

À l'heure des choix !

Entrevue / Antonia Maioni

Propos recueillis par Brigitte Trudel

Selon la chercheuse Antonia Maioni, nous voilà à une croisée des chemins en ce qui concerne les soins de santé. Des décisions doivent être prises, mais pas comme si notre système de santé était une bombe à retardement. Il ne s'agit plus de gérer une crise, mais de bâtir l'avenir.

Antonia Maioni est professeure, chercheuse et directrice de l'Institut d'études canadiennes de l'Université McGill. Ses études en cours portent sur la réforme politique et sur l'avenir du modèle des soins de santé canadien. M^{me} Maioni a publié de nombreux écrits sur le sujet et sur des thèmes connexes.

RND Notre système de santé est-il en crise ?

C'est ce que laissent croire le discours populaire et les sondages d'opinion publique. De fait, une majorité de Québécois et de Canadiens affichent un sentiment d'inquiétude à l'égard de notre système de santé. C'est aussi le cas de plusieurs travailleurs du domaine de la santé. Bien que le message que renvoie ce sentiment n'est pas à négliger, j'estime qu'il ne correspond pas tout à fait à la réalité.

RND Ces inquiétudes perdurent depuis un bon moment déjà ?

Dès les années 80, on s'est aperçu que certaines visées de l'assurance maladie du Québec n'avaient pas été pleinement atteintes, en particulier l'accès aux soins de première ligne, l'organisation des ressources humaines, la prévention de la santé et sa promotion. Ajoutons à ces difficultés qu'aujourd'hui, nous devons composer avec de nouveaux paramètres comme les changements démographiques, le développement





technologique et l'augmentation des coûts du système de santé. La réunion de ces facteurs n'occasionne pas nécessairement une crise. Seulement, nous nous trouvons à la croisée des chemins devant l'avenir de notre système de santé.

RND Quelle direction emprunter alors ?

En premier lieu, nous devons convenir d'une base sur laquelle nous réorganiserons notre système afin d'en stabiliser l'accès et les coûts pour le futur. Dans les années 70, nous avons établi que les besoins des citoyens seraient à la base de notre système. Pour y accéder, il suffit aux gens d'avoir besoin de soins. Sommes-nous toujours à l'aise avec cette décision ? Préférons-nous opter pour un système basé sur le financement et dont l'accès est garanti par la possibilité et la capacité de payer ? C'est une réflexion de société majeure qui nécessite un débat politique et public. J'insiste sur l'importance de la participation citoyenne. La santé, c'est avant tout une affaire de société.

Hôpital Guérette, Longueuil. Maternité inaugurée en 1949.

Don de la Société historique et culturelle du Marigot.

RND Le Québec a-t-il encore les moyens d'un système de santé public et universel ?

D'une manière ou d'une autre, on doit payer pour se faire soigner. Préférons-nous le faire collectivement, par le moyen d'un système de santé public, ou individuellement, par l'intermédiaire d'un système privé ? Là est la question. La plupart des pays industrialisés s'interrogent comme nous sur leur système de santé, notamment sur cet équilibre entre public et privé. Cependant, alors qu'au Québec on cherche toujours à améliorer le système en y injectant davantage d'argent, d'autres sociétés vont plus loin dans leur raisonnement et se demandent comment mieux gérer les soins de santé en contrôlant mieux leurs dépenses.

RND La question du contrôle des coûts est-elle abordée dans le récent rapport Ménard ?

Absolument pas, alors que ce serait essentiel. Notre réflexion devrait aussi porter sur le rapport qualité-prix des soins de santé. Ce rapport est-il trop élevé ? Les usagers sont conscients des coûts du système qu'ils financent par leurs impôts, les plus élevés en Amérique du Nord. C'est pour cela qu'ils accordent de l'importance à la question des soins de santé. Ce sont des clients qui souhaitent obtenir une ristourne sur leur investissement.

RND D'aucuns se plaignent de devoir payer sans même être malades.

Ce raisonnement ne tient pas, car on ne peut jamais dire jamais avec la santé. Du jour au lendemain, nous ou nos proches pouvons être atteints d'une maladie grave. De ce fait, la santé a un statut particulier quand il s'agit du lien entre l'État et la population. L'engagement premier de l'État moderne se traduit par la protection de ses citoyens. Le système de santé est la manifestation la plus directe de cet engagement.

