des producteurs de soins publics.

C'est notamment le cas en Suède et en France où une plus grande part du financement des dépenses de santé est malgré tout assumée par l'État. Dans l'Hexagone, environ 20 % des hôpitaux de soins aigus sont privés à but lucratif et 15 % privés sans but lucratif. En dépit de la forte présence d'acteurs privés dans le domaine hospitalier, la majorité de services de santé continuent toutefois à être gratuits et facilement accessibles pour les Français puisqu'ils sont remboursés par l'État.

La Commission Clair

La Commission Clair, à qui le gouvernement québécois a confié en 2001 le mandat de faire des recommandations sur l'avenir du système de santé et de services sociaux, s'est montrée ouverte à un rôle de privé, bien que les commissaires se soient aussi prononcés clairement en faveur du maintien d'un régime massivement public et d'un

La France : la cohabitation paisible entre le public et le privé.

Avec son système de santé mixte, franchement marqué par la place importante qu'y jouent les entreprises de santé privées, la France se démarque des pays du nord de l'Europe et du Royaume-Uni. On pourrait même parler du nouveau paradoxe français ! Bien que 76 % des dépenses totales de santé soient assumées par l'État, et que les Français aient adopté en 1999 une loi assurant la Couverture maladie universelle, c'est dans ce pays d'Europe que l'on retrouve le plus grand nombre d'hôpitaux privés (40 %).

En fait, la France se caractérise par un système de santé largement financé par l'État, mais où la production des services de santé hospitaliers relève tout autant du secteur public que d'entreprises privées. On y trouve ainsi des hôpitaux privés, où les médecins sont payés à tarifs fixes, qui s'acquittent de soins et de chirurgies mineurs, alors que les hôpitaux publics se voient confier les soins surspécialisés, la gestion des urgences, les soins de longue durée et les soins psychiatriques. Dans ces hôpitaux publics, les médecins sont souvent payés à salaire, comme les autres employés de l'État, mais sont habilités à travailler dans des hôpitaux privés à temps partiel. Environ 25 % des hôpitaux de soins généraux sont publics, 33 % sont considérés privés sans but lucratif, et 40 % sont carrément privés.

Pour ce qui est des soins médicaux de base, les Français peuvent consulter le médecin de leur choix. Pour ce faire, ils doivent cependant défrayer les coûts d'une partie de la consultation, qui leur sera ensuite remboursée par l'État. Les médecins de première ligne sont toutefois autorisés à charger

des frais plus élevés que ce que le gouvernement ne rembourse dans le cadre de la Couverture maladie universelle (CMU).

Le financement du système de santé français se distingue du nôtre par le fait qu'il repose à 84 % sur les contributions puisées à même le salaire des travailleurs. Seulement 11 % des dépenses de santé sont payées par les usagers eux-mêmes, essentiellement pour des verres correcteurs, des frais de laboratoire, les soins dentaires, les médicaments.

Dans ce contexte de cohabitation paisible entre le secteur public et le secteur privé, le système de santé français s'est vu classé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au premier rang mondial en ce qui a trait à l'efficacité du système. En consacrant 9,5 % de son PIB à la santé, la France, estime l'OMS, possède le système de santé le plus efficace, si l'on en juge par l'état de santé de sa population par rapport aux sommes investies dans la santé.

Toutefois, plusieurs estiment que l'efficacité du système français, où les délais d'attente sont quasi inexistantes et les urgences fluides, découle du fait qu'une très large proportion de son financement provient des contributions versées par les 59 millions de Français. La facilité d'accès aux services découle aussi du très grand nombre de médecins actifs sur son territoire en proportion de sa population. Ces médecins sont aussi beaucoup moins bien rémunérés que leurs homologues canadiens ou américains, ce qui limite d'autant les coûts des services de santé.

financement public accru (Voir texte suivant).

D'autres solutions que le recours au privé ?

Plusieurs observateurs estiment par ailleurs que la majorité des difficultés vécues dans la livraison de services par les systèmes publics pourraient être amoindrie par des changements majeurs dans les façons de faire, sans qu'il soit nécessaire de recourir davantage aux producteurs privés. C'est d'ailleurs

pourquoi de nombreux pays ont choisi de procéder à des réformes en profondeur, plutôt que de se retirer de la gestion de certains services et de la confier au secteur privé.

Au Québec, plusieurs solutions ont ainsi été envisagées : révision du mode de rémunération des médecins, révision du mode de financement des hôpitaux, création des groupes de médecine familiale, création d'un dossier patient informatisé, etc. Par contre, la plupart de ces mesures n'ont toujours pas été in-

staurées, ce qui rend difficile de tirer des conclusions quant à leur efficacité.

Toutefois, les réorganisations majeures opérées en ce sens dans plusieurs pays semblent avoir eu des impacts importants sur l'efficacité de la première ligne. Dans tous ces cas, ces réformes avaient pour but d'alléger la pression sur les hôpitaux, devenus le goulot d'étranglement du système, avec les conséquences que l'on sait sur les listes d'attente, les urgences et la disponibilité de lits.

En Angleterre, et dans certains pays scandinaves, les patients sont depuis plusieurs années inscrits auprès de groupes de médecins de famille ou de groupes de soins primaires, ce qui assure une prise en charge efficace des malades et une continuité dans les services donnés. Dans ces systèmes, les médecins sont rémunérés à salaire pour assurer le suivi constant de leurs patients. Ces systèmes de prise en charge semblent avoir un effet bénéfique sur les hôpitaux, en évitant aussi les visites inutiles à l'urgence et les complications liées au manque de suivi.

Dans la même veine, le recours aux infirmières praticiennes habilitées à prescrire certains médicaments et à poser certains diagnostics, comme cela se fait en Ontario et dans plusieurs états américains, paraît aussi avoir un impact très positif sur l'accès aux soins dans certaines communautés, dépourvues d'un nombre suffisant de médecins.

Le développement de « réseaux de services intégrés », qui permettent à un patient de voir l'ensemble de ses besoins de santé géré par une seule personne, semble aussi avoir eu des résultats concluants à plusieurs endroits. Dans ce système, la continuité des soins ne

relève plus de l'unique talent du patient à se débrouiller pour avoir accès à divers services de santé, mais d'un seul « gestionnaire de cas » qui s'acquitte de prendre tous les rendez-vous et de faire cheminer le dossier du patient auprès des intervenants concernés.

Ce type de gestion, développé aux États-Unis, a prouvé son efficacité pour assurer une meilleure continuité de soins aux personnes ayant fréquemment recours au système de santé, comme les personnes âgées et celles souffrant de maladies chroniques. À Montréal, un projet-pilote de services intégrés pour personnes âgées testé dans les quartiers Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville, a d'ailleurs permis de réduire de moitié le nombre de personnes en attente d'hébergement dans des lits d'hôpitaux et de diminuer de 20 % la durée de leur séjour à l'urgence. Ce projet, qui devait être étendu à l'ensemble de la métropole, a toutefois été abandonné, faute de fonds.

Pour limiter la pression sur les urgences, plusieurs pays disposent aussi d'un important réseau de paramédics ou de « premiers répondants », ce qui permet d'alléger le travail des médecins aux urgences, déjà débordés par des cas complexes. Dans certains pays comme la Suède, il existe aussi des mécanismes pour éviter que des patients en attente d'hébergement n'occupent trop longtemps les lits de l'urgence. La Suède, où la responsabilité des soins de longue durée incombe aux municipalités, a notamment instauré un système de pénalités aux autorités municipales chaque fois que celles-ci bloquent des lits dans les hôpitaux en tardant à offrir une place d'hébergement à des patients âgés. Cela a permis de réduire de moitié en 10 ans

le nombre de patients en attente d'hébergement dans les lits d'hôpitaux.

Au Royaume-Uni, comme en Suède et au Danemark, la régionalisation complète de la gestion des soins semble aussi avoir permis d'améliorer l'organisation et la qualité des soins livrés aux patients.

Conclusion

Il n'existe pas de réponse simple à la question : faut-il plus ou moins de privé dans la santé ? La littérature fait état de plusieurs recherches illustrant des conséquences potentiellement négatives sur la livraison des services de santé aux États-Unis, mais l'Europe regorge d'expériences positives, où la participation du privé à la production des services, même en milieu hospitalier, n'est guère plus un enjeu politique.

Au Canada, la sous-traitance confiée par les autorités de santé de l'Alberta à des cliniques privées pour effectuer des chirurgies de l'œil ne semble par contre pas avoir permis de réduire les listes d'attente en allégeant la pression sur les hôpitaux publics. Et cela, parce que certains spécialistes partageaient leur disponibilité entre les hôpitaux publics et les cliniques privées.

Le même phénomène a aussi été observé au Royaume-Uni, où les listes d'attente pour certaines chirurgies ont allongé, parce que les mêmes médecins offraient simultanément leurs services dans des hôpitaux privés, réduisant du coup leur présence dans les hôpitaux publics. Toutefois, le même type de pratique en France ne semble pas avoir eu cet impact sur l'accès aux soins.

Chose certaine, la revue des expériences survenues ailleurs dans le monde

nous amène à penser que la vraie question à se poser ne se limite pas à : « Faut-il oui ou non du privé dans la santé ? », puisque le privé se taille déjà une place imposante dans la livraison des services au Québec comme au Canada.

La vraie question semble plutôt être : comment pouvons-nous collaborer avec le privé, pour quels types de services et avec quel genre d'organisations privées acceptons-nous de collaborer ?

Dans les pays où cette forme de collaboration s'est montrée fructueuse, des règlements très stricts et des mesures de contrôle de la qualité très pointues sont imposés aux partenaires du secteur privé. Dans tous les cas de collaboration du privé observés en Europe, la majorité des coûts reliés aux services de santé dispensés par des acteurs privés sont remboursés par l'État, ce qui ne remet pas en cause l'universalité et l'équité dans l'accès aux soins.

Pour ce qui est de la qualité des soins, tant le secteur public que le secteur privé ne peuvent faire l'économie d'une évaluation constante de leur performance ou d'une révision constante de leurs façons de faire, estiment plusieurs experts. Tant les commissions Clair que Romanow ont abondé en ce sens.

On peut donc penser que toute collaboration avec le secteur privé devrait s'accompagner de balises claires pour réglementer la qualité des soins, précisant notamment les quotas personnel-patient, la formation requise ou le salaire versé aux employés, comme c'est le cas en Europe. En cas de non-respect, ces partenaires verraient leurs ententes de partenariat annulées.

Comment faire du privé un allié plutôt qu'un adversaire ?

Michel Clair

Président et chef de la direction, Groupe Santé SEDNA
Président de la Commission d'étude sur les services de santé
et les services sociaux (Commission Clair) 2000-2001



Michel Clair

Avant d'aborder la question de front, il importe de faire des distinctions importantes entre (1) l'administration ou la gouverne du système, (2) son financement, (3) la production ou la gestion, la livraison ou la prestation de services de santé et (4) la propriété des immeubles ou des équipements.

Parler du rôle du privé dans l'une de ces catégories ne veut pas dire parler de la privatisation de l'ensemble.

Je me borne à discuter du rôle du privé dans la production, la gestion, la livraison ou la prestation de services de santé. Et ce, dans le cadre d'un système de santé placé sous la gouverne publique et financé très largement par des fonds publics.

Des problèmes à résoudre

Notre système public connaît des problèmes difficiles à résoudre. Ceux-ci découlent en partie du fait que l'État cumule plusieurs rôles. Il élabore les politiques, finance les services et les livre lui-même presque tous. Parmi les conséquences : on fait peu d'évaluation de nos services. Il est difficile de savoir si on en a pour notre argent.

Il y a peu ou pas de compétition sur le plan de la livraison des services. On ne connaît pas nos coûts unitaires. On ne sait pas ce que nos services coûtent.

Nous avons un retard important dans la mise à niveau de notre parc immobilier. On investit moins de la moitié de ce qu'on devrait investir dans le maintien de notre parc immobilier. C'est la même chose pour ce qui concerne les technologies de l'information où on investit, si ma mémoire est bonne, quatre fois moins que dans les pays comparables ailleurs dans le monde occidental.

On a des retards importants également dans le domaine du développement des services à domicile. Énormément de difficultés dans les centres de soins de longue durée. Rappelez-vous les propos du ministre Philippe Couillard après l'inspection de 45 d'entre eux : « un échec de société », sur le plan de la qualité de l'hébergement, sans porter de jugement sur les services offerts par la main-d'œuvre qui y travaille, mais en termes de vétusté du bâti.

Tout cela s'ajoute au fait que l'on a de graves difficultés d'accès aux services

médicaux de première ligne. Les listes d'attente augmentent pour des spécialités de base, les chirurgies de la hanche, les chirurgies de la cataracte, les services à domicile, l'imagerie médicale, et autres.

Un système parallèle

On peut voir en même temps, en parallèle, se développer une offre de services de santé privée, non régulée, ni dans sa livraison, ni dans son financement.

Par exemple, on a eu le désengagement d'ophtalmologistes qui pratiquent en chirurgie de la cataracte à 1500 \$ pièce, vivant des listes d'attente du secteur public. On a des services aux personnes âgées dans le privé non régulés. On a une médecine dite VIP, supposée de prévention mais qui en réalité est une façon d'accélérer l'accès en parallèle à de la médecine spécialisée. On a un système de passe-droit, reposant sur des relations personnelles, qui viennent mettre en échec les principes d'égalité de l'accès à des services de santé.

Les services de santé de première ligne, le déploiement de réseaux de cabinets de médecins de première ligne, est très influencé par les grandes chaînes pharmaceutiques qui attirent les médecins avec toutes sortes de règles non contrôlées.

On ferme les yeux beaucoup sur le développement d'un réseau de services de santé parallèle qui est non régulé par l'état et qui, à mon avis, risque de conduire à une brisure dans la solidarité sociale. Et qui dit brisure dans la solidarité sociale, dit affaiblissement de la volonté collective de financer le système public de santé.

Définir le rôle du privé

Mon hypothèse, ma proposition, c'est de dire qu'il devient important de définir un rôle pour le secteur privé dans la livraison et la gestion de services de santé, financés publiquement, et ce, dans le cadre d'objectifs du secteur public.

Il faut que le secteur privé devienne un partenaire plutôt qu'un adversaire du système de santé québécois et qu'il s'inscrive pleinement dans la poursuite des objectifs de santé publique de la nation.

La Commission que j'ai présidée avait identifié certains secteurs qui nous semblaient les plus propices à une politique de partenariat public-privé.

Ces propositions sont arrivées en 2001, soit bien avant que l'actuel gouvernement n'adopte une politique de PPP orientée sur les grandes structures.

Ces secteurs étaient les suivants : l'immobilier ; les technologies de l'information ; les soins de longue durée ; les services à domicile ; les cliniques affiliées ; les groupes de médecine de famille ; les services auxiliaires.

Ces recommandations se basaient sur l'expérience de beaucoup de pays de l'OCDE. Je pense notamment à la France et à la Suède, où on a vu évoluer de façon rapide et substantielle le rôle du privé. En France, donc, 40 % des services sont dispensés par le privé à but lucratif, 35 % par le privé à but non lucratif et 25 % par des établissements publics.

Je dois préciser que dans notre esprit, lorsque nous parlons du privé, nous parlons autant du privé à but non lucratif ou communautaire que du privé à but lucratif.

Les conditions

Il y a des conditions à la présence du secteur privé dans la livraison et la gestion de soins de santé :

1. Cela doit répondre à des besoins prioritaires identifiés par l'État;
2. Cela doit se faire dans le cadre d'une reconnaissance de l'intérêt public, en termes de qualité des soins ; à l'égard des coûts ; en termes d'accessibilité universelle et donc d'une amélioration de l'accessibilité ; d'une imputabilité et d'une transparence renforcée par rapport à ce que nous avons présentement avec le système public ;
3. Il faut que le secteur privé participe aux objectifs définis par l'État;
4. Il faut un ministère fort, qui fixe les objectifs, qui se donne les moyens d'évaluer les résultats et, non pas un ministère qui s'embourbe dans la microgestion en livrant lui-même tous les services ;

5. C'est dans le cadre du maintien d'un financement public très large. Cela ne doit pas être l'occasion d'un désengagement de l'État ni des individus que nous sommes et qui participons au financement public du système ;
6. Tout cela doit se faire dans le respect des droits des travailleurs et des professionnels spécialisés ou non du secteur de la santé.

L'hypothèse de base, c'est de dire qu'il y a une place pour le secteur privé. Non pas comme un compétiteur, un adversaire du système public, mais plutôt comme un partenaire à part entière.

J'ai l'habitude de dire que je suis partisan d'un système de santé à une vitesse, mais à deux moteurs.

NOTE : Ce texte est composé des principaux extraits de la conférence prononcée par M. Clair lors de la première rencontre régionale du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé, le 12 mars 2005. La vidéo de cette conférence et le texte qui l'accompagne sont disponibles sur le site Internet de l'Institut du Nouveau Monde : www.inm.qc.ca.

Les coopératives et l'économie sociale : une troisième voie ?

Sylvie Dugas

journaliste

Pour faire face aux défis posés au système de santé, le secteur privé est souvent appelé au secours. Mais un tiers secteur se propose d'occuper un espace et de jouer un rôle. Ce secteur est celui de l'économie sociale, qui regroupe les coopératives et les entreprises à but non lucratif.

Avec la désinstitutionnalisation des personnes atteintes de maladie mentale, le virage ambulatoire, les compressions budgétaires dans le budget de la santé et des services sociaux, l'organisation des services de première ligne (soins directs auprès de la population) s'est transformée. La charge des aidants naturels, qui doivent maintenant effectuer 80% des tâches reliées au soutien aux aînés, s'est également alourdie. L'accessibilité des services de santé est devenue problématique dans plusieurs régions du Québec en raison de la pénurie de médecins. Dans un contexte du vieillissement de la population, la demande de services d'hébergement pour personnes âgées avec soins de santé est par ailleurs supérieure à l'offre disponible, principalement chez les personnes démunies.