État de santé des citoyens de sept pays membres de l'OCDE (2003)

a. 2002 b. 1999 c. 2001	Espérance de vie à la naissance Années	Taux de fécondité Ratio enfants/femmes de 15 à 49 ans	Mortalité infantile Pour 1000 enfants nés vivants	Consommation de tabac % de la population fumant quotidiennement	Excès de poids ou obésité % pop. totale IMC > 25 kg/m ²
Australie	80,3	1,76 ^a	4,8	19,8 ^c	58,4 ^b
Canada	79,7 ^a	1,52 ^a	5,4 ^a	17,0	46,5
États-Unis	77,2 ^a	2,04	7,0 ^a	17,5	65,7 ^a
France	79,4	1,89	3,9	28,6 ^a	37,5 ^a
Norvège	79,5	1,80	3,4	26,0	42,7 ^a
Royaume-Uni	78,5	1,71	5,3	26,0	62,0
Suède	80,2	1,71	3,1	17,5	42,8

Dépenses de santé de sept pays membres de l'OCDE (2003)

	Dépenses totales en % du PIB	Dépenses publiques % dépenses totales de santé	Dépenses de santé par habitant (USD)	Dépenses totales en produits pharmaceutiques % dépenses totales de santé
Australie	9,3 ^a	67,5 ^a	2 699 ^a	14,0 ^a
Canada	9,9 ^b	69,9 ^b	3 003 ^b	16,9
États-Unis	15,0	44,4	5 635	12,9
France	10,1 ^b	76,3 ^b	2 903 ^b	20,9
Norvège	10,3 ^b	83,7 ^b	3 807 ^b	9,4 ^a
Royaume-Uni	7,7 ^a	83,4 ^a	2 231 ^a	15,8
Suède	9,2 ^a	85,3 ^a	2 594 ^a	13,1 ^a



RND D'autres favorisent l'idée d'un ticket modérateur. Qu'en pensez-vous ?

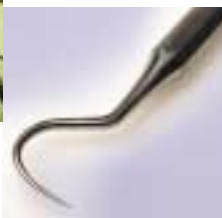
Il faudrait d'abord voir de quel type il serait. Contrôlerait-il l'accès au service public après un certain nombre de visites, en fonction des revenus des utilisateurs, selon le type de médicaments prescrits ? Plusieurs recherches sont en cours sur ce sujet. Toutefois, elles montrent à ce jour que restreindre l'accès aux services de santé a des effets dévastateurs sur les citoyens au statut socio-économique précaire. Toucher à l'accessibilité du système de santé, c'est un pensez-y bien.

RND Une plus grande ouverture au système privé vous semble-t-elle une menace à cette accessibilité ?

Le secteur privé représente déjà 30 % des dépenses totales du système. Une plus grande ouverture au secteur privé concernant les diagnostics pointus et les interventions spécialisées n'aidera en rien l'accès aux soins de première ligne. Et même si le privé devait faciliter l'accès aux services essentiels, ceux qui n'en ont pas les moyens resteraient exclus. Sans compter que, sur le plan professionnel, le même effectif devrait suffire aux besoins des deux secteurs.



© istockphoto / T. KIAN KHOON / J. RODRIGUEZ



Si nombre de médecins, d'infirmières et de techniciens mettent leur expertise au service du privé, je ne vois pas comment le système public pourra s'améliorer.

RND Pourtant, de nombreux pays européens se sont tournés vers un système parallèle de soins privés.

Oui, mais avec un accès souvent limité et hautement réglementé. De plus, dans la plupart de ces sociétés, les médecins ont le droit de pratiquer dans les deux systèmes, ce qui n'est pas le cas au Québec. Enfin, on peut établir quelques observations sur l'expérience de ces pays. Premièrement, ceux-ci ne peuvent affirmer après coup que la décision de s'ouvrir au privé était pour eux la meilleure chose à faire. Deuxièmement, leurs coûts globaux liés à la santé n'ont pas diminué. Troisièmement, il apparaît clair que la contribution du privé n'aide pas à régler les problèmes du public. Le système public doit être réformé de l'intérieur.

RND Pourquoi cela ?