C'est pour faire face à la pénurie de ressources humaines en santé, réduire les coûts d'opération du système, abaisser le taux de chômage (de 12 % en 1996) et servir au mieux l'intérêt public que le gouvernement décide de faire appel à l'économie sociale pour dispenser des services de santé. Plusieurs coopératives de santé et OSBL agissant dans le domaine de la santé et des services sociaux voient le jour dans ce contexte.

Des exemples éloquentes

Les OSBL d'aide domestique et les coopératives de services à domicile sont les plus nombreuses : au Québec, on compte au total 103 Entreprises d'économie sociale (EESAD) qui génèrent des revenus globaux de 65,5 millions de dollars. Leur création a été vivement encouragée par le gouvernement par la mise en place d'un programme d'exonération financière, lequel a permis à la main-d'œuvre de ce secteur de sortir du travail au noir. Quelque 6 024 postes ont été créés seulement dans les EESAD depuis le Sommet de l'économie et de l'emploi.

La première coopérative de services à domicile, la Coopérative de services à domicile de l'Estrie, a été fondée en 1989. Elle regroupe actuellement 3400 membres et dispense 100 000 heures de consultation par année. Elle a été récipiendaire de plusieurs prix et distinctions pour son engagement coopératif et la qualité des services rendus à la population. Elle a en effet accompli avec succès, en complémentarité avec les organismes du milieu, la triple mission qu'elle s'était donnée :

- elle a favorisé le maintien à domicile des personnes âgées qui auraient peut-être quitté la région et amélioré la qualité de vie de la population en offrant une gamme de services à domicile répondant à leur besoin ;
- elle a créé 128 emplois stables, fiables et de qualité pour des personnes démunies ;
- elle a donné aux utilisateurs, membres propriétaires de la coopérative, l'occasion de prendre leur santé en main en décidant des services, des orientations et du développement de l'entreprise.

L'OSBL Multi-Services Albanel, au Saguenay, a été créée en 1996 et figure parmi les doyennes des entreprises de sa catégorie. Elle a été mise sur pied pour répondre à des besoins non assumés dans le milieu : ce sont les CLSC qui lui réfèrent sa clientèle. Elle compte 82 employés, dont la plupart sont des femmes qui travaillent à temps plein. Si le salaire horaire durant la période de probation est de 8 \$, il atteint 8,64 \$ au bout de deux ans. Depuis six ans, les tarifs exigés aux usagers ont grimpé de 12 à 13 \$ l'heure.

Les premières coopératives de service ambulancier ont été mises sur pied en 1989. Elles regroupent maintenant un millier de travailleurs et effectuent 150 000 transports par année. Les techniciens de la Coopérative ambulancière de l'Outaouais, par exemple, participent à la gestion et à la progression de leur entreprise.

Les possibilités et les limites de l'économie sociale

Depuis plusieurs décennies, de nombreux citoyens réclament une « économie humaine » qui ne soit pas uniquement assujettie à la loi du marché sur laquelle ils n'ont aucune prise. Les initiatives d'économie solidaire répondent en partie à cette revendication. Comme les déterminants socioéconomiques (prévention, saine alimentation, exercice, niveau d'éducation, revenu, etc.) influent sur la santé au même titre que la disponibilité et la qualité des services de santé, cette structure organisationnelle plus démocratique permet aux citoyens d'avoir une emprise sur la gestion de leur propre santé.

La participation des usagers aux instances décisionnelles, l'égalité et la gestion collective qui caractérisent les coopératives sont aussi porteuses de transformation sociale. La dimension participative des usagers à leur coopérative contribue en effet à accroître l'autonomie et la responsabilité des collectivités. Elles permettent en outre une plus grande sensibilité aux besoins des différents milieux et garantissent une meilleure capacité d'adaptation pour y répondre.

Les OSBL et les coopératives assurent également la cohésion sociale

des communautés. En effet, la mise sur pied de coopératives nécessite non seulement l'engagement des citoyens, mais un partenariat fertile avec le milieu (municipalité, caisse populaire, donateurs etc.). Le bénévolat est d'ailleurs fréquent dans les entreprises d'économie sociale et contribue à resserrer les liens entre les membres de la

communauté. Ce qui est loin d'être le cas chez les entreprises du secteur privé. Selon le sociologue Yves Vaillancourt, les entreprises d'économie sociale peuvent même contribuer « au développement des politiques sociales, c'est-à-dire à l'élargissement de l'intérêt général et de l'espace public. »

Les coopératives de santé (avec médecins)

Les coopératives de santé ont quant à elles vu le jour pour pallier la pénurie des ressources, dans le cadre des efforts réalisés par les municipalités pour attirer les médecins en région. Les coopératives de clinique santé résultent ainsi d'une mobilisation collective visant à doter la communauté de services de santé adéquats. Ce besoin est criant dans les municipalités des régions périphériques qui n'arrivent pas toujours à recruter des médecins. Dans la plupart des cas, tant les praticiens que les usagers en sont membres (coop de solidarité) et les services médicaux sont octroyés sur une base coopérative, ce qui permet aux usagers de prendre part aux décisions relatives à la nature et à la qualité des services ainsi qu'aux orientations de la coopérative.

La Coopérative Les Grès a été fondée en 1996. À la suite de la mise à la retraite du médecin local, 1 000 citoyens de Saint-Étienne-des-Grès – appuyés par les leaders locaux – décident de passer à l'action et de signer une pétition visant à mettre sur pied une coopérative de santé. La caisse populaire locale et la municipalité apportent leur contribution et chaque citoyen intéressé acquiert des parts sociales qui, une fois réunies, financeront la construction de la clinique. En quelques mois, les plans de construction et d'aménagement de la nouvelle clinique sont complétés : celle-ci accueillera des médecins, un psychologue, un dentiste, un opticien et un pharmacien. Les services d'un physiothérapeute seront également offerts par la suite.

L'expérience de Saint-Étienne-des-Grès inspire ensuite d'autres municipalités qui se retrouvent confrontées au même problème. Saint-Cyrille de Wendover (près de Drummondville) emboîte le pas en 1999 avec une coopérative comprenant

2 000 membres et offrant les services de trois médecins, d'un physiothérapeute, d'un diététiste et de trois pharmaciens. À l'été 2003, la Coopérative de solidarité santé de Saint-Thècle ouvre ses portes dans la région de la Mauricie. Petite variante, en plus de souscrire une part sociale de 10 \$, les citoyens de ce village de 2 400 habitants ont accepté de verser une cotisation annuelle de 100 \$ par famille totalisant près de 70 000 \$. En 2004, la Coop santé Aylmer voit le jour à Aylmer. Cette dernière initiative est tout à fait originale : des médecins ont vendu leur clinique à plusieurs milliers de citoyens regroupés en coopérative de solidarité, mais ont poursuivi toutefois leur pratique sous la nouvelle gouverne démocratique.

Si plusieurs tentatives de mise sur pied de coopératives de santé ont échoué jusqu'ici, faute de médecins en bonne partie, d'autres initiatives, comme la Coopérative de solidarité La Corvée à Saint-Camille dans les Cantons de l'Est, sont prometteuses et ouvrent de nouvelles pistes de solution. Cette coopérative d'habitation et de soins et services fondée en juin 2003 offre la location d'espaces à des praticiens de médecine douce (ostéopathe, acupuncteur, massothérapeute etc.). Toute la communauté, a priori les résidents de la coop d'habitation, en bénéficie. Outre le fait que la notoriété du village a été rehaussée et que l'économie régionale a été stimulée par sa présence, la coopérative permet aux citoyens de la région de bénéficier de services de médecine alternative qui n'existaient pas auparavant. Elle a également créé un effet mobilisateur chez les habitants du village qui se sont pris en main afin d'assurer leur bien-être et la pérennité de la communauté.

Concurrence

Malgré les aspects positifs de ces initiatives, la formule coopérative est souvent méconnue des acteurs institutionnels. Plus encore, elle entre parfois carrément en concurrence avec le privé qui offre aux médecins des locaux et des équipements clé en main. Faute d'appui du gouvernement, certains projets de coopérative de santé sont morts dans l'œuf, comme celui de Pointe-au-Père qui s'est buté à l'opposition systématique de la régie régionale de la santé.⁷ Le projet de coopérative de Saint-Barthélémy a été interrompu devant l'impossibilité de trouver un médecin et la concurrence avec une pharmacie a annihilé les efforts de la communauté de Saint-Jean-de-Matha.

Les coopératives de santé doivent donc faire face à la concurrence du secteur privé. « À Sainte-Anne-des-Plaines, les citoyens ont mis deux ans à créer leur coopérative et à recruter deux généralistes. Lorsque cela a été fait, au bout de quelque temps, le groupe Pharmacies Jean-Coutu est venu offrir de racheter l'édifice abritant les cabinets de médecins en intégrant ces derniers dans une clinique neuve. La coopérative a cessé ses opérations en 1999. »

L'économie sociale favorise-t-elle le désengagement de l'État ?

Le développement des entreprises d'économie sociale a-t-il favorisé le démantèlement de l'État dans les services à domicile et accru la charge des aidants naturels ? Dans les faits, les aidants naturels accomplissent la majorité des tâches reliées au maintien à domicile des personnes âgées ou revenant d'un

séjour à l'hôpital, en raison de l'insuffisance de programmes destinés à soutenir leur contribution.

Mais l'économie sociale n'a pas entraîné une baisse du nombre d'auxiliaires familiales dans les CSLC : ces dernières sont chargées d'effectuer tout travail qui requiert un contact physique avec les patients.

Des emplois de seconde catégorie ?

L'appui du secteur public à la création d'entreprises d'économie sociale visait à stimuler la création d'emplois. Mais dans plusieurs cas, ces emplois sont souvent faiblement payés et sont majoritairement occupés par des femmes.

Plusieurs analystes croient que le projet d'économie sociale n'a pas atteint ses objectifs en ce sens. Les salaires offerts aux travailleuses de EESAD ont été gelés au niveau de 1996, soit autour de 8,30 \$ de l'heure. Cependant, plusieurs EESAD offrent une protection et certains bénéfices marginaux à leurs employés : assurance-maladie long terme, congés de maladie et congés sociaux payés. Les employées reçoivent également une formation de base.

En vertu de la nouvelle politique en soutien à domicile, les employées de ce nouveau secteur seront appelées à se professionnaliser si l'élargissement de leur rôle se confirme. Selon l'ex-président de la CSN, Gérald Larose, elles pourraient enfin améliorer leurs conditions de travail et revendiquer une augmentation salariale au même titre que les éducatrices de garderie dont le combat a duré 35 ans.



► Dilemme 4

Le financement : payer plus cher ou limiter l'offre de services ?



Le financement de la santé au XXI^e siècle : une préoccupation universelle

Valérie Martin et Geneviève Bougie

Journalistes

À l'heure actuelle, il n'existe aucun système de santé au monde qui offre pour ses citoyens une couverture publique à 100 % des services de santé. Un régime public et universel transfère des revenus aux gens qui en ont le moins. Un financement privé des services de santé tend à réduire cette redistribution au profit des mieux nantis, mais il peut, dans certains cas, fournir un appoint utile. C'est du moins l'opinion en vigueur dans de nombreux pays de l'Europe sociale-démocrate.

Historique de l'assurance-santé

Le financement public des soins et leur accessibilité à l'ensemble de la population constituent deux caractéristiques du système de santé québécois. Soumis aux lois fédérales en matières de santé, ce financement a d'ailleurs été à l'origine de nombreuses querelles politiques.

En 1948, la Saskatchewan – sous un gouvernement social-démocrate – a été la première province à adopter un régime public d'assurance-hospitalisation. À la faveur du Programme national des subventions à la santé du gouvernement fédéral mis de l'avant par Paul Martin (père) en 1948, d'autres provinces ont emboîté le pas. Durant

les années 1950, le gouvernement fédéral de Louis Saint-Laurent a travaillé à la conception d'un régime public d'assurance-hospitalisation, mais il se heurtait à certaines réticences dont celles opposées par Québec sur la base des champs de compétence, celles de l'Ontario qui exigeait des crédits fédéraux pour en défrayer les coûts, de même que les réserves des assureurs privés et d'autres groupes de pression médicaux. C'est finalement en 1957 que les obstacles ont été levés et que fut adoptée la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Le programme est entré en vigueur le 1^{er} juillet 1958. À la fin de 1961, chaque province canadienne s'était dotée d'un régime public.

De l'assurance-hospitalisation à l'assurance-maladie

Au Québec, première mesure sociale d'envergure de la Révolution tranquille des libéraux de Jean Lesage, le programme public d'assurance-hospitalisation entre en vigueur en 1961. Ailleurs au Canada, on parlait déjà d'un régime qui élargirait la couverture pour inclure les consultations avec les médecins. En 1962, la Saskatchewan a de nouveau

marqué l'histoire en mettant en vigueur le premier régime public d'assurance-maladie en Amérique du Nord. Le Québec a suivi en 1966 par la création de la Commission d'enquête Castonguay-Nepveu suivie de celle de l'assurance-maladie. Cela ne se fait toutefois pas sans heurts : on assiste en 1970 à une grève des médecins spécialistes qui protestent contre la « socialisation » de la médecine.

Un jalon symbolique : la fusion, en 1970, du ministère de la Santé et de celui de la Famille et du Bien-Être social en un seul ministère appelé ministère des Affaires sociales. Elle fut suivie, en 1971, de la loi-cadre sur les services de santé et les services sociaux qui prévoyait deux structures intégratives : les conseils régionaux de la santé et des services sociaux et surtout, les CLSC au niveau local.

Flambée des coûts

Les accords de financement de la santé deviennent vite un sujet de discordance entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Le gouvernement fédéral se rendra compte de l'ampleur des coûts sur lesquels il n'a que peu de contrôle, et les provinces feront valoir que les décisions d'Ottawa faussent leurs priorités dans ce domaine. Ces discussions aboutissent en 1977 à la négociation d'une nouvelle formule, le Financement des programmes établis (FPE) qui, entre autres, fait en sorte que la contribution fédérale dépende de la croissance du PNB (produit national brut), et non plus des coûts réels des soins de santé dans les provinces.

En 1979, nouveau gouvernement, celui de Joe Clark, nouvelle commission d'enquête. Selon les conclusions de

cette enquête, (a) les provinces affectent correctement aux soins de santé l'argent que le fédéral leur verse, (b) la surfacturation par les médecins et les tickets modérateurs perçus par certains hôpitaux risquent de détruire le régime public d'assurance-maladie et de créer un système à deux vitesses.

En 1984, afin de sortir de l'impasse, à la veille d'une élection où il sera battu, le gouvernement libéral fédéral parainvitera l'adoption d'une nouvelle Loi canadienne sur la santé. Cette loi fusionne les législations précédentes, introduit un mécanisme par lequel le fédéral peut imposer des sanctions financières aux provinces et réitère les cinq principes pour avoir droit aux fonds fédéraux : l'universalité, l'intégralité (tous les services médicalement nécessaires), la transférabilité des prestations d'une province à l'autre, l'administration publique par un organisme provincial (au Québec, la RAMQ ou Régie de l'assurance-maladie du Québec) et l'accessibilité aux soins.

Cette dernière condition nouvellement ajoutée avait pour objectif précis d'empêcher la surfacturation et les tickets modérateurs.

L'assurance-médicaments

Le cas des médicaments mérite ici un développement à part. On entend régulièrement parler de l'industrie du médicament, secteur de pointe dans nos économies modernes, avec une forte augmentation de la consommation – due notamment, mais pas uniquement, au vieillissement de la population – et une offre contrôlée par quelques grandes entreprises aux chiffres d'affaires multimilliardaires.

Au Québec, le gouvernement péquiste a promulgué en 1997 une Loi sur l'assurance-médicaments, qui a étendu à l'ensemble de la population une couverture du coût des médicaments. Après l'application de cette loi, et moyennant un système de « Liste de médicaments autorisés », de conditions quant à l'âge ou au statut socio-économique du bénéficiaire, de co-paiements et d'assurances dans le privé pour une part appréciable de la population (un peu plus de la moitié), une couverture médicaments universelle et obligatoire est désormais en vigueur au Québec. Un nouveau poste, pour l'alimentation de cette caisse, est apparu dans le rapport d'impôt des Québécois. Mais cette innovation – qui n'est pas une extension totale aux médicaments de la règle de l'universalité de l'assurance-maladie (actes médicaux et hospitalisation) – n'est pas sans avoir des coûts. Et ces coûts ont dépassé toutes les prévisions...

COMMENT FINANCER LA SANTÉ DÉSORMAIS ?

1. Faut-il augmenter la contribution de l'utilisateur ?

Tous les systèmes modernes de soins de santé sont principalement financés par des fonds publics et cette part publique varie entre 45 et 85 %. Les États-Unis mis à part, l'assurance privée joue un rôle réel, mais modeste, dans le financement des soins un peu partout dans le monde occidental.

La majorité des études d'experts convergent : même si un apport limité et bien circonscrit du privé existe déjà, on soutient généralement qu'il faut maintenir un système basé sur l'uni-

versalité et la gratuité. Et ce, en se fondant non seulement sur des critères « moraux » (justice redistributive, accès démocratique, universalité), mais également sur des critères économiques. En effet, diverses expériences menées surtout dans quelques grands pays anglo-saxons tendent à montrer – et ce, contre les idées reçues qui voient généralement toute intervention de l'État comme facteur de gabegie et de gaspillage – que plus le financement du système de santé est privé, plus le système est globalement coûteux.

Aux États-Unis, la majorité des gens ont des assurances coûteuses, le système public est fragile et en mauvais état, 40 millions d'Américains n'ont aucune couverture sociale et c'est le pays de l'OCDE qui consacre le plus grand pourcentage de son PIB à la médecine (15 % contre 9,6 % au Canada).

L'argument premier en faveur d'une plus grande place du privé dans la santé, c'est le « désengorgement » de certaines catégories de soins, très courues par la population, et pour lesquelles il y a pénurie, listes d'attente, etc. Un autre argument classique veut que le privé gaspille moins que le public, notamment en frais administratifs. Mais l'examen des expériences concrètes de privatisation des soins de santé dans le monde ne montre pas que le privé est forcément plus économique. Les coûts de l'administration des régimes d'assurance privés aux États-Unis représentent 13,2 % de la facture contre 1,3 % dans le programme public canadien.

Le vieillissement de la population est aussi utilisé comme argument en faveur de la privatisation du financement. Or, l'expérience internationale montre que

ce phénomène démographique n'a pas forcément pour corollaire des coûts de santé impossibles à gérer. D'autres pays (Japon, Italie, Suède, Australie) ont des proportions comparables sinon plus élevées qu'au Québec de gens âgés, et l'espérance de vie y est égale ou plus élevée qu'au Canada. Pourtant, ils dépensent moins que nous pour la santé. Il est possible de dépenser plus que le Canada sans que l'espérance de vie augmente : les États-Unis en sont un bon exemple (Agence de santé publique du Canada).

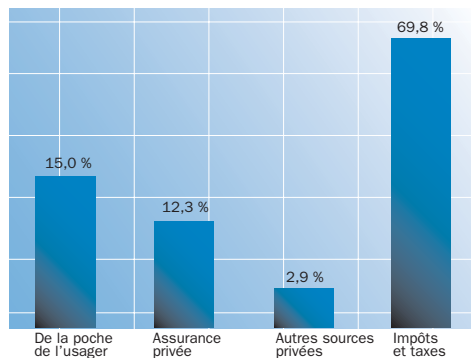
Autre objection classique à l'extension proposée du privé dans la santé : le spectre de l'inégalité dans l'accès aux soins, selon le niveau de revenu... On mentionne « l'effet de succion » sur les ressources publiques que pourrait avoir l'irruption de cliniques médicales entièrement privées : la « migration vers le privé » des meilleurs médecins et de certains équipements, du fait que ce secteur serait largement financé par les dépenses privées des plus nantis de la société.

Un rapport du Conseil d'analyse économique en France souligne qu'un certain désengagement public du financement à partir des années 70 dans ce pays s'est traduit par une inégalité d'accès aux soins, en conduisant à une augmentation de la part laissée à l'assurance complémentaire et aux ménages. La frange la plus pauvre de la population voyait sa consommation médicale baisser alors que l'ensemble de la population connaissait plutôt une augmentation de la consommation.

Assurances complémentaires

Certaines études confirment que le taux de souscription à une assurance com-

GRAPHIQUE 1 La situation actuelle : pourcentage des dépenses totales de santé par source de revenu au Canada, 2002



Source : ICIS

Note : Les autres composantes du secteur privé incluent les revenus des hôpitaux provenant d'autres sources que les patients, incluant les dons.

plémentaire qui prend généralement en charge les tickets modérateurs ou des services non assurés publiquement varie fortement en fonction du revenu ou de la catégorie socioprofessionnelle (Mormiche, 1995 ; ICIS, 2000 ; Rupprecht, 1999). Ainsi des fractions importantes de population cumulant de faibles ressources et des conditions de vie peu favorables à un état de santé satisfaisant n'ont pas accès au système de l'assurance-complémentaire et doivent, de ce fait, soit baisser leur consommation de soins de santé, soit payer directement de leurs poches quand ils y arrivent.

Au Canada, les données disponibles témoignent d'une inégalité d'accès aux services laissés à l'assurance complémentaire. Les Canadiens à faible revenu et avec des niveaux de scolarité peu élevés sont beaucoup moins susceptibles d'avoir une assurance complète ou partielle pour les soins dentaires, les

soins de la vue et les médicaments de prescription que les Canadiens mieux nantis et plus instruits. De même, les aînés et les jeunes adultes étaient moins susceptibles de bénéficier d'une couverture pour les lunettes et les lentilles cornéennes (ICIS, 2000).

La cohabitation avec le privé est possible

Pourtant, certains pays étrangers arrivent bel et bien à concilier privé et public, y compris jusque dans certains retranchements du « noyau dur » médico-hospitalier.

En France, en Allemagne, et même en Suède, on pratique largement le paiement par l'utilisateur (« ticket modérateur »). On tolère les cliniques médicales entièrement privées ; ainsi que le recours aux assurances privées et aux mutuelles d'entreprises, qui sont monnaie courante, comme complément du financement public dominant.

Dans ces pays, les ménages paient aussi directement des services non couverts (certains médicaments sans ordonnance, les examens biologiques préventifs, la lunetterie, les soins dentaires...). En 2000, par exemple le financement par les consommateurs représentait 11 % des dépenses médicales en France.

2. Faut-il réduire l'offre de services ?

Certains estiment qu'il faut circonscrire les services couverts par l'assurance-santé. L'un des tenants de cette proposition est l'ancien ministre des Affaires sociales du Québec, Claude E. Forget. M. Forget est directeur de plusieurs entreprises liées à la recherche pharmaceutique et à la génomique. Dans un

avis publié par l'Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), M. Forget estime que l'on devrait abandonner le principe d'« intégralité » contenu dans la Loi canadienne sur la santé.

À l'heure actuelle, ajoute-t-il, le principe d'intégralité est illusoire ; le système de santé canadien n'est pas intégral, il ne l'a jamais été et ne devrait pas viser à l'être. Selon l'auteur, le maintien de ce principe en dépit des faits serait irresponsable car, dans un domaine où l'innovation et la recherche sont de puissants moteurs de croissance, il en découlerait un programme politique irréalisable et même imprudent. Nous aurions alors un système doté d'un engin puissant mais dépourvu de freins. Notre système de santé public ne se maintiendra qu'à la condition de contrôler son évolution, insiste Claude Forget, qui propose à cette fin trois mesures clés : 1. renoncer au principe d'intégralité ; 2. allouer aux soins de santé une enveloppe budgétaire prédéterminée, selon une certaine proportion de la richesse collective, de manière à ce que les revenus déterminent les dépenses plutôt que l'inverse ; 3. délaisser l'approche actuelle axée sur l'offre (de médecins, d'infirmières, d'équipements, d'installations, etc.) pour une approche fondée sur les besoins et un ensemble de priorités stratégiques.

Au contraire, élargir le panier

Un « panier de services » contient la définition de tous les services couverts par un régime public. Ce qui n'est pas inclus dans ce « panier », l'État ne le couvre pas. Au Québec, le contenu de ce « panier » n'a pas été modifié depuis les

années 70. De nombreuses commissions, dont le Rapport Clair, en 2000, soulignent qu'il ne correspond pas à la réalité de la société d'aujourd'hui.

Dans ses recommandations, la Commission Clair souhaitait élargir l'ensemble des services couverts par la RAMQ aux soins à domicile, aux médicaments d'ordonnance et aux services d'imagerie médicale.

Actuellement, l'État va par exemple défrayer le coût du séjour à l'hôpital d'une femme âgée (toutes dépenses comprises)... mais en totale abstraction du fait que les mêmes soins de base à domicile pourraient coûter beaucoup moins cher ! Mais ces soins à domicile, eux, ne sont pas remboursés. Le fameux « panier de services » ne prend donc pas en compte l'ensemble des services dont une personne a besoin.

3. Faut-il augmenter les impôts ?

Jusqu'à présent, aucune province n'a commis d'entorse au principe général d'un financement public, par les impôts et les taxes, des principaux services médicaux et hospitaliers. Le principe du « payeur unique » pour ces services tient le coup malgré les critiques et les pressions en faveur d'une privatisation du financement du système.

La Commission Romanow et le comité Kirby (Sénat canadien) ont réitéré leur appui au principe du payeur unique. Romanow soutient que le financement du système par les taxes et les impôts reste la meilleure formule.

Le gouvernement fédéral a partiellement suivi les recommandations de la Commission Romanow en acceptant de rehausser sa part du financement des soins de santé à 23 %, dans le cadre

de l'entente sur la santé conclue en 2004 entre le premier ministre Paul Martin et ses homologues provinciaux. Au Québec, le gouvernement actuel a consenti des hausses substantielles du budget de la Santé malgré sa promesse de réduire les impôts des contribuables québécois.

Il reste que les hausses d'impôt ne sont guère populaires. La plupart des partis politiques s'engagent au contraire à les réduire. Or, les dépenses de santé continuent de croître à un rythme supérieur à celui de la richesse collective et donc plus vite que la croissance prévue des revenus tirés des impôts et des taxes au cours des prochaines années. La part des dépenses de la santé dans le budget du gouvernement s'accroît.

Cependant, diverses données de sondage et des rapports de commission d'enquête indiquent que les citoyens sont prêts à payer plus pour la santé, à deux conditions : que le système s'améliore et que les sommes recueillies en plus soient effectivement dépensées pour les soins.

4. Faut-il créer un fonds séparé ou une cotisation spéciale pour la santé ?

Une idée apparaît ici et là, dans les innombrables rapports sur l'avenir du financement des services de santé...

Un comité du Sénat canadien a proposé en 2002 de financer le système de soins avec des cotisations dédiées à la santé, versées au fonds consolidé des provinces mais dans un compte séparé, visible, permettant ainsi au public de mieux mesurer la pression des coûts sur le système et de débattre des impacts d'augmentations et de réductions de budget.

Mentionnons, en Ontario, l'imposition, à partir de juillet 2004, d'une cotisation spécifique qui servira au financement du système de santé. La prime annuelle obligatoire variera entre 300 et 900 dollars, selon le revenu du contribuable, et rapportera neuf milliards de dollars au gouvernement au cours des quatre prochaines années.

L'Alberta perçoit des « primes obligatoires de soins de santé » (des cotisations dédiées à la santé). Mais ces prélèvements, qui ont l'apparence d'une assurance séparée, ne sont, selon les analystes, qu'une forme d'impôt; une taxe universelle perçue comme de l'impôt et versée directement au trésor provincial. Les primes régressives en Alberta sont de 528 \$ pour les célibataires et de 1056 \$ pour une famille. Le montant rapporté par les primes ne constitue que 13 % du budget de la santé en Alberta. Dans cette province, comme en Colombie-Britannique, ces cotisations spéciales n'en sont pas moins versées au fonds consolidé de la province.

L'idée consiste à confier à des caisses séparées, de façon spécifique, et non plus à l'impôt général sur le revenu, le soin d'assurer l'avenir du financement des services de santé. Différentes idées

on fusé pour son alimentation : taxe spéciale, transferts des surplus de Loto-Québec, transferts partiels de fonds de retraite, pourcentage garanti de l'impôt ou de la taxe de vente...

Au Québec, en 1991, un document du ministère de la Santé et des Services sociaux évoquait une telle solution, reprise par la suite par la Commission sur la fiscalité et le financement des services publics (1996). Afin de planifier l'organisation des services aux personnes âgées et d'assurer leur financement, une des recommandations du Rapport Clair (2000) suggère la création d'une caisse autonome financée par des contributions obligatoires sur tout revenu individuel, pour ensuite être capitalisées au meilleur taux.

Ce régime d'assurance permettrait de rassurer les baby-boomers sur leur avenir, et d'alléger le fardeau fiscal des jeunes générations. Cette caisse « élargirait la couverture de services pour répondre à des besoins précis. Elle constituerait aussi une manière de compléter le panier de services assurés ». Quant aux dépenses, la caisse, gérée par le gouvernement québécois, assumerait tous ces frais. Mais ne serait-elle pas complexe à gérer? Et si elle venait à manquer de fonds?



► Dilemme 5

Qui décide ? Les bureaucrates, les médecins, les politiciens ou les citoyens ?



Quatre aspects à examiner : la bureaucratie, l'imputabilité, la politisation et le rôle des citoyens.

Antoine Robitaille

Journaliste

Comment mieux organiser la gouverne du ministère de la santé et celle des organisations œuvrant dans le système de santé ? Comment les rendre plus imputables, responsables et efficaces ?

Ces questions – « éternelles » selon le politologue et directeur de la recherche à la Commission Romanow, Pierre-Gerlier Forest – sont parmi les défis les plus urgents à relever à l'heure du vieillissement de la population et de l'explosion des coûts de santé.

Explosion des coûts ? Selon l'OCDE, les données les plus récentes montrent que les dépenses de santé atteignent en moyenne plus de 8 % du PIB pour la zone de l'OCDE, et dépassent 10 % aux États-Unis, en Suisse et en Allemagne. En 1970, ces dépenses représentaient à peine 5 % du PIB en moyenne.

Les coûts augmentent, mais cela ne se traduit pas nécessairement par des performances améliorées du système de soins. Selon le rapport 2000 de l'Organisation mondiale de la santé, le Canada a beau consacrer beaucoup d'argent à la santé, il traînait – et traînerait encore – au 30^e rang pour ce qui concerne la performance de son système de soins, une mesure qui compare les résultats de santé obtenus par rap-

port aux ressources investies. Certains systèmes de santé utilisaient donc mieux que d'autres les ressources rares qui leur sont allouées.

La bureaucratiation : un système trop complexe ?

Une première question s'impose : le système est-il devenu trop complexe et si oui, comment pourrait-on faire pour procéder à une simplification ?

Le président du conseil d'administration du CHUQ et ex-sous-ministre à la santé et membre de la Commission Clair, Jean-Claude Deschênes, soutient qu'une des caractéristiques majeures de l'évolution du réseau de la santé, c'est « l'incessante sédimentation de règles bureaucratiques ». Par exemple, dit-il, le ministère est chargé de l'application d'une vingtaine de lois. Il fait remarquer qu'au milieu des années soixante, la loi d'assurance-hospitalisation comptait 10 articles et celle sur les hôpitaux 27, alors que l'actuelle compte 622 articles. De plus, elle se ramifie en 46 règlements et 25 décrets gouvernementaux qui la précisent.

« Le tout s'articule sur 1445 pages », sans compter les ententes entre le ministère de la Santé et les différentes associa-

tions de professionnels. « Une telle complexité frise l'occultisme », écrit-il.

M. Deschênes affirme qu'il y a bien eu des tentatives réitérées au cours des ans pour s'attaquer à cette complexité qui s'apparente à une sorte « d'obésité », mais selon ses dires, « chaque groupe organisé dans le réseau (professionnels, corporations, gestionnaires, fonctionnaires) a toujours fini par faire prévaloir ses besoins et ses intérêts. Le système s'est maintenu, contre le bon sens et contre toute transparence démocratique ».

La régionalisation

Selon la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), il est inévitable que, dans tout système de santé, il y ait trois niveaux décisionnels (local, régional, national). Mais la régionalisation est-elle la cause de bureaucratie ?

Durant les premières décennies d'existence du système de santé, la régionalisation était plutôt discrète. Ainsi, chacun des différents établissements qui donnaient des soins discutaient directement avec le centre (le ministère). Cette situation occasionnait plusieurs problèmes, notamment celui de la négociation directe entre le local et le national. Les établissements les plus « habiles » réussissaient ainsi souvent à obtenir certaines décisions avantageuses pour eux de la part du ministère, mais celles-ci s'inscrivaient souvent ni dans un plan d'ensemble du réseau, ni dans une vision régionale ou nationale de la santé.

Dès le rapport fondateur de Claude Castonguay et Gérard Nepveu (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être), déposé en janvier 1971, la régionalisation est apparue aux com-

missaires comme un moyen important d'améliorer « la qualité et l'efficacité des services ».

La régionalisation ne s'est toutefois vraiment mise en place qu'avec la création en 1992 des Régies régionales devenues récemment les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, avec l'adoption de la loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Les conséquences de la régionalisation sont souvent considérées comme problématiques. Plusieurs ont blâmé depuis 1992 les régies régionales pour l'accroissement de la bureaucratie du système. Les établissements leur reprochent de s'immiscer dans leur gestion et d'être des empêcheurs de danser en rond. Elles auraient créé un écran entre la ligne de front du système et la « vraie » tête dirigeante, le ministère.

L'imputabilité : comment faire pour que les dispensateurs de soins rendent des comptes ?

Au cours des 30 dernières années, comme le soulignent les chercheurs Carl-Ardy Dubois et Jean-Louis Denis, la recherche d'une plus grande imputabilité s'est avérée une « tendance lourde » dans les systèmes de soins de santé de l'ensemble des pays de l'OCDE.

Selon la Commission Clair, « le principe d'imputabilité correspond à l'obligation de rendre compte de ses interventions, du résultat de ses actions. L'imputabilité est le corollaire de la responsabilité et s'applique à tous les niveaux. Gérer en fonction de résultats, c'est accepter de mesurer à partir d'indicateurs de performance modernes ».

Plusieurs observateurs s'accordent pour dire que le système québécois n'a pas assez tenu compte du principe d'évaluation dans le passé.

La commission Clair a d'ailleurs proposé plusieurs solutions « managériales ». Par exemple que ce qu'on appelait jadis les régies régionales adoptent des orientations et des « plans d'affaires » en fonction des « attentes communiquées et des ressources financières disponibles ». Ces orientations devraient prendre la forme concrète de « contrats de performance » axés sur des objectifs opérationnels et des indicateurs concrets et évalués chaque année.

NICE

« L'implantation d'une culture d'excellence et de performance suppose aussi qu'on favorise la promotion sur les plans clinique et financier des meilleures pratiques basées sur des faits probants », pouvait-on lire dans le rapport Clair. Ce dernier prenait pour exemple le National Institute for Clinical Excellence (NICE), en Grande-Bretagne. « La mise en place d'un mécanisme annuel de reddition de comptes bien structuré donnerait également tout son sens à un contrôle gouvernemental et parlementaire portant sur la finalité du système plutôt que sur les processus. »

« Le National Institute for Clinical Excellence (NICE) fait partie du Service national de santé britannique (NHS, National Health Service) et son rôle est de fournir aux patients, aux professionnels de la santé et au grand public des recommandations fiables, solides et éclairées, sur les "meilleures pratiques" actuelles. Même s'il s'agit d'un organisme national, ses recommandations sont de plus écoutées par des pays non-britanniques et les informations du NICE sont quelquefois prises en compte dans les discussions relatives aux remboursements. Le NICE prend donc un ampleur qui va au-delà des stricts paramètres géographiques. Le NICE a été créé en avril 1999 en tant qu'autorité sanitaire spéciale pour l'Angleterre et le Pays de Galles, dans le but de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources au sein du NHS. »

PR Newswire Europe Ltd.