Parce que système public et système privé fonctionnent différemment. Le premier se base sur les besoins des citoyens, alors que le second dépend de leur capacité de payer. En Angleterre, on a mis en place un système parallèle de soins privés dans le cadre d'une réforme de la santé qui dure depuis plus de 20 ans. Mais la majorité des gens n'ont pas délaissé le système public à la faveur du privé pour des raisons financières. Ainsi, un travail de l'intérieur même du système public a été

nécessaire pour obtenir des résultats positifs. Ajoutons qu'en Amérique du Nord, le privé a ceci de particulier qu'il est soumis à l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA). À ce titre, nous pourrions par exemple être l'objet de convoitise pour des assureurs américains. Une fois que la boîte de Pandore est ouverte, c'est difficile de la refermer.

« Il existe d'autres sociétés dont la pyramide des âges s'est inversée avant la nôtre sans effets catastrophiques sur leur système de santé. »

RND Que pensez-vous du jugement Chaoulli à cet égard ?

Deux aspects de cette affaire m'inquiètent. D'abord, le jugement lui-même. Il néglige le fait qu'accéder à une assurance privée comporte une part d'incertitude. Lorsqu'elles choisissent leurs clients, les compagnies d'assurances tentent de minimiser leurs risques en augmentant leurs profits. Même avec la possibilité d'en faire la demande, je ne suis pas sûre que M. Zeliotis aurait pu souscrire une assurance et recevoir des soins privés. Ensuite, la façon de parvenir à ce jugement, soit en l'absence de débat social, me laisse perplexe. Des juges se sont prononcés sur un sujet pointu, à partir d'une évidence partielle n'impliquant que deux individus. Pourtant, on devrait prendre ces décisions politiques en fonction de l'ensemble de la population. La cour est-elle vraiment le lieu pour ce faire ? J'en doute.

RND Même lorsqu'il s'agit de la réduction des listes d'attente ?

Je trouve lamentable cet accent qui est mis sur les listes d'attente, plus encore lorsqu'il s'agit de services non urgents comme dans le cas Chaoulli. Bien sûr, la situation de George Zeliotis nécessitait une intervention. Mais il ne s'agissait pas de soins de première ligne. De plus, en insistant sur les fameuses listes d'attente, on oublie qu'elles sont la manifestation d'un problème et non sa cause, qui elle, relève de l'organisation du système. C'est cette organisation qui devrait être modifiée de façon à ne plus entraîner ce résultat. Évidemment, voilà qui est politiquement plus complexe que de promettre la réduction des listes d'attente.

RND Comment se compare notre système de santé avec celui des États-Unis ?

La grande différence entre le système américain et le nôtre réside dans l'organisation de l'assurance. Dans un cas comme dans l'autre, l'assurance est la clé pour accéder aux soins de santé. Au Québec, elle est fournie par l'État. Aux États-Unis, les citoyens en sont responsables. La majorité des Américains y accède par l'intermédiaire de leur emploi, tandis que le gouvernement prend en charge les aînés, les personnes handicapées et les plus démunis. Or, parce qu'il n'y a pas d'entité qui chapeaute l'ensemble du système, ses coûts sont difficilement contrôlables. Le problème aux États-Unis réside justement dans le contrôle des coûts liés à la santé qui représentent environ 14 % du PIB, ce qui est énorme. De



« L'engagement premier de l'État moderne se traduit par la protection de ses citoyens. Le système de santé est la manifestation la plus directe de cet engagement. »

plus, les frais d'assurances privées étant très élevés, les citoyens ont de plus en plus de difficulté à s'en procurer et, par conséquent, à accéder au système de santé. À l'heure actuelle, 45 millions de personnes n'ont pas d'assurance. Par ailleurs, comme les soins de santé sont très chers, les assureurs tentent de contrôler leurs risques en sélectionnant leurs clients, et aussi en s'ingérant dans la pratique des médecins. Quant aux bénéficiaires de l'État, ils n'arrivent plus à se procurer des soins parce que les taux de remboursement du gouvernement sont moins intéressants pour les professionnels que ceux des compagnies d'assurances. Toutes ces difficultés proviennent du fait que le système américain est organisé sur le principe du financement et non sur celui des besoins.

RND Est-ce à dire que notre système est meilleur que celui des Américains ?

Disons plutôt que notre système a des effets positifs assez intéressants sur ses coûts de fonctionnement de même que sur la santé de la population. Il existe un lien direct entre le statut socio-économique des individus et leur santé. Un système basé sur la capacité de payer, comme celui de nos voisins du Sud, accentue la division entre la santé des nantis et celle des plus pauvres. Cette division existe au Québec, mais elle est plus ténue, en partie en raison de l'accès aux soins de santé.