Solutions au manque d'imputabilité

Différentes solutions au manque d'imputabilité ont été proposées et implantées dans les dernières années.

Une école de pensée croit que le premier qui devrait être davantage « imputable », c'est le « consommateur de service ». L'ex-sous ministre Jean-Claude Deschênes fait remarquer que dans notre système, nous sommes des « trois C » : citoyen, consommateur de soins et services et contribuable. « Mais il y a une totale dichotomie entre le consommateur et le contribuable. Le contribuable est responsabilisé (obligation de payer ses impôts) mais le consommateur est entièrement déresponsabilisé par l'ignorance de la valeur économique du service reçu. »

Par ailleurs, la Commission Romanow a recommandé la création d'un Conseil canadien de la santé. Il surveillera les dépenses en santé et mesurera les progrès des provinces. Québec a fait savoir qu'il n'y participera pas et qu'il créera sa propre structure qui, bien que distincte, « collaborera avec le nouvel organisme fédéral ».

En décembre 2003, le gouvernement du Québec a en effet déposé à l'Assemblée nationale le projet de loi 38 qui institue un poste de Commissaire à la santé et au bien-être qui, selon le projet de loi en question, aura la responsabilité d'apprécier les résultats atteints par le système de services de santé et de services sociaux. Ce commissaire remplacera l'organisme consultatif québécois connu sous le nom de Conseil de la santé et du bien-être (CSBE).

Quant au Conseil de la santé et du bien-être, il a aussi proposé, dans un avis déposé en novembre 2004, un modèle d'évaluation des performances du système. Le Conseil souhaite toute-

fois que ce modèle soit « intégrateur ». Le Conseil proposait l'adoption du modèle des chercheurs Champagne et al. (CSBE, 2004c), qui a été utilisé par André Beaudoin (CSBE, 2004a) pour les services sociaux.

Dépolitiser, oui ou non ?

Selon des observateurs, pour régler la question de l'imputabilité, mais aussi pour rendre le système plus efficace, il faudrait « dépolitiser » ce même système. Ce thème constitue un débat épique qui oppose par exemple la Commission Clair et les membres du CSBE.

Selon ceux qui dénoncent la politisation, celle-ci expliquerait que, malgré 30 ans d'investissements massifs dans ce domaine, plusieurs problèmes et carences subsistent. Le système ne souffrirait pas d'un manque de fonds, « c'est la gérance qui ferait défaut », comme l'a déjà affirmé Paul Brunet, du Conseil pour la protection des malades.

La Commission Clair en a fait un de ses principaux soucis, soulignant que la politisation entraînait une avalanche de « décisions ad hoc prises au palier national sous la pression de groupes d'intérêt ». La politisation générerait aussi une « médiatisation excessive » de certains problèmes particuliers, une « généralisation de cas personnels ou localisés ». Ceci pousserait le MSSS à être constamment bousculé par les « urgences ponctuelles ». Ce qui nuirait d'autant à « l'analyse objective et à la prise de décision fondée sur l'intérêt commun et la saine gestion ».

Au fond, la Commission Clair se demande si la structure ministérielle actuelle héritée des années 1970 est vraiment adaptée au contexte actuel.

Elle en veut pour preuve que « l'Assemblée nationale et les grandes organi-

sations » soient amenées constamment à débattre « davantage des difficultés quotidiennes du réseau que des véritables enjeux auxquels il est confronté ». L'état de crise permanent crée une « dynamique d'aspiration du pouvoir décisionnel vers le plus haut niveau ».

Une Agence ?

Mais que faire pour « dépolitiser » le système et pour en « alléger le fonctionnement » ? La commission Clair a suggéré « la création d'une régie ou agence nationale de la santé ou encore d'une société d'État ». Une structure qu'elle décrit comme étant beaucoup plus opérationnelle, plus flexible, moins lourde et de taille réduite.

Selon la Commission Clair, il faudrait distinguer « le rôle d'élaboration des politiques de celui d'administration de l'offre de services ». Elle soulignait que la Nouvelle-Zélande et la Catalogne ont confié à des agences la gestion opérationnelle des services. Celle-ci « devrait disposer de toute la confiance et des leviers nécessaires pour gérer la mise en œuvre des politiques gouvernementales en matière de santé, alors que le ministère pourrait se consacrer entièrement aux grandes fonctions de gouverner reconnues dans un État moderne ».

Le président du Collège des médecins, le docteur Yves Lamontagne, a évoqué en mai 2003 la création d'une société d'État calquée sur le modèle d'Hydro-Québec. Une Hydro-Santé à qui l'on confierait les budgets régionaux « mais à des gens qui connaissent la business et qui ont assez de leadership pour rester à distance du ministre ».

Le Conseil pour la protection des malades a exprimé à maintes reprises une opinion similaire, soutenant qu'une société d'État, « indépendante de

toutes considérations politiques, serait plus efficace et plus branchée sur les besoins réels de la population ».

Les critiques

Certains, comme Pierre-Gerlier Forest, estiment que de créer une agence géante pour gérer la santé poserait un problème de déficit démocratique considérable. En effet, 45 % du budget du Québec échapperait au système politique!

D'autres comme Hélène Morais, présidente du Conseil de la santé et du bien-être, considèrent donc au contraire qu'il faut « repolitiser » le système de santé au Québec. Tout dépend évidemment ici de la façon dont on définit la politisation. Alors que pour la Commission Clair, la politisation, c'est l'abandon aux forces irrationnelles – principalement médiatiques – d'un système qui devrait être géré de manière « rationnelle », pour le CSBE, la politisation a un sens beaucoup plus noble. Ici, cela implique une participation du public et des prises de décisions collectives concernant les grandes priorités du système, notamment au niveau local.

Quel pouvoir doit-on accorder aux citoyens et comment ?

Dans sa Déclaration de Jakarta, en 1997, l'Organisation mondiale de la santé affirmait que « les citoyens doivent être au centre des actions visant la promotion de la santé et du processus décisionnel pour les réaliser si l'on veut qu'ils soient efficaces ».

Bien sûr, avant la nationalisation du système de santé, il y eut, dans les hôpitaux, des Comités d'usagers. Mais après la création du système public, nous avons vécu des années d'expérimentations. Force est de conclure que de réaliser le

beau principe de la déclaration de Jakarta semble pour le moins ardu.

La tentative la plus hardie pour intégrer une participation du public dans les institutions fut celle des défuntés régions régionales de 1991 (remplacées par les agences avec la loi 25 et le projet de loi 83). Par suffrage indirect, on y élit les conseils d'administration.

Dubois et Denis font remarquer que la refonte de la loi sur les services de santé et les services sociaux en 1991, privilégiait un modèle politique de participation. Selon eux, cette loi a été « le point de départ pour toute une série d'initiatives qui ont permis de rendre plus transparents pour les citoyens le processus de prise de décision, de partager le pouvoir entre le centre et les régions, de créer une nouvelle dynamique de participation et de rendre les producteurs de services plus attentifs aux attentes de leurs communautés ».

Mais cette grande ambition démocratique ne s'est pas réalisée. Et depuis 1991, les redéfinitions (notamment en 1996 et actuellement, en 2005) ont complètement bouleversé les modes de participation du public.

Il faut dire que les critiques des modalités de participation du public se sont multipliées depuis 1991.

Dubois et Denis notent que la « nouvelle dynamique » créée par la loi de 1991 « aura souvent privilégié la défense d'intérêts locaux ou régionaux au détriment de la cohérence du système ».

Les mêmes chercheurs font remarquer que les difficultés à mobiliser les communautés auront souvent « facilité la colonisation des institutions politiques et des différents canaux de participation en place par des groupes d'intérêt dont les attentes et les revendications ne reflètent pas celles de l'ensemble de la population ».

Incidentement, il faut s'interroger : pour participer, les citoyens n'ont-ils pas intérêt à être organisés en groupes d'intérêt eux-mêmes (Comité des malades, coalition solidarité-santé...)?

Mais certains estiment que si la participation du public a toujours paru insatisfaisante, c'est parce qu'aucun gouvernement n'y a vraiment cru.

La loi 116 (1996) modifiait la composition des conseils d'administration des établissements et des régions régionales ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration des établissements et des régions régionales. Il abolissait l'Assemblée régionale, une structure qui s'apparentait en partie à celle des Commissions scolaires. Et selon plusieurs observateurs, aujourd'hui, avec la loi 25 et le projet de loi 83, la participation du public à cette gestion locale pourrait être réduite à sa plus simple expression.

Pierre-Gerlier Forest affirme que plus que jamais, la question de la participation du public révèle une tension entre deux modèles. D'une part le modèle collectif et politique. D'autre part, le modèle individualiste et consumériste. Les réformes actuelles, à ses dires, nous font lentement glisser vers le second modèle de participation, « sous l'influence d'un vent venant du sud »...

À quel niveau ?

Mais si l'on s'entend généralement sur le principe de la participation des citoyens, cette participation doit-elle s'effectuer exclusivement au niveau des établissements, ou de la région, ou encore de la nation ?

Trois auteurs reliés à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Van Hung Nguyen, Renaldo Battista et Jean-Marie Lance, évoquaient il y a quelque temps la possibilité de doter le Québec, au niveau national, d'un « processus décisionnel s'appuyant sur une perspective plus collective » quant aux choix à faire pour les nouvelles technologies coûteuses.

« De façon concrète, des décisions de couverture ou de niveaux d'utilisation de technologies pourraient être confiées à un comité composé à la fois d'experts et de non-experts représentant la population. »

L'évolution du système public de services de santé et de services sociaux dépend de la mise en place de différentes mesures au cours des dix prochaines années. Le succès de ces mesures dépendra de l'importance que l'on accordera à la participation des citoyennes et des citoyens du Québec.

L'engagement des citoyennes et des citoyens : pour un meilleur système de santé et de bien-être

Hélène Morais

Présidente, Conseil de la santé et du bien-être



Hélène Morais

L'évolution du système public de services de santé et de services sociaux dépend de la mise en place de différentes mesures au cours des dix prochaines années. Le succès de ces mesures dépendra de l'importance que l'on accordera à la participation des citoyennes et des citoyens du Québec.

Notre système de santé et de bien-être, comme bien d'autres systèmes publics dans le monde, est traversé par des luttes d'influence où se confrontent diverses tendances idéologiques et politiques ainsi que différents lobbies, qu'ils soient économiques, technologiques ou sociaux. Cette réalité se retrouve à tous les niveaux du processus décisionnel. Il en résulte un certain chaos qui affecte le système dans son leadership, son administration et sa capacité d'atteindre des résultats.

Tel qu'il s'est développé depuis les années 1960, le système a été considéré comme un bien public appartenant à l'ensemble de la collectivité québécoise, autour de la reconnaissance collective d'un certain nombre de valeurs : équité, solidarité, liberté, sécurité, protection, civisme, souci de l'autre et respect de la dignité humaine et de la vie privée.

La signification donnée à ces valeurs et leurs interrelations ne sont jamais figées dans le temps. D'ailleurs, des luttes et des débats, auxquels ont participé les citoyennes et les citoyens, ont conduit à maintes reprises à l'actualisation de ces valeurs et à la reconnaissance de nouvelles, au fil des ans.

Les bénéfices de la participation

L'un des impacts bénéfiques de la participation citoyenne est d'apporter une aide indéniable à la prise de décision. Il ne s'agit pas uniquement de prendre acte des demandes des citoyennes et des citoyens, mais aussi d'exploiter cette source riche et variée de savoirs. Faire une grande place aux savoirs des citoyens permettrait l'élaboration de politiques et l'offre de services de qualité et faciliterait leur mise en œuvre par la présence d'un plus grand consensus.

La participation est aussi l'un des gages de transparence des processus décisionnels et d'imputabilité des décideurs en dehors du parlement par rapport aux résultats obtenus. Aussi, une autre retombée tout aussi importante et utile que procurerait l'accroissement de la participation serait le rétablissement

de la confiance. Un tel progrès permettrait d'accroître la légitimité des politiques et des différents acteurs qui sont reliés au système de santé et de bien-être (ministère, administrateurs, professionnels ou praticiens, employés, etc.).

Des choix sont nécessaires. Pour réussir, les décideurs doivent s'appuyer sur nos valeurs collectives et s'allier les porteurs de ces valeurs que sont les citoyennes et les citoyens du Québec. Ils possèdent des savoirs spécifiques, hétérogènes, dynamiques et stratégiques, notamment par leur ancrage dans des contextes sociaux et politiques, et aussi par leurs pratiques locales particulières. Il ne s'agit pas simplement ici de consulter la population, de temps en temps, par rapport à des enjeux ou à des projets de réforme par l'entremise de sondages ou de consultations publiques! Il convient plutôt d'en faire des partenaires actifs avec lesquels il sera possible d'échanger de façon continue des informations adéquates et pertinentes. Avec lesquels il sera possible de débattre de façon éclairée les divers défis auxquels doit faire face le système de santé et de bien-être.

Je n'affirme pas ici que les savoirs des citoyennes et des citoyens doivent remplacer les autres formes de savoir (politique, administratif et l'expertise scientifique). Je veux mettre en lumière leur complémentarité et le besoin d'interrelation continue entre les acteurs qui véhiculent différentes formes de savoirs sur les mêmes questions.

Dans le passé, la présence et la participation des citoyennes et des citoyens (incluant le mouvement communautaire) ont concrètement obligé les acteurs du réseau à revoir leurs pratiques professionnelles : les progrès pour l'in-

tégration des personnes handicapées; les débats autour de la désinstitutionnalisation en santé mentale; l'humanisation des soins en périnatalité et la reconnaissance des sages-femmes; la reconnaissance de certains problèmes de santé tels que le sida ou l'épuisement professionnel; l'importance grandissante de la question des soins palliatifs; la mobilisation des régions pour une équité d'accès aux ressources et à certains services ou pour se donner elles-mêmes des services (par exemple, par la mise en place de coopératives), etc.

La vitalité démocratique

Une plus grande participation aidera les citoyennes et les citoyens à comprendre davantage le fonctionnement et les mécanismes de décision. Ils comprendront aussi mieux les mécanismes de protection des personnes et les divers enjeux complexes auxquels le système est confronté. L'accroissement de la participation facilitera aussi la circulation des informations et, sur un plan concret, aidera les citoyennes et les citoyens dans l'exercice de leurs droits. Le rétablissement de la confiance renforcera leur sentiment d'appartenance au système et aidera à redonner un véritable sens à la notion de bien public.

La participation est aussi requise et nécessaire dans l'élaboration de réponses aux dilemmes éthiques, reliés à la recherche ou qui découlent, par exemple, des innovations technologiques qui avancent l'intervention sur la vie ou qui repoussent l'espérance de vie, ceux soulevés par la constitution des banques de données génétiques ou la médecine prédictive ou reliés aux demandes de fin de vie assistée.

De plus, la reconnaissance et l'accroissement de l'engagement civique auront un impact indéniable sur la vitalité de la démocratie québécoise. Ils constituent l'un des moyens efficaces pour lutter contre le cynisme et l'apathie ambiants. Pour plusieurs penseurs, ils représentent l'une des avenues les plus sûres pour consolider la démocratie.

Un lieu où l'engagement civique pourrait être davantage suscité se retrouve au palier local et ce, tout particulièrement dans la mouvance de la réorganisation des services de santé et des services sociaux. En effet, cette réorganisation s'est amorcée depuis plusieurs années et elle s'intensifie avec la réforme actuelle. La présente restructuration, dénoncée par certains pour son recul démocratique, offre une opportunité à saisir par les citoyens afin de maintenir leur espace de participation, mais aussi afin de chercher à l'accroître et à la renouveler.

De nouvelles instances, les centres de services de santé et de services sociaux sont maintenant responsables non seulement d'offrir et de rendre accessibles des services requis par les citoyens habitant un territoire donné, ils doivent aussi veiller à la santé et au bien-être de leur population et impliquer la population. Ce changement est majeur et le risque d'une appropriation professionnelle et bureaucratique au détriment de la participation des citoyens dans leur contexte social est bien réel. Ce mandat exigera, dans bien des cas, des efforts de revitalisation (démocratique) du tissu social des communautés locales et même des régions.

Conclusion

Je suis consciente que la reconnaissance des savoirs des citoyens et leur participation ne sont pas une panacée qui répondra à tous les défis auxquels est confronté le système de santé et de bien-être. Toutefois, c'est sans aucun doute une avenue incontournable pour répondre à l'un des défis actuels, soit celui de rétablir la confiance des citoyennes et des citoyens envers le système public. Enfin, nous pourrions sortir du discours de la crise perpétuelle qui confine les citoyennes et les citoyens à un rôle de victimes qui subissent les changements inéluctables.

Certaines personnes peuvent percevoir ces changements comme amenant une complexification du processus de la prise de décision et comportant une augmentation des coûts du système. À ceu-là, je réponds qu'on ne peut pas faire l'économie des savoirs citoyens. Ces savoirs sont porteurs de bénéfices essentiels à l'amélioration des services et à leur juste appréciation par la population. Au moment où des professionnels et des administrateurs veulent dépolitiser le système, mon parti pris est de le politiser autrement, avec l'engagement citoyen.

La participation permettra de pleinement recentrer le système autour des valeurs et des besoins des citoyennes et des citoyens tout en prenant en considération les différences locales et régionales. En même temps, il nous permettra de voir au-delà du système de services et d'examiner ses effets (aux niveaux local, régional et national) sur l'ensemble de la société et sur son développement. Rappelons-nous que le système doit s'inscrire dans un projet de société auquel adhère la population.

NOTE : Ce texte est composé des principaux extraits de la conférence prononcée par Mme Morais lors de la première rencontre régionale du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé, le 12 mars 2005. Le vidéo de cette conférence et le texte qui l'accompagne sont disponibles sur le site Internet de l'Institut du Nouveau Monde : www.inm.qc.ca.



► La parole citoyenne

100 idées citoyennes pour un Québec en santé



Trois virages, une ouverture et deux coups de frein

Synthèse des délibérations

Michel Venne et Miriam Fahmy

Institut du Nouveau Monde

Que reste-t-il après trois mois de dialogue entre quelque 175 citoyens et citoyennes, membres de l'INM, provenant de plusieurs régions du Québec, et une vingtaine d'experts de toutes disciplines et d'horizons variés, sur un thème aussi vaste que prioritaire, la santé? Sans prétendre à l'unanimité, les débats ont révélé des consensus sur trois virages, une ouverture et deux coups de freins.

• Un virage santé

Les participants au Rendez-vous stratégique de l'INM estiment qu'il est temps que l'on envisage la question de la santé au Québec de manière globale et non plus uniquement en regard des dépenses colossales imputées au système médical et hospitalier.

• Un virage prévention

Les membres de l'INM ont affirmé clairement leur volonté de voir l'État investir massivement en prévention entendue ici de façon large : intervenir sur ce que l'on appelle les facteurs déterminants de la santé : protéger l'environnement, favoriser la solidarité et l'éducation, une meilleure conciliation famille-travail. Mais surtout, et avant tout, combattre sur tous les fronts la pauvreté.

• Un virage citoyen

Les décisions prises dans le système de soins ne peuvent plus être remises entre les seules mains des bureaucrates, des médecins ou des gestionnaires d'établissements. Les citoyens doivent pouvoir participer aux décisions dans les instances locales et régionales mais aussi au niveau national.

• Une ouverture au privé

Les participants ont manifesté une ouverture à la production ou la livraison des services de santé par des organisations privées. Ils ont toutefois émis une nette préférence en faveur des organismes privés à but non lucratif, préférant restreindre la place du privé à but lucratif à des zones périphériques aux soins : services auxiliaires, bâtiments, technologies. Cette ouverture ne doit d'aucune manière remettre en question le principe sacré de l'accessibilité universelle aux soins ni celui du financement public des services.

• Un frein à la logique marchande

S'ils affichent une ouverture à un rôle contrôlé du privé, les citoyens souhaitent que des mesures soient prises pour freiner l'intrusion de la logique marchande dans la santé. Ils rejettent le principe d'une médecine à deux vitesses ainsi que l'idée même d'une contribution de l'usager. Ils

POUR LIRE

- Les orientations stratégiques
- Le cahier des propositions régionales
- Les propositions adoptées

POUR VOIR ET ENTENDRE, SUR VIDÉO :

- Le dialogue entre citoyens et experts du 6 mai 2005.

www.inm.qc.ca

redoutent la logique du profit dans un secteur où les inégalités socioéconomiques sont aussi déterminantes et où la demande est potentiellement infinie.

• **Un frein à la bureaucratiation et aux corporatismes**

Les participants au Rendez-vous stratégique sur la santé se sont prononcés en faveur d'une décentralisation des déci-

sions dans le système de soins vers les praticiens, les gestionnaires locaux et les citoyens. Ils sont méfiants des corporatismes et de la lourdeur bureaucratique. Ils souhaitent l'introduction de mécanismes d'évaluation publique des services actuels, des balises éthiques en vigueur et de l'impact des politiques publiques sur la santé.

Cinq dilemmes, cinq réponses

Le Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé a favorisé des débats autour de cinq questions rédigées par le comité directeur sous la forme de dilemmes à résoudre. Voici d'abord en vrac les réponses à ces cinq questions cruciales.

DILEMME 1

La santé: une responsabilité individuelle ou collective ?

LA RÉPONSE

La santé est une responsabilité collective. Cette responsabilité est toutefois partagée entre les individus et la collectivité. L'exercice de la responsabilité individuelle dépend des conditions créées par la collectivité. Celle-ci est certes représentée par l'État, mais les entreprises et les organisations sociales et communautaires ont un rôle déterminant à jouer. De même, si l'individu est libre et responsable de lui-même, les individus sont mutuellement responsables les uns des autres dans une société solidaire et démocratique.

DILEMME 2

Le rôle de l'État: prévenir ou guérir ?

LA RÉPONSE

Le rôle de l'État est central. Ce rôle est double: prévenir et guérir. Au cours des

dernières années, l'État québécois a concentré ses actions sur la guérison (maladie). Nous souhaitons qu'au cours des vingt prochaines années, il s'engage fermement à augmenter l'importance qu'il accorde à la prévention (santé) et entreprenne des actions vigoureuses sur les déterminants de la santé, en particulier pour réduire la pauvreté.

DILEMME 3

L'accès aux soins: le public ou le privé ? Et une troisième voie ?

LA RÉPONSE

Le système de santé doit demeurer sous la responsabilité et le contrôle de l'État. La dispensation des soins doit continuer de s'inscrire dans une dynamique publique. Le bien commun doit demeurer le principe fondamental du système de santé et non le profit. Par contre, la livraison des services et la dispensation des soins peuvent être faites par des organisations privées dans la mesure où les services sont rigoureusement encadrés par l'État et qu'ils sont accessibles à tous. Le paiement de ces services doit demeurer public. La médecine à deux vitesses n'est pas admise. Le recours au privé est envisagé seulement comme solution complémentaire et non comme une orientation à privilégier.

PANEL CITOYEN

Le panel citoyen du 6 mai était composé de Antoine Boivin (Montréal), Raymond Boulanger (Québec), Lynda Bouthillier (Montréal), Tommy Bureau (Estrie), Lynda Champagne (Montréal), Robert Dion (Montréal), André-Marie Gonthier (Mauricie), Guy Latreille (Outaouais), Patricia Lavallée (Lanaudière), Sally Phan (Montréal) et Denise Turcotte (Saguenay-Lac-Saint-Jean).

PANEL EXPERT

Le panel expert était composé de François Béland, Jean-Claude Deschênes, André-Pierre Contandriopoulos, Marc Danzon, Benoît Gareau, Vivian Labrie, Joëlle Lescop, Richard Massé, Hélène Morais et Alain Poirier.

Lorsqu'il y a recours au privé, nous affichons une préférence en faveur des services privés à but non lucratif par rapport aux services privés à but lucratif. En ce sens, le recours à des organisations communautaires autonomes, des entreprises d'économie sociale et des coopératives est une avenue intéressante à explorer sous certaines conditions.

DILEMME 4

Le financement : payer plus cher ou réduire l'offre de services ?

RÉPONSE

Nous ne voulons ni payer plus cher ni réduire l'offre de services. Avant d'envisager une augmentation des budgets de la santé, le gouvernement doit adopter les mesures appropriées pour que les budgets actuels soient mieux utilisés, que le système soit plus transparent et fasse l'objet d'une évaluation continue. Si les budgets doivent être augmentés, l'impôt demeure la meilleure source de revenu pour financer le système public de santé. Le ticket modérateur et les cotisations dédiées ne sont pas retenues par la majorité des participants.

DILEMME 5

Qui décide : les bureaucrates, les médecins, les politiciens ou les citoyens ?

LA RÉPONSE

La définition des orientations du système de santé revient à l'État au niveau national. À ce niveau, les élus doivent assumer leurs responsabilités et prendre les décisions. Ils seront jugés aux élections sur la base de ces décisions. Toutefois, divers mécanismes de participation doivent permettre aux citoyens d'avoir une influence dans le cours du processus décisionnel au niveau national sur les orientations du système, l'évaluation du système, la définition du panier de services assurés et les balises éthiques qui encadrent la pratique. C'est une façon de dépolitiser le système, en réduisant l'influence du jeu partisan, pour le repolitiser autrement, en ouvrant le débat et en y incluant les citoyens. Le système de santé et de services sociaux doit s'orienter vers une décentralisation des décisions pour tout ce qui concerne l'organisation des services auprès de la population d'un territoire donné. Les citoyens doivent avoir un rôle à jouer dans les processus décisionnels au niveau régional et local.

Les 100 idées citoyennes pour un Québec en santé

Les participants ont énoncé des orientations générales auxquelles des experts ont réagi le 6 mai au soir. Ils ont ensuite adopté des recommandations, issues des débats en régions. Des acteurs du système de santé ont réagi lors de la rencontre du 7 mai. Voici un compte-rendu de ces échanges et la liste des cent idées citoyennes pour un Québec en santé.

Les recommandations ont été formulées par les participants réunis en régions les 12 mars et 9 avril. Elles ont été ramenées à la rencontre nationale des 6 et 7 mai. Les participants se sont alors regroupés en cinq assemblées délibérantes, une par dilemme. Chaque assemblée a procédé à l'adoption des propositions et les ont placées en ordre de priorité. Les

propositions adoptées n'ont pas été soumises au vote de l'assemblée plénière de l'après-midi. C'est pourquoi certaines se recourent d'un dilemme à l'autre.

Certaines propositions sont redondantes car elles sont perçues comme pou-

vant résoudre des problèmes différents. Certaines peuvent paraître contradictoires. Souvent, c'est qu'elles apportent une nuance. Nous ne les avons pas reformulées ni regroupées par respect pour le processus délibératif.



Guy Latreille

Une responsabilité collective

Les individus sont, bien sûr, responsables d'eux-mêmes. Les habitudes de vie conditionnent l'état de santé, et chaque personne est libre et responsable d'adopter des comportements compatibles avec une bonne santé. Cependant, nous constatons que tout le monde ne dispose pas des mêmes connaissances sur l'impact des habitudes de vie sur la santé ni des mêmes habiletés à prendre en charge sa propre santé ; la responsabilité individuelle peut difficilement s'exercer si les conditions objectives permettant d'adopter de bonnes habitudes de vie n'existent pas dans la communauté, par exemple : la disponibilité de denrées alimentaires saines, l'accès à des équipements sportifs, l'existence d'un système de transport en commun, etc. ; l'individu a peu de pouvoir sur les principaux déterminants de la santé qui relèvent de l'environnement physique et de l'environnement social ; pour que certains comportements changent, il a été utile et parfois nécessaire que les lois changent : l'adoption de la Loi sur la santé et la sécurité du travail a eu un effet déterminant sur la diminution des risques et des accidents dans les milieux de travail ; la criminalisation de l'ivresse au volant a eu un effet comparable sur le comportement des conducteurs.

Si l'individu est responsable de lui-même, il revient à la collectivité, et en particulier à l'État (le gouvernement aussi

bien que les établissements et les professionnels de la santé, les municipalités, les écoles), de créer les conditions favorables à de saines habitudes de vie. Cette responsabilité incombe également aux entreprises et aux organisations sociales.

Qu'en disent les experts ?

Bien que la responsabilité soit partagée, elle ne l'est pas équitablement à l'heure actuelle. Le directeur de l'Institut national de santé publique, le docteur Richard Massé, parle d'un renversement historique. Depuis 40 à 50 ans, un glissement s'est effectué. Autrefois, la santé était une responsabilité des communautés alors que la responsabilité de faire face à la maladie était reléguée aux individus. Aujourd'hui, nous assistons à une régression de la responsabilité de l'État en matière de la santé mais à un accroissement de son rôle dans le traitement des maladies.

On croyait que donner de l'information était suffisant pour que l'individu prenne acte. Mais on a dû se rendre à l'évidence que ce n'est pas assez. Les milieux familial, scolaire, de travail, l'environnement de vie conditionnent au jour le jour ces décisions. Le milieu économique, les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent sont des facteurs fondamentaux.

Pourquoi l'État n'agit-il plus sur ces facteurs ? D'après le directeur régional de l'OMS en Europe, le docteur Marc Danzon,

c'est en raison de la pression économique exercée par les « producteurs de risque » (les industries du tabac, de l'alimentation, du sucre, du sel, de la restauration rapide). Ces industries gagnent à ce que l'État n'intervienne pas trop dans la santé et qu'il s'en tienne à son rôle de guérisseur. Leur discours, qui domine l'espace social, met toute la responsabilité sur le dos de l'individu. « Ne touchez pas aux industries, la santé c'est une responsabilité individuelle. »

LES RECOMMANDATIONS

Une politique nationale de la santé et du bien-être

1. Que soit adoptée une politique nationale (gouvernementale) de la santé et du bien-être élaborée par une commission spéciale ou des états généraux sur la santé. Celle-ci viserait notamment la transmission d'une culture de la santé.

Un Bureau d'audiences publiques en santé (BAPS)

2. Que l'État crée un Bureau d'audiences publiques en santé (BAPS) afin que tout projet majeur devant être développé sur un territoire donné soit soumis à une étude d'impact indépendante sur la santé de la population sur le modèle des études du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPÉ). Ce bureau aurait aussi comme mandat d'évaluer l'impact sur la santé de l'ensemble des nouvelles politiques du gouvernement, peu importe de quel ministère cette politique relève ; et de rendre compte périodiquement de l'état de santé des Québécois et de l'ensemble des interventions collectives contribuant à améliorer la santé. La composition de ce bureau devrait offrir une place privilégiée aux citoyens. (La création d'un BAPS revient au dilemme 5).

Promotion de la santé auprès des enfants et des familles

3. Que les ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine et de l'Éducation du Québec se concertent pour favoriser l'instauration de programmes structurés de promotion de la santé et de saines habitudes de vie dans toutes les écoles et dans tous les services de garde du Québec.
4. Que les résultats positifs obtenus par les écoles qui ont implanté de tels programmes soient largement publicisés.
5. Que soient formulés des cadres, programmes types et activités qui peuvent s'intégrer aux programmes scolaires issus de la réforme ; que les directions d'école et des services de garde, enseignants et éducateurs soient formés en conséquence ; que les crédits nécessaires soient dégagés pour l'implantation rapide de tels programmes.

Incitation à bien s'alimenter

6. Que l'État élabore une politique alimentaire cohérente avec les autres mesures gouvernementales en faveur d'une saine alimentation.

NE SOYEZ PAS NAÏFS !



Marc Danzon, Directeur régional de l'OMS pour l'Europe :

« Je suis tout à fait d'accord, l'OMS est tout à fait d'accord avec l'approche que vous avez. Mais puisque vous m'invitez à faire des mises en garde, je dirais : vous avez raison mais ne soyez pas naïfs. C'est une vraie

réponse de dire que c'est une responsabilité partagée, mais il faut qu'elle soit réellement partagée. Il faut regarder comment se fait le partage. Il y a une régression de la responsabilité collective. »



Sally Phan, citoyenne : « Heureusement que certains d'entre nous sont naïfs, pour qu'on puisse encore croire qu'on peut changer les choses aujourd'hui. À trois niveaux : Premièrement, que l'État utilise des mécanismes de contrôle sur les producteurs de choses néfastes. Deuxièmement,

agir sur les habitudes de vie des générations actuelles en les informant mais tout en sachant que l'individu isolé est démuni. Troisièmement, par l'éducation et l'information, préparer les générations futures qui seront moins vulnérables. »

7. Qu'on rende obligatoire l'étiquetage transparent des aliments incluant l'obligation faite aux fabricants de produits alimentaires d'indiquer sur les emballages une cotation de la qualité nutritive des produits alimentaires selon des critères fixés par l'État (ex. standards minimums de qualité - bonne qualité - excellente qualité).
 8. Que l'État assure le développement et le financement adéquat d'un programme d'éducation alimentaire soutenu dans les lieux de diffusion publics (écoles, hôpitaux, CLSC, points de service gouvernementaux) incluant le retrait de la malbouffe des établissements scolaires, des établissements de santé et des pharmacies.
 9. Que la publicité sur la malbouffe soit réglementée.
 10. Que des budgets spécifiques soient attribués pour soutenir financièrement l'organisation et la réalisation d'activités encadrées visant à améliorer les habitudes de vie de la population, tels que le sport, la marche, la préparation de repas sains et l'identification et que le gouvernement soutienne la mise en œuvre d'une série de mesures visant à réduire l'impact des aliments sur les maladies chroniques, notamment l'obésité.
 11. Que l'État évalue les facteurs sociaux (stress familiaux et au travail) incitant les citoyens à privilégier la malbouffe.
 12. Qu'on rende obligatoire l'affichage, dans les rangées des supermarchés et des épiceries, de chartes indiquant aux consommateurs comment lire l'étiquette des produits pour faire des choix éclairés.
- Responsabiliser la collectivité ET l'individu**
13. Que les gouvernements soient cohérents, transparents et fermes dans leurs exigences vis-à-vis des entreprises dont les productions sont susceptibles d'affecter négativement un environnement de qualité nécessaire à la santé des individus.
 14. Que les gouvernements favorisent par

tous les moyens dont ils disposent la redistribution de la richesse afin d'assurer à tous les individus des conditions socio-économiques décentes.

15. Que chaque citoyen du Québec s'engage dans le maintien et l'amélioration de son état de santé globale et qu'il se sente invité à se prononcer et à se responsabiliser sur les questions qui touchent la santé.
16. Que dans le système de santé, l'individu ne soit plus considéré comme un patient mais d'abord comme un agent impliqué dans ses démarches de santé et qu'il soit toujours perçu dans la relation « collectivité - individu ».

Un Commissaire chargé d'évaluer les impacts des politiques sur la santé

17. Que l'État crée un poste de Commissaire se rapportant à l'Assemblée nationale chargé de considérer les impacts sur la santé de l'ensemble des politiques gouvernementales (se recoupe avec le BAPS).

Taxer ce qui est nocif pour la santé

18. Que l'État assume pleinement son rôle de législateur et de protecteur du bien public en réglementant et en taxant ce qui est collectivement nocif au plan de la santé. Les revenus de ces taxations devraient être réinvestis en éducation à la santé.
19. Qu'on utilise la taxation pour favoriser la consommation et l'offre de produits et de services compatibles avec une bonne santé.
20. Que l'État abolisse les subventions aux entreprises qui produisent des biens et services nuisibles pour la santé.
21. Qu'on impose à l'industrie alimentaire d'une taxe sur la publicité de leurs produits réputés à risque pour la santé lorsque consommés régulièrement. Les revenus de ces taxes devraient être consacrés à l'augmentation du budget gouvernemental attribué aux activités et services de prévention du secteur de la santé et des services sociaux.



Robert Dion



Lynda Bouthillier

Favoriser la pratique d'activités physiques

22. Qu'on facilite la pratique de sports par l'ensemble de la population en investissant pour le grand public et que l'on favorise l'activité physique en subventionnant adéquatement les organisations ou associations axées sur la pratique d'activités physiques.

Renforcer la Direction de la santé publique

23. Que soient élargis les pouvoirs de la Direction de la santé publique en matière de maintien et de promotion de la santé publique accompagnés des moyens nécessaires à la réalisation de son mandat auprès des établissements. La mise en œuvre de ce mandat requiert que les responsables de la santé publique puissent agir en véritables défenseurs de la santé publique à travers l'ensemble des politiques gouvernementales (mandat horizontal). Ce mandat devrait inclure une responsabilité de surveillance et être bien articulé à celui des agences régionales et en cohérence avec celui des Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Des actions publiques cohérentes

24. Qu'avant l'adoption de toute loi ou de

tout règlement, le gouvernement identifie et corrige tout impact négatif que cette loi ou ce règlement peut entraîner sur la santé des citoyens (cette proposition recoupe celle du BAPS).

25. Que le gouvernement s'assure que les actions des organismes publics suivent le même principe (exemple : promotion de produits alcoolisés, promotion d'achat de billets de loterie, promotion du jeu de hasard - casino, machines à sous).

Services de psychothérapie

26. Que les services de psychothérapie soient reconnus et accessibles dans les cliniques externes des départements de psychiatrie.

Les médecines alternatives

27. Que soient reconnues les médecines alternatives en complémentarité au système de santé.

Portrait Internet

28. Que soit conçu un portail Internet regroupant toute l'information sur les services de santé, incluant une version intégrale du C.P.S. (compendium des spécialités pharmaceutiques).

Un virage prévention

Les participants ont appris avec stupéfaction que le système de soins n'est pas, et de loin, le principal déterminant de l'état de santé d'une population. Personne ne remet en question la nécessité de maintenir un système de soins universel, accessible et efficace. Les participants souhaitent d'ailleurs que l'on en protège l'universalité, qu'on le rende plus efficace et qu'on en améliore l'accès (voir les dilemmes 3, 4 et 5). Ils constatent cependant le paradoxe d'un système de santé qui met l'accent sur la maladie.

À l'intérieur du système de soins, l'État peut déjà accroître la proportion de ses ressources consacrées à la prévention. Il ne

faut pas confondre ici dépistage et prévention. À l'intérieur du système de soins, on peut réconcilier l'action préventive avec l'action curative. L'État peut contribuer fortement à maintenir la population en santé s'il augmente ses efforts de prévention et d'éducation et s'il agit vigoureusement sur les déterminants de la santé comme la pauvreté, l'environnement, le capital social. À cet égard, les participants lancent un message fort en faveur de l'adoption et la mise en œuvre, par le gouvernement du Québec, et ce, à travers l'action de tous les ministères concernés, d'une stratégie efficace et globale de réduction de la pauvreté.

Qu'en disent les experts?

Intimement lié au premier dilemme, le second dilemme, qui oppose prévention et guérison, n'en n'est pas vraiment un. Guérir et prévenir sont les deux pôles nécessaires d'un système de santé cohérent. Mais dans quelles proportions?

Selon le professeur André-Pierre Contandriopoulos, les deux premiers dilemmes sont indissociables. La maladie et la santé ne sont pas en opposition; l'un n'est pas le revers de l'autre. Ce n'est pas parce qu'on réduit la maladie qu'on augmente la santé. L'espérance de vie a augmenté de 30 ans au XX^e siècle, et pourtant on n'a jamais eu autant de maladie.

Faire plus de prévention signifie remettre les politiques publiques dans le cadre de ce qui est le fondement même de l'État moderne, c'est-à-dire la protection du vivant. Le vrai débat porte sur le genre de société que l'on veut avoir.

Quelle importance le revenu a-t-il dans la prévention? La pauvreté est, d'après la porte-parole de la Coalition pour un Québec sans pauvreté, Vivian Labrie, le premier déterminant de la santé chez l'individu. Ainsi, elle déplore que depuis 20 ans la protection de base qu'on accorde (l'aide sociale) ait diminué, en dollars équivalents, de 30%. Les prestataires d'aide sociale sont pauvres et ne peuvent pas s'alimenter adéquatement. La loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, a pourtant été adoptée à l'unanimité il y a deux ans. Son application est contrecarrée par des politiques de diminution des montants de la sécurité du revenu.

LES RECOMMANDATIONS

La lutte contre la pauvreté

- 29.** Que le gouvernement du Québec fasse de la mise en œuvre de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale une priorité absolue endossée et promue par tous les membres du cabinet, en particulier :
- De respecter l'esprit de la Loi, notamment en abandonnant les mesures qui y sont contraires comme la restriction de l'indexation des prestations de la sécurité du revenu et

- certaines dispositions du projet de loi 57;
- D'accélérer la mise en œuvre des différents aspects de la Loi de façon à respecter l'échéancier prévu, notamment en ce qui concerne l'établissement des cibles de revenu (article 14), la présentation du rapport des activités découlant du plan d'action gouvernemental (article 21) ainsi que l'institution du Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (article 22) et de l'Observatoire de la pauvreté; et de l'exclusion sociale (article 35);
- D'accorder les crédits nécessaires à la réalisation de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale prévue au chapitre II de la Loi.



André-Marie Gonthier

5% du budget de la santé pour la prévention

- 30.** Que le ministère de la Santé et des Services sociaux augmente les fonds consacrés à la promotion de la santé et à la prévention de façon à ce qu'il consacre 5% de son budget, tel que recommandé par l'Organisation mondiale de la santé, d'ici trois ans.

Le renforcement du tissu social

- 31.** Que le gouvernement du Québec améliore le soutien accordé aux organisations communautaires, regroupements et coopératives qui mettent de l'avant des initiatives qui sont de nature à améliorer les conditions de vie et qui œuvrent dans des domaines touchant les déterminants de la santé, notamment le logement, l'alimentation, l'aide aux familles et à l'enfance, la réduction du stress, la réduction de la solitude, l'aide aux clientèles vulnérables (personnes en situation de pauvreté, personnes aux prises avec un handicap, personnes âgées, etc.);
- 32.** Que l'État assure un investissement annuel récurrent dans le logement social.
- 33.** Qu'il finance adéquatement des aménagements communautaires dans les quartiers densément peuplés à même le programme d'infrastructures.

- 34.** Qu'il soutienne financièrement les activités de loisir et les vacances pour les personnes à faible revenu.

Un médecin de famille pour tous

- 35.** Que le gouvernement du Québec prenne les mesures nécessaires pour que chaque citoyen et citoyenne du Québec ait accès à un médecin de famille en lien de partenariat avec le réseau public dans le cadre d'une approche globale et personnalisée.

Un rôle de premier plan au communautaire

- 36.** Que le gouvernement reconnaisse les organismes communautaires comme les premiers acteurs de l'intervention en santé et les dote d'un financement stable destiné à soutenir la prévention.

problèmes de santé tels que l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, la détresse psychologique et le cancer et de mobiliser l'ensemble des politiques publiques à cet égard.

Protocole de Kyoto

- 38.** Que le Québec se montre plus dynamique dans l'application du Protocole de Kyoto, notamment en s'attaquant à la réduction des gaz à effet de serre en taxant les véhicules énergivores.

- 39.** Que l'État réinvestisse dans le transport en commun.

- 40.** Que l'on revioie nos façons d'aménager nos milieux urbains en axant sur une plus grande mixité des fonctions et un accroissement de la densité de façon à réduire l'utilisation de l'automobile et à favoriser les déplacements piétonniers et cyclistes.

Impliquer les citoyens

- 41.** Que soient adoptées des mesures d'aide financière, pour soutenir les proches-aidants et les regroupements communautaires d'aide en santé et services sociaux.

- 42.** Que l'on encourage le développement de coopératives dans le champ des services de santé et des services sociaux (cette proposition revient dans le dilemme 4).

- 43.** Que l'on favorise l'intervention de nouveaux acteurs dans le système de soins notamment les proches-aidants, les sages-femmes et les praticiens de médecines douces.

- 44.** Que chaque CSSS soit mandaté pour mettre sur pied un comité de citoyens qui soit représentatif de la population desservie et qui agisse en tant que comité aviseur auprès du CSSS sur des questions relatives aux objectifs à atteindre et aux activités à réaliser en matière de services offerts en santé publique (des propositions de même nature reviennent au dilemme 5).

Bémol



« Ce n'est pas mon habitude d'essayer d'atténuer les bonnes intentions par rapport aux organismes communautaires, mais cette fois-ci je dois le faire parce que je trouve qu'on nous en met beaucoup sur le dos. Nous reconnaitre comme étant les premiers intervenants dans le domaine de la santé, je trouve

que ça va au-delà de ce que les groupes communautaires ont toujours voulu. Je pense qu'il faudrait modérer les affaires un petit peu, parce qu'on n'est pas les premiers. Ce n'est pas vrai. Dans certains domaines, oui, on est même les seuls. En violence conjugale par exemple, on est les seuls. Mais dans d'autres domaines, comme celui de l'aide aux personnes âgées, en perte d'autonomie, on n'est pas les seuls intervenants. Il y a des gens qui sont dans le réseau public qui font bien cette job-là, et qui la feraient encore mieux si on leur en donnait les moyens. Je pense qu'il faut faire très très attention, d'autant plus qu'avec la réforme actuelle, on est en train de nous attacher, d'attacher les organismes communautaires. On prend le risque qu'ils perdent tout leur dynamisme et leur façon autonome de travailler avec les personnes. »

Robert Théoret, Président, Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, santé et services sociaux

Prévention primaire

- 37.** Que les mesures de prévention primaire ciblent de façon toute particulière les

Politiques publiques

- 45.** Que le gouvernement fasse l'évaluation systématique et préalable de l'impact sur la santé des politiques publiques et qu'il corrige ces politiques pour en réduire les conséquences néfastes (cette proposition rejoint celles sur le BAPS et le Commissaire à la santé).
- 46.** Que le gouvernement élabore et mette en application une politique visant la conciliation famille-travail.
- 47.** Que l'État assure un meilleur encadrement du travail des adolescents.
- 48.** Que soit largement diffusé le rapport du directeur national de santé publique et que soit implanté le Programme national de santé publique, en tenant compte des considérations et pistes d'action proposées.

Réinvestissement des profits pour le bien commun

- 49.** Que l'État adopte des mesures fermes permettant le réinvestissement d'une portion des profits des industries pharmaceutiques, technologiques et biotechnologiques dans des domaines d'intérêt général visant l'amélioration de la santé de la population ou du système de santé public.

Le vieillissement

«Je voudrais apporter une précision par rapport à une réalité qui a été occultée dans ce débat sur la santé. On a voulu se pencher sur l'état de santé des Québécois et sur les changements à apporter au système dans les 20 prochaines années. (...) Mais on l'a fait sans tenir compte des changements dans la démographie et dans l'épidémiologie. La population vieillissante va complètement changer notre façon de percevoir la santé. On a parlé de prévention et de guérison. (...) Mais on n'a pas parlé de palliation. Il va falloir se pencher sur la façon dont on veut vivre avec la maladie et mourir. Il y a une partie de l'argent qui va devoir aller à la palliation et le décès.»

Simon Turcotte, médecin résident en chirurgie

Transport en commun municipal gratuit

- 50.** Que le gouvernement rende le transport en commun municipal gratuit partout au Québec.

Trois piliers

- 51.** Que toutes les interventions en santé se situent dans un cadre d'analyse systémique, tel que celui de l'approche écosystémique de la santé du Centre de recherche en développement international (CRDI), dont les trois piliers sont : transdisciplinarité, participation des citoyens et équité.

Une ouverture au privé, un rejet de la logique du profit

Certains services de santé financés par l'État et couverts par l'assurance-maladie sont déjà dispensés par des organisations privées sous contrôle étatique. Le cas des cabinets de médecins est patent. L'économie sociale est également déjà présente dans certains secteurs.

Globalement, le caractère public du système sert bien les Québécois. Les principes d'accessibilité et de financement public ne

peuvent pas être remis en question. L'État doit également maintenir un contrôle rigoureux des coûts des services.

Cependant, le système public semble parfois débordé. L'accès aux soins est virtuel dans certaines régions et à certains moments de l'année. Trouver un médecin de famille est devenu une tâche ardue. Les délais d'attente restent longs. Aussi, est-il important de trouver des moyens pour améliorer constamment



Vivian Labrie

les services dispensés par le secteur public. Des propositions à ce sujet seront débattues autour du dilemme 4.

Mais la diversité de l'offre (publique, privée à but non lucratif, privée à but lucratif) peut devenir un atout, dans une logique de complémentarité et dans la mesure où le développement est encadré par l'État. La diversification de l'offre peut permettre de dégager des ressources et de promouvoir des façons innovatrices de livrer les services de santé. Elle peut également avoir pour effet de favoriser une meilleure accessibilité aux soins.

Le recours à des acteurs privés ne doit donc pas être exclu. Cependant, le recours au privé doit être rigoureusement encadré de manière à éviter que la logique du profit, inhérente à toute entreprise privée, domine le principe du bien commun.

En ce sens, lorsque l'État recourt au privé, il devrait privilégier les organisations à but non lucratif, qui ne recherchent pas le profit, qui répondent à des besoins identifiés dans le milieu et qui favorisent la participation des citoyens aux décisions et à l'administration.

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. Si l'État recourt au privé, il doit faire la démonstration que cela n'aura pas d'impact négatif sur les coûts, l'efficacité et l'accessibilité aux soins. Le rôle du privé à but lucratif

pourrait ainsi être réservé en périphérie du système de soins.

Le recours au privé doit être décidé par les autorités publiques, s'inscrire dans l'organisation des services sur un territoire donné et ne pas avoir pour conséquence l'abandon des cas lourds.

Qu'en disent les experts ?

Sur cette question litigieuse les experts ne sont pas unanimes. Le privé : oui, non, ça dépend. Le professeur François Béland brosse un portrait de la situation : depuis les années 70, il n'y a pas eu de véritable augmentation de la place du privé dans la dispensation des soins, à l'exception de soins périphériques, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas couverts par la Loi canadienne sur la santé. On parle de médicaments, de soins dentaires, d'hébergement de longue durée, de soins à domicile. Le cœur du système (les soins médicaux et hospitaliers) est donc demeuré public. Le « dérapage » dont on parle n'a pas eu lieu, selon lui.

Le professeur André-Pierre Contandriopoulos cite une étude américaine qui a montré que le taux de mortalité est plus élevé dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics. De même pour les centres d'hébergement privés : la qualité des soins est inférieure. C'est tout le problème du privé : il doit jouer le jeu du profit. L'argent est détourné vers les actionnaires plutôt que d'être réinvesti dans les soins. Même si son activité première est de dispenser des soins de qualité, une organisation dont la mission est de tirer du profit de l'exercice de cette activité est obligée de couper quelque part : soit payer moins cher ceux qui donnent les soins, soit couper dans des éléments de qualité. La seule façon de compenser ces pertes est de générer de l'innovation. Mais c'est loin d'être garanti.

Bien que l'État doive intervenir pour le régler, l'ancien sous-ministre Jean-Claude Deschênes croit que le privé a sa place. Il existe plusieurs exemples : les cabinets privés, les centres hospitaliers de soins de longue durée, les cabinets de dentistes, les optométristes, physiothérapeutes, pour n'en nommer que quelques-uns, qui dispensent des soins de très grande qualité.

La maladie fait le profit



« Pourquoi avoir peur du privé ? Parce qu'avec le privé, le profit se fait par la maladie des gens. Plus les gens sont malades, plus la clinique fait des affaires. Le privé n'a donc pas intérêt à faire disparaître la maladie. C'est le paradoxe du privé. »

Tommy Bureau, Citoyen

C'est à l'intérieur du système public actuel que les changements doivent être apportés, d'après le Dr Benoît Gareau, cofondateur du regroupement Espace Santé. La troisième voie est celle de l'amélioration de la qualité des soins par la responsabilisation des individus et des organisations du système de santé. Il faut travailler les processus de production et le fonctionnement des organisations. Il ne faut pas seulement faire plus avec les mêmes moyens, mais faire mieux et de façon plus intelligente. Il faut identifier les pratiques et organisations qui fonctionnent à merveille et s'en servir comme modèles. Il faut moderniser le système de santé public.

Marc Danzon remarque que l'on a complexifié un débat pourtant simple. En premier lieu, l'accès égal aux soins de qualité pour tous, responsabilité impartageable de l'État, est un principe de base indélogeable. Quant à savoir qui dispense, gère et paie pour ces soins, cela peut être des acteurs fort différents. Ça peut être le public, qui offre une garantie de service, de continuité, d'ouverture. Il y a le privé à profits, qui fait souvent preuve de plus de dynamisme, mais manque sérieusement de solidarité. Et enfin il y a le privé à but non lucratif, un secteur où les actionnaires ne reçoivent pas de bénéfices. Ces sommes peuvent alors être réinvesties dans le système ou utilisées pour faire baisser les cotisations. Personne ne gagne d'argent sur la maladie des autres. Le système privé sans but lucratif possède le dynamisme du privé et la solidarité du public.

LES RECOMMANDATIONS

L'accessibilité universelle non-négociable

52. Que le gouvernement du Québec fasse de l'accessibilité universelle à un système de santé de qualité un principe non négociable garanti par un contrôle public du système.

L'État maître d'œuvre

53. Que l'État demeure le maître d'œuvre de l'offre de services. Qu'il puisse déléguer certains des services au

Le privé peut être à but non lucratif



«Le rôle du privé est un sujet sensible au Québec. C'est peut-être à cause du fait que nous soyions voisins des États-Unis et que nous soyions témoins des excès de la société américaine en matière de santé. Mais les États-Unis sont capables du pire mais aussi du meilleur. Et parmi le meilleur, il y a des hôpitaux privés, comme la Clinique Mayo. Ce sont des hôpitaux privés mais à but non lucratif. Les médecins sont à salaire. Mais l'organisation est faite par les gens de la clinique. Elle n'est pas décidée à Washington par des fonctionnaires. Ce sont les gens sur place qui décident de ce qui est le mieux pour les patients. En plus, les profits sont réinvestis dans l'entreprise (l'hôpital), ce qui permet d'améliorer les services et aussi de faire de la recherche.»

Joëlle Lescop, Directrice des affaires clinico-administratives à l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux.

secteur privé (avec ou sans but lucratif) ou au secteur de l'économie sociale; que ces services soient identifiés en collaboration avec les citoyens par l'entremise d'un organisme consultatif similaire au Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE); que ces services fassent l'objet d'une entente précisant le cadre d'exercice de leurs interventions et soient évalués à l'aide d'indicateurs de résultats.

Une ouverture mesurée à une variété d'acteurs

54. Que, dans un contexte où le financement demeure public, le gouvernement soutienne l'émergence d'initiatives communautaires, publiques ou privées sans but lucratif lorsque celles-ci répondent aux besoins et aux priorités de santé telles que définies à l'échelle nationale ou locale. Qu'il s'assure que les services jugés collectivement nécessaires soient accessibles sur l'ensemble du territoire, soit en incluant ces services dans le réseau public, soit en créant les incitatifs permettant à d'autres acteurs de donner ces services. Qu'il encadre la prestation des services de santé et des services sociaux essentiels de telle sorte que ceux-ci de-

meurent un bien commun accessible de façon universelle en respectant des valeurs d'équité, de justice et de solidarité.

Un rôle majeur pour les CSSS

55. Que les centres de santé et de services sociaux (CSSS) soient l'instance responsable d'autoriser, tout en le contrôlant, le développement d'organisations privées sans but lucratif dans le champ des services directs (diagnostics, interventions médicales et chirurgicales de 2^e et 3^e lignes). Ces organisations privées seraient sous la gouverne des CSSS avec qui elles seraient en liens contractuels. Les CSSS s'assureraient d'une réelle prise en compte des besoins du milieu. Les coopératives, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale font partie, entre autres, des possibilités. Trois critères doivent être respectés : (1) Un financement public de leurs activités. Dans ce cadre, on pourrait permettre l'expérimentation et l'utilisa-

tion de nouvelles formes de financement tel que : financement par activité; par capitation; et selon des formules de financement mixte ; (2) Un financement dont le paramètre serait celui de l'activité clinique; (3) Un processus d'appréciation de la qualité des soins et des services qui soit sous la responsabilité du CSSS.

Rôle périphérique au privé à but lucratif

56. Que l'intervention du secteur privé à but lucratif soit concentrée dans les champs périphériques du système de santé tels que les immobilisations et les équipements, mais sous condition de l'évaluation de sa rentabilité et de sa nécessité.

Un système profondément inscrit dans une dynamique publique

57. Que le système de santé soit profondément inscrit dans une dynamique publique fondée sur le rôle premier de l'État dans : (1) la définition des grandes orientations inscrites dans une politique nationale de la santé publique ; (2) la formulation des résultats attendus ; (3) l'évaluation de ces résultats.

Soutenir les initiatives d'économie sociale en santé

58. Que soit soutenu adéquatement le développement de partenariats réels avec le milieu communautaire et les groupes d'économie sociale dans le domaine de la santé ; que soit établi un continuum réel de services avec les institutions du réseau tout en préservant l'autonomie des organismes communautaires.

59. Que soient mises en place des mesures de soutien salarial, comme cela s'est fait dans d'autres domaines (ex : les centres de la nouvelle économie), pour les initiatives en santé comme le maintien à domicile, le suivi et l'entraide (santé mentale, périnatalité, etc.), la prévention (habitudes de vie, alimentation, prévention du suicide, etc.), le suivi et l'éducation des clientèles à risque (personnes âgées, per-

Les coops ou les cliniques Jean-Coutu ?



« Il y a actuellement des expériences qui se sont réalisées dans différentes régions au Québec qui ont mobilisé des populations face à la pénurie de médecins omnipraticiens. La population a invité des médecins à adhérer à la coopérative dans une formule de partenariat qui a aussi mobilisé des usagers, des professionnels qui interviennent aussi en prévention dans toutes sortes d'activités. Est-ce qu'on va avancer sur ce genre de modèle-là très innovateur ou est-ce qu'on va laisser les grandes surfaces, comme Jean-Coutu, offrir aux omnipraticiens du Québec (...) des cliniques clé en main avec de beaux incitatifs et les laisser contrôler tout le réseau des omnipraticiens ? Parce qu'on sait qu'ils en ont les moyens. J'espère qu'on va étudier le modèle des coopératives, car c'est une belle alternative au modèle Jean Coutu. On dit aux médecins qu'il y a une population qui est prête à s'investir derrière leur travail, de les appuyer dans leur travail curatif, mais aussi que grâce à l'implication de la population on va agir aussi sur les déterminants de la santé, au plan de la prévention. Ça créera un contexte concurrentiel, pas au plan financier mais au plan des valeurs. J'ose espérer que plusieurs jeunes médecins vont s'intéresser à cette formule-là. »

Réal Lefebvre, Citoyen

sonnes atteintes de diabète, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, de maladies cardio-vasculaires, etc.).

La décentralisation vers les établissements

60. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux se retire de la gestion des opérations courantes et décentralise massivement cette fonction au niveau des établissements et de leurs conseils d'administration ainsi que vers les équipes de soins.

Priorité première ligne

- 61.** Que le gouvernement mette ses efforts en priorité sur le renforcement des services de première ligne.
- 62.** Qu'il utilise à plein les CSSS et leur donne les moyens de réaliser leur mission, notamment toutes les activités de prévention et le suivi des clientèles à risque, tout en s'assurant que leur service est convivial et proche de la communauté.
- 63.** Qu'il favorise l'établissement de liens à long terme entre une population et des professionnels de la santé (médecins, infirmières, etc.), notamment en soutenant la formation de groupes de médecine familiale.
- 64.** Qu'il mette au point un programme de soutien pour aider les communautés qui mettent de l'avant des initiatives pour améliorer leurs soins de première ligne (ex : établissement de cliniques).
- 65.** Qu'il revoie au besoin le mode de rémunération des médecins pour l'ajuster aux objectifs de renforcement de la première ligne (ex: formule mixte à l'acte et per capita).

Déception



« Le Québec est l'endroit en Amérique du Nord où les dépenses en santé sont les moins élevées. Donc on a ici un système de santé public efficient qu'on s'acharne à détruire, à malmenager de diverses façons. Et je suis déçu des propositions que je vois parce qu'il y a une non-reconnaissance de l'efficience et de l'importance de la centralité du secteur public. Et je vois malheureusement que les idées néolibérales qui étaient abondantes dans le rapport de Michel Clair, font leur chemin. »

Claude Saint-Georges, Responsable de l'information, Fédération de la santé et des services sociaux (CSN)

Des conditions pour le recours au privé

66. Que le Québec fasse appel au secteur privé si, et seulement si, la preuve est faite qu'il contribuera ainsi à améliorer l'organisation et l'accès ou la qualité des services en mettant à contribution une expertise, ou des équipements technologiques et des ressources autrement non disponibles et si l'État instaure un contrôle rigoureux de la qualité des services.

La santé globale du patient

67. Que dans la préparation du plan de traitement du patient soit considérée la possibilité de recourir à des techniques de médecine alternative reconnues (tout en revoyant le panier de services) avant la prescription de médicaments.

Des coopératives multidisciplinaires

68. Que soit étudiée la pertinence d'inciter des regroupements de citoyens, aidés de leur municipalité, à mettre en place des coopératives multidisciplinaires de soins de santé

Dépenser mieux les fonds publics

Des participants ont trouvé « vicieuse » la formulation du dilemme sur le plan politique (Financement: payer plus cher ou réduire l'of-

fre de services?). La discussion doit plutôt porter sur la redéfinition des critères de financement et des logiques qui président aux



Raymond Boulanger

décisions en la matière. Il faut aussi clarifier les attentes du public à l'égard des services qui doivent être financés.

Il serait irresponsable d'accepter le principe d'une hausse vertigineuse et constante des coûts du système de santé. Personne ne contemple comme un objectif d'atteindre l'augmentation du fardeau fiscal des Québécois. À l'opposé, pourquoi réduire l'offre de services assurés alors que plusieurs citoyens estiment que celle-ci devrait être élargie, notamment à des services comme les services à domicile, la psychologie, les médecines douces, etc. L'État devrait favoriser l'investissement plutôt que la dépense, c'est-à-dire dépenser de manière à optimiser les effets à long terme sur la santé plutôt que seulement la solution de problèmes de santé à court terme.

L'impôt est vu comme la meilleure source de revenus pour le système public de santé parce qu'il permet une distribution équitable des coûts selon les revenus. Le ticket modérateur n'a pas trouvé d'appui majoritaire, malgré son application en Europe, à cause des effets pervers que celui-ci peut avoir sur les personnes les plus démunies qui pourraient, dès lors, se voir privées de services et leur condition se détériorer.

Les cotisations spéciales ou la création d'un compte séparé pour la santé dans le budget de l'État, n'ont pas non plus suscité d'enthousiasme. Le budget de la santé est déjà bien visible à l'intérieur du budget global du gouvernement. Chacun sait que la santé représente 40% du budget de l'État québécois. Le fait de distinguer un impôt spécial pour la santé pourrait susciter une comparaison entre les citoyens et alimenter une attitude individualiste à l'égard d'un bien public.

Cependant, les citoyens voudraient mieux connaître comment cet argent est dépensé. Il y a ici une demande de transparence accrue dans la gestion des fonds réservés à la santé. L'idée d'émettre une facture virtuelle informant les malades du coût des soins obtenus gratuitement a été soumise.

Les propositions relatives aux Caisses-santé ont reçu un accueil très divers. Les uns mettaient l'accent sur la nécessité de faire face au vieillissement de la population. Les autres

critiquaient au contraire la création d'un silo et le fait que l'on isolait ainsi un seul des multiples déterminants de la santé.

Qu'en disent les experts ?

Le Dr Joëlle Lescop croit qu'il y a assez d'argent consacré à la santé, mais que pour faire le ménage, pour mener à bien la modernisation du système, il faudra dépenser : infrastructures hospitalières, informatiques, etc. Une fois cette transformation réalisée, 40 % du budget dévolu à la santé est amplement suffisant.

On parle beaucoup d'offre de service. Le Dr Alain Poirier nous rappelle qu'il faut également raffiner la demande, qui est une autre forme de prévention du dérapage des coûts. Des études démontrent que 30 à 50 % des prescriptions de médicaments et que 30 % des prescriptions de tests de laboratoires sont inutiles. Qui les prescrit ? Ce sont les médecins. Pourquoi ne parle-t-on jamais de cette surprescription ? Car politiquement, il est difficile de s'attaquer au médecin, qui est pourtant l'acteur fondamental de la dispensation des soins.

Qu'est-ce que l'assurance ? demande quant à lui l'ancien sous-ministre Jean-Claude Deschênes. C'est la mutualisation du risque entre les personnes et entre les générations. Depuis peu, nous avons délaissé le pendant de mutualisation dans le temps, pour glisser vers un système « pay as you go », qui aggravera la situation du financement de la santé à mesure que la population active diminuera et que le coût des soins augmentera. On ne paie pas trop : il ne faut pas oublier d'investir dans l'avenir.

Les hypothèses sur le vieillissement sont loin d'être certaines, d'après le professeur François Béland. D'abord, les coûts du vieillissement ne montent pas, mais plutôt celui des services non assurés par la loi canadienne (hébergement de longue durée, soins à domicile, etc.). Ensuite, bien qu'il y ait une concentration des coûts de santé lors des deux dernières années de vie, les patients qui décèdent à 95 ans coûtent quatre fois moins cher que ceux qui meurent à 65 ans. Enfin, le nombre de travailleurs par personne inactive n'a jamais été aussi élevé dans toute l'histoire de l'humanité. Le taux de dépendance était plus élevé dans les années 1950 que celui

Ticket modérateur : les sondages vous contredisent... La délibération fait la différence



Hélène Morais, présidente, Conseil de la santé et du bien-être : « Je comprends que dans le commentaire sur le financement privé, les propos sont très affirmatifs à savoir qu'on n'est pas d'accord pour ajouter des tarifications individuelles ou des cotisations. Quand on lit des sondages, on apprend que les Canadiens en grande proportion et les Québécois en encore plus grande proportion seraient favorables à une privatisation des services dans le système de santé. Alors je vous pose la question : est-ce que vous êtes des citoyens qui ne sont pas représentatifs ? Est-ce que les sondages ne sont pas représentatifs des points de vue des citoyens ? Est-ce que vous faites la preuve que de délibérer ensemble permet d'apporter un point de vue différent ? »



Denise Turcotte, citoyenne : « Les résultats des sondages dépendent beaucoup des questions qui sont posées et des informations qui sont véhiculées dans la population avant. On sait très bien que de nombreux efforts sont faits pour

apeurer la population sur l'état du système de santé. Alors que quand on parle aux personnes qui sont usagers du réseau, de façon générale elles sont plutôt très satisfaites. Il y a des intérêts qui répandent la rumeur que le système va très mal et qu'il faut le confier à des gens beaucoup plus compétents et performants pour qu'il donne de meilleurs résultats. Ceci influence l'opinion publique. Lorsqu'on prend le temps de s'informer davantage, d'aller un peu plus en détail sur les enjeux, notre perception se modifie. Je pense que c'est un des effets des conférences auxquelles nous avons assisté, de faire de nous des personnes un peu plus éclairées. »



Lynda Champagne, citoyenne : « La délibération a eu un effet significatif sur nous. Notamment grâce à l'information qu'on a eue. Le fait de savoir qu'il ne suffit pas d'ajouter de l'argent mais qu'il faut agir sur différents facteurs. Le fait de s'asseoir, de discuter, de réfléchir et de se poser clairement la question : dans quelle société voulons-nous vivre ? C'est le privilège qu'on s'est accordé. Nous, en nous posant ces questions, on a conclu que la santé est un bien commun.

qui est prévu pour les années 2050. Conclusion : on a les moyens d'augmenter les budgets de santé. Mais n'oublions pas de les dépenser mieux.

LES RECOMMANDATIONS

Augmenter le financement fédéral

- 69.** Que le gouvernement du Canada augmente sa part du financement des coûts de la santé à 25 %, tel que recommandé par la commission Romanow ;
- 70.** Que l'Assemblée nationale renouvelle ses demandes d'une augmentation des paiements de transfert fédéraux et utilise à cette fin tous les moyens à sa disposition.

Meilleure répartition des rôles des intervenants

- 71.** Que soit revue la répartition des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes, les médecins omnipraticiens, le personnel infirmier et les autres professionnels et la population, afin que chacun intervienne efficacement au bon moment, en fonction de son expertise et de ses compétences, pour éviter le gaspillage de ressources spécialisées. Il faut, notamment, valoriser davantage le personnel infirmier et utiliser à bon escient ses compétences, savoirs et pratiques.

Contrôler la hausse des coûts liés aux médicaments

- 72.** Que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec se dote rapidement d'une stratégie visant à limiter la hausse des coûts de santé liée aux médicaments.

L'éducation

- 73.** Que soit développée une éducation de la population sur les nouvelles questions qui touchent les limites de la vie, l'usage des technologies médicales, la disponibilité des soins selon les âges de la vie, sur le rôle du médecin dans les réponses à apporter à ces nouvelles problématiques;
- 74.** Que le ministère de l'Éducation et les organismes concernés élaborent des outils d'éducation populaire, qui permettent aux familles et aux individus de se réapproprier des savoirs par rapport au corps, à l'esprit et aux événements du cycle de vie (naissance, croissance, vieillesse, mort, maladie);
- 75.** Que soit implanté un programme d'éducation à la santé dans les écoles afin d'habiliter les jeunes à protéger leur santé, à développer de saines habitudes de vie et à prodiguer les premiers soins afin de réduire à long terme le recours abusif aux services de santé;
- 76.** Que soit élaborée une stratégie de communication afin de modifier la tendance culturelle axée sur une vision trop médicale, pharmaceutique et technique de la santé, en amenant les professionnels de la santé et la population à considérer la personne malade dans son intégrité plutôt qu'à traiter une maladie, comme un phénomène isolé, coupé de la personne;

- 77.** Que la population soit informée sur les coûts des services de santé et les résultats attendus de diverses interventions en fonction de leur coût respectif;
- 78.** Que soit mise en œuvre une vaste campagne de sensibilisation visant à faire état des avantages, des réalisations, des réponses que le système de santé apporte et peut apporter aux besoins de la population, afin de contrer la perception négative du système répandue au sein de la population.

Formation des médecins

- 79.** Que la formation des médecins par rapport aux médicaments et à leur usage soit encadrée par le MSSS et qu'elle soit assurée par les universités et les ordres professionnels et non plus tributaire des compagnies pharmaceutiques.

Revoir la rémunération des médecins

- 80.** Que soit revu le mode de rémunération des médecins afin qu'ils travaillent de manière plus interdisciplinaire et qu'un meilleur équilibre soit généré entre les médecins qui effectuent de l'enseignement, de la recherche et du curatif.

Gratuité des médicaments

- 81.** Que le ministre de la Santé et des Services sociaux modifie la proposition n° 11 du projet de Politique du médicament afin que les prestataires de la sécurité du revenu aient un accès gratuit aux médicaments.

Caisse-santé capitalisée à l'étude

- 82.** Nous proposons que soit étudiée la possibilité de créer une caisse-santé capitalisée responsable du financement de l'ensemble du régime public de santé.

Révision du panier de services assurés

- 83.** Que soit réalisée une véritable analyse (qualitative et quantitative) de l'offre de services, par un comité multidisciplinaire, libre de tout conflit d'intérêt,

Qu'est-ce que l'efficacité ?



« Il y a un mot qui revient souvent, c'est le mot efficacité. Mais qu'est-ce qu'une intervention efficace, un médicament efficace ? Là il y a un concept galvaudé. Une intervention efficace est une intervention qui a un impact sur la santé globale de l'individu (mortalité, qualité de vie, sentiment d'être en santé, diminution de la douleur, etc.). »

Antoine Boivin, Citoyen et médecin de famille

afin de réactualiser le panier de services assurés (pour en enlever ou pour en ajouter). Cela doit se faire notamment avec la collaboration d'acteurs extérieurs au système de soins provenant de la société civile.

- 84.** Que le gouvernement québécois organise sur une base périodique des consultations citoyennes sur le panier de services offert par le régime public de santé.

Une agence d'évaluation

- 85.** Que soit élargi le pouvoir et accrues les ressources accordées à l'AETMIS (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) afin

qu'elle puisse se prononcer sur: (1) l'évaluation des technologies et leur utilisation rationnelle; (2) l'introduction de nouveaux traitements; (3) l'établissement et la diffusion des meilleures pratiques (ex: guides cliniques, protocoles opératoires, etc.); (4) l'évaluation des projets majeurs d'investissement.

L'âge n'est pas un critère

- 86.** Que lors d'examen médical, les professionnels tiennent compte de l'état clinique de chaque personne, plutôt que de son âge, pour décider des types de soins qu'elle peut recevoir.

Un plafond aux dépenses de santé?



Oui : sinon les autres missions en souffriront

Daniel Adam, Directeur général, Association des hôpitaux du Québec: « Il y a une proposition qui n'a pas été retenue,

qui est celle de mettre un plafond sur les dépenses de santé au Québec. J'aimerais bien vous inciter à pousser votre réflexion plus loin à cet égard. Les coûts de la santé au Québec, comme dans les autres provinces, croissent en moyenne de 5,9 % par année. La croissance de l'économie ne suit pas, à la hauteur de 2,5-3 %. Et on dépense actuellement 43 % du budget du gouvernement du Québec en santé. En 2020, ça sera 66 % des dépenses de programme du gouvernement iront à la santé, ce qui va venir toucher toutes les autres missions de l'État. C'est sûr qu'on peut parler des autres provinces qui investissent beaucoup en santé mais je pense qu'il faut le situer en fonction de notre richesse collective. Je vous rappellerai également que le Québec a une dette de 115 milliards de dollars. Ça va nécessiter des choix politiques extrêmement difficiles très bientôt. »

Non : Les dépenses assurées sont sous contrôle

François Béland, professeur titulaire au Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de



l'Université de Montréal: « Le 43 % est faux. Ça c'est le budget du ministère qui n'est pas le budget de la santé. Il y a deux composantes dans le budget de la santé. Il y a les services qui sont couverts par la loi canadienne sur la santé: les médecins et les hôpitaux. Ce budget-là est sous contrôle. Il représente environ 20 % du budget du Québec. Le reste ce sont les services comme l'hébergement, les services à domicile, les médicaments. C'est la partie qui augmente le plus. Et c'est précisément la partie qui ne jouit pas du contrôle du système universel d'assurance-maladie. Il est bizarre que la partie des dépenses de santé qui n'est pas universellement assurée soit la partie qui augmente le plus et qui n'est pas sous contrôle. Surtout les médicaments: c'est le régime d'assurance le plus mal foutu que nous ayons. Précisément parce qu'il combine à la fois le privé et le public, les fameux PPP, et qui est fait uniquement sur la base d'un système actuariel, c'est-à-dire d'un système d'assurance, plutôt que sur la base d'un système national de santé. Ensuite, on parle la plupart du temps de la part de la santé dans les dépenses du gouvernement, mais jamais par rapport aux recettes. Par rapport aux recettes, les dépenses en santé ont diminué. »



Patricia Lavallée

Rejet du ticket modérateur

87. Que soit rejetée l'idée d'un « ticket modérateur ».

Revoir les incitations financières

88. Que soient revues les incitations financières qui sont à la base du développe-

ment du système de santé : mode d'allocation budgétaire régionale, financement par épisode de soins, financement par capitation, à partir d'une analyse des effets de ces incitations sur l'offre de services.

Un virage citoyen

À cause des jeux de pouvoir entre groupes d'intérêt dans le système, du rôle central du ministre, du poids de la politique partisane, du poids de la législation et de la réglementation, les conseils d'administration des établissements, les gestionnaires locaux et les praticiens eux-mêmes n'ont plus guère de marge de manœuvre. Cette situation déresponsabilise et concentre au ministère les tensions qui ébranlent le système.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait fixer les grands principes du système et laisser les acteurs fonctionner. Différents niveaux de décision et de responsabilité devraient exister pour favoriser la liberté d'intervention des différents acteurs du système. Les décideurs actuels prennent souvent des décisions inapplicables sur le terrain.

Au niveau individuel, les citoyens devraient être informés des coûts des services de santé obtenus. Les citoyens sont les premiers concernés et doivent participer activement à la formulation de leurs besoins, à la définition des services, choisir d'être soigné ou de cesser les soins. Ils sont aussi responsables de leur propre santé.

Les citoyens doivent siéger aux instances décisionnelles avec des professionnels et des gestionnaires. Le processus de décision est une co-construction qui interpelle tous les acteurs en fonction de leurs rôles et responsabilités respectifs. Les conditions d'une saine délibération doivent permettre aux participants d'apprendre à opter pour les décisions les mieux éclairées.

Les citoyens doivent disposer d'un pouvoir réel. Ils sont les mieux placés pour assurer à l'intérieur même du système une fonction de vigilance et de surveillance. Ils sont les « chiens de garde » du bien public.

Le système est trop « politisé », au sens où il est trop soumis aux aléas de la politique partisane, aux pressions médiatiques et aux changements de gouvernements.

Si l'importance de la participation des citoyens aux processus décisionnels ne fait aucun doute, les modalités de cette participation restent à être explorées.

Qu'en disent les experts ?

Hélène Morais accueille très positivement l'ensemble des propositions sur ce sujet. Mais il faut trouver de nouvelles façons de concevoir la participation, dans les mouvements sociaux (le Rendez-vous étant un bon exemple) autant qu'à l'intérieur des institutions publiques (autres que l'implication dans les conseils d'administration). Cette participation peut prendre différentes formes : la récolte d'information, la consultation, la participation aux décisions. Les institutions publiques ont une obligation de rendre disponibles des mécanismes qui répondent au besoin d'écoute et d'implication de la communauté. Les citoyens ont quelque chose à dire.

Vivian Labrie termine en rappelant que les décideurs devraient inclure l'ensemble des citoyens, en particulier les plus pauvres, afin de cesser de produire de l'inégalité.

LES RECOMMANDATIONS

Réorganisation des structures décisionnelles

89. Que soient autorisés des projets pilotes élaborés par les intervenants de première ligne incluant la participation citoyenne et qui détiendraient une autonomie de gestion des budgets et des ressources disponibles. Ceci permettrait d'expérimenter des nouveaux modèles de gestion et de dispensation des soins de santé; que les CSSS (Centre de santé et de services sociaux) soient les lieux privilégiés de réalisation de ces projets pilotes; que l'efficacité de ces projets soit évaluée par les instances désignées par le gouvernement; que la participation citoyenne comprenne des dimensions de consultation, de décision, d'évaluation et de transmission de l'information.

Des citoyens aux conseils d'administration

90. Que les citoyennes et les citoyens élus au suffrage universel participent localement au sein des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux et, en régions, aux agences régionales.

91. Que les citoyennes et les citoyennes qui siègent aux instances locales, régionales ou provinciales reçoivent une juste compensation ou une rémunération, afin de reconnaître leur contribution et encourager leur participation;

92. Qu'une stratégie de communication soit développée afin de soutenir l'engagement et la participation des citoyennes à la promotion de la santé, à l'amélioration et à l'organisation des services de santé.

Une Commission citoyenne nationale de la santé

93. Qu'une «Commission citoyenne de la santé» soit créée au niveau provincial pour proposer et débattre les orientations et les priorités nationales. Cette Commission aurait la responsabilité d'organiser des consultations publiques

Une synthèse entre le Commissaire, l'Agence et le BAPS



« Il y a trois mots qui ressortent : non partisan, transparence et rigueur. Premièrement, le commissaire à la santé devrait s'inscrire dans une volonté de rendre les processus d'élaboration de politiques de manière non partisane. Donc l'important ça serait qu'il se rapporte non pas au ministre mais à l'Assemblée nationale, dans un souci de non-partisanerie. Deuxièmement, une grande rigueur devrait être appliquée à l'évaluation et le suivi des politiques de la santé qui sont mises de l'avant par les ministres. Que ça soit évalué de façon objective ou même scientifique, par exemple par l'AETMIS. Troisièmement, la transparence, c'est là où le BAPS entre en ligne de compte. Un processus ouvert, public, pour recevoir les avis des différentes instances, des acteurs professionnels, des citoyens. Alors la transparence devient réalité. »

et servirait d'intermédiaire entre la population d'une part et les politiciens, les technocrates, les experts et les professionnels d'autre part. Cette commission pourrait approfondir le dialogue entre les parties en cause. Les membres seraient désignés au hasard (comme les membres d'un jury) afin de représenter statistiquement la population. La Commission serait également responsable de la promotion des droits et des responsabilités des usagers.

François-Pierre Gladu, Président, Association des jeunes médecins du Québec

Un Commissaire à la santé

94. Que les grands paramètres d'une politique de santé (panier de services, financement public/privé, durée d'effort thérapeutique, recours aux technologies, médication, etc.) fassent l'objet de décisions élaborées par le Commissaire à la santé à partir des choix politiques du ministre, de sa propre lecture de la situation et de toutes les expertises reçues au cours de son processus décisionnel.

95. Que la loi impose au bureau du Commissaire un processus décisionnel public, participatif et ouvert, inspiré no-

tamment du processus consultatif actuellement en usage au BAPE (cette proposition recoupe celle de la création du BAPS). Que le ministre ait un droit de veto sur ces décisions.

Soumettre le CSSS à une meilleure reddition de comptes

96. Que le projet de loi 83 soit amendé afin d'y inclure des mécanismes de reddition de comptes compréhensibles et accessibles à la population ; qu'il faille préciser et rendre publiques les règles de fonctionnement du CSSS et sa façon d'interagir avec les établissements ; que les CSSS rendent publics les services pour lesquels des ententes sont envisagées et les mécanismes qui sont prévus (ententes, filiales, etc.) pour fournir les services ; que les CSSS fournissent périodiquement la liste des ententes conclues, les partenaires impliqués (privés et publics) et les montants engagés.

Consultations-dialogues citoyens/experts

97. Que soient créés aux niveaux national, régional et local des instances de consultations et de débats publics majoritairement composées de citoyens mais où siègeraient également des experts, des

professionnels de la santé, des gestionnaires du réseau et des élus. Ces instances devraient obligatoirement être consultées sur toutes questions importantes.

Des choix éthiques

98. Que l'État promeuve les débats et les analyses sur les problèmes éthiques générés par les avancées scientifiques conduisant à des situations telles l'acharnement thérapeutique et les manipulations génétiques.

Consulter sur les standards de pratique

99. Qu'un effort spécifique soit fait pour que les patients, les médecins de première ligne et les autres professionnels de la santé soient consultés lorsqu'il s'agit de définir les standards de pratique, les plans de soins et les traitements à dispenser, en plus de se référer aux études et aux experts du domaine comme cela se fait actuellement.

Rôle des médias

100. Que les médias soient invités à couvrir les enjeux de la santé en offrant plus d'analyses et moins d'anecdotes.

Remerciements

La réalisation du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé a été rendue possible grâce à la collaboration d'une équipe de salariés et de bénévoles de grande qualité. L'organisation a été placée sous la responsabilité du comité de coordination des rendez-vous stratégiques de l'INM présidé par Céline Saint-Pierre et composé de Francine Guérin, Patrick Ferland, Linda Vallée, Yves Dupré, Martine Hébert et Francine Moreau. La coordination de l'événement a été assumée par le directeur général de l'INM, Michel Venne. La direction des communications par Louise Vachon. La direction de la logistique par Jean-François Méthé. Adjointe administrative: Rajae Nujji. Graphisme: Gaétan Venne. Photographe: Valérie Sisso. Webmestre: Ian Parenteau. L'INM tient à remercier les membres du comité directeur, présidé par Marcel Villeneuve, les responsables des cercles régionaux de l'INM, les citoyens-panélistes, les conférenciers, les techniciens de la TELUQ et de l'Université du Québec, ceux de l'UQAM, les bénévoles des cercles régionaux, les animateurs, les secrétaires d'assemblées, et les partenaires/commanditaires de l'événement: le Conseil de la santé et du bien-être, la Fondation Lucie et André Chagnon, l'Institut national de la santé publique du Québec, l'Université du Québec, l'Association des hôpitaux et l'Association des CLSC/CHSLD du Québec, Standard Life, Conceptis Technologies.

L'Institut du Nouveau Monde

L'Institut du Nouveau Monde est né le 22 avril 2004. À l'été 2005, il compte quelque 750 membres, de toutes les régions du Québec et de toutes les générations.

En août 2004, il accueillait à Montréal 400 jeunes pour la première édition de son École d'été. L'Université du Nouveau Monde a donné lieu à la publication de 50 propositions pour le Québec de demain. L'École d'été de l'INM devient en 2005 un événement annuel. La deuxième édition a lieu du 18 au 21 août.

Afin de poser un diagnostic sur le Québec d'aujourd'hui et de faire émerger les idées nouvelles dans le cadre d'un dialogue entre citoyens et experts, l'INM organise une série de rendez-vous stratégiques. Le premier portait sur la santé. Le suivant portera sur l'économie. Cinq Rendez-vous sont déjà prévus entre 2005 et 2007. Les autres permettront d'aborder l'éducation et la culture, le territoire et la population, l'État et le citoyen.

L'INM publie, en collaboration avec les Éditions Fides, *L'annuaire du Québec*, ouvrage de référence annuel sur le Québec contemporain, et une nouvelle collection de Suppléments thématiques de *L'annuaire du Québec*.

L'INM anime, en collaboration avec la firme Conceptis Technologies, un site Internet (www.inm.qc.ca). Ses membres sont regroupés en Cercles régionaux qui organisent des débats et des conférences sur une base locale dans diverses régions du Québec. L'INM compte sur la contribution de plus de 200 bénévoles. Président du CA : Conrad Sauvé. Directeur général : Michel Venne.

L'INM est un institut indépendant, non partisan, voué au renouvellement des idées

et à l'animation des débats publics au Québec. L'INM veut inspirer l'émergence de solutions novatrices aux problèmes du Québec contemporain dans un contexte de mondialisation marqué par l'incertitude et le changement.

Retrouver le goût de l'avenir, relancer l'imaginaire, aider les décideurs à décider mieux, dessiner les contours du Québec dans lequel nous voulons vivre demain, déterminer ce qui doit être fait pour répondre aux aspirations d'une société progressiste, juste, démocratique et pluraliste : voilà l'essence de la mission de l'INM.

L'INM croit que le renouvellement des idées passe par la participation des citoyens. Par ses actions, l'INM encourage la participation des citoyens, contribue au développement des compétences civiques, au renforcement du lien social et à la valorisation des institutions démocratiques, de manière à susciter et à nourrir l'intérêt des citoyens et citoyennes pour la chose publique, le bien commun.

L'INM œuvre dans une perspective de justice sociale, dans le respect des valeurs démocratiques, et dans un esprit d'ouverture et d'innovation. L'INM adopte le Québec comme territoire de référence. Toutefois, il cultive une approche comparative, tenant compte des liens anciens du Québec avec l'Europe, de son appartenance à la francophonie, et du nouveau contexte continental dans lequel il évolue, incluant son insertion dans l'espace canadien.

Pour information ou devenir membre :
www.inm.qc.ca
 (514) 987-0239



INSTITUT DU
NOUVEAU MONDE

Le rendez-vous stratégique de l'Institut du Nouveau Monde sur la santé.

En matière de santé, les Québécois sont à l'heure des choix :

- ▶ Une responsabilité individuelle ou une responsabilité collective ?
- ▶ La prévention ou la guérison ?
- ▶ Le public ou le privé ?
- ▶ La hausse des coûts ou la réduction des services ?
- ▶ Le pouvoir des médecins, des bureaucrates ou des citoyens ?



On peut lire entre autres dans ce livre:

- ▶ Des textes de Michel Clair, Alain Poirier, Hélène Morais, Céline Saint-Pierre, Marcel Villeneuve, Vicky Boutin, Sylvie Dugas, Valérie Martin, Antoine Robitaille, Isabelle Paré, Miriam Fahmy, Geneviève Bougie et Robert Choinière.
- ▶ 100 propositions formulées par les citoyens et citoyennes.
- ▶ Des statistiques à jour sur l'état de santé des Québécois et sur les dépenses en santé, en comparaison avec les pays de l'OCDE.



9,95\$ • 9 €



F I D E S



INSTITUT DU
NOUVEAU MONDE