RND Nous pouvons donc apprendre de ce qui se fait ailleurs ?

Tirer des leçons, oui, mais pas emprunter des modèles. Nos bases de comparaison sont trop différentes. Quant à notre propre modèle, celui dont nous aurons débattu en société et dont nous serons prêts à assumer les coûts et les conséquences, nous devons le construire nous-mêmes.

© istockphoto / A. TCHERNOV



« La santé, c'est avant tout une affaire de société. »

RND Le vieillissement de la population québécoise risque-t-il de bouleverser notre système de santé ?

Difficile de projeter pour demain comme si nous y étions. Un nombre incalculable de données peuvent modifier le portrait du futur en santé, la découverte d'un médicament contre le cancer par exemple. Cela dit, le vieillissement de la population entraînera certainement la révision des soins de longue durée. Il nous faudra aussi soutenir les plus vulnérables sans délaisser les autres membres de la population. Il y a là un défi, mais il n'est pas impossible à relever en modifiant la répartition des ressources. C'est une question d'organisation. À preuve, il existe d'autres sociétés dont la pyramide des âges s'est inversée avant la nôtre sans effets catastrophiques sur leur système de santé.

RND Mais ne croyez-vous pas que notre réaction est tardive au Québec devant ce phénomène ?

Je ne crois pas. Divers projets sont déjà en branle dont des investissements dans les soins de longue durée et les services de première ligne. La création des groupes de médecine familiale (GMF) fait partie de ces pas dans la bonne direction. Reste à savoir si la mise en œuvre de ces idées réussira à long terme.

RND De quoi dépend cette réussite ?

Elle dépend de deux choses. D'abord, il faut accepter que la restructuration du système ne réduise pas instantanément ses coûts de fonctionnement. Cela nécessitera sans doute des années, voire une génération, avant de constater les retombées positives de cette restructuration, qu'elles soient financières ou qu'elles concernent la santé des citoyens. Considérons cela comme un investissement. Celui-ci devra être au service non seulement des soins de première ligne, dont le lien avec la santé est évident, mais aussi de tous les déterminants sociaux qui ont un impact sur la santé, comme la pauvreté. Ensuite, les consommateurs des services de santé, tout comme ceux qui les prodiguent, devront accepter de changer leurs habitudes face au système afin d'assurer sa pérennité.



RND Une modification des habitudes de tous, n'est-ce pas trop demander ?

C'est ardu en effet. Cela demande du temps et des efforts. L'opération est plus facile quand la population est consciente de prendre part à un projet dont elle pourra tirer avantage. Malheureusement, dans les discours politiques, on nous parle du système de santé comme d'une bombe à retardement. Nos dirigeants sont en train de gérer une crise plutôt que de bâtir l'avenir. C'est dommage, les décisions prises dans un tel contexte risquent d'être mal comprises



D. CHABOT / © LE QUÉBEC EN IMAGES, CCDMD

**CLSC Saint-Louis-du-Parc,
Plateau-Mont-Royal,
Montréal 2002**

par les gens. Il faut pourtant faire attention de ne pas détruire ce qu'il leur reste de confiance envers ce système. Cela dit, on ne doit pas rejeter du revers de la main le jugement Chaoulli et le rapport Ménard. Les questions qu'ils soulèvent par rapport à l'accès aux soins de santé et à la pérennité de notre système méritent qu'on s'y arrête.

« Un système basé sur la capacité de payer, comme celui des Américains, accentue la division entre la santé des nantis et celle des plus pauvres. »

RND Le pouvoir de l'industrie pharmaceutique risque-t-il de changer le portrait du système de santé ?

Il est vrai que depuis quelques années, l'augmentation des coûts de la santé est liée en partie aux médicaments. Pas nécessairement leur prix ou l'abus de ceux-ci, mais bien le recours plus important à cette forme de traitement. Ce qui autrefois aurait nécessité interventions chirurgicales et hospitalisations se fait aujourd'hui par voie pharmaceutique. Certains médicaments agissent même sur des maux pour lesquels on ne connaissait aucun remède il n'y a pas si longtemps. Cela dit, les visées du système de santé et celles de l'industrie pharmaceutique sont-elles compatibles ? Il convient de rester prudent sur ce point. L'industrie pharmaceutique est formée de multinationales et d'intervenants puissants qui désirent

traiter les maladies tout en performant en affaires. Que ce soit dans le milieu de la santé ou ailleurs, ils ne laisseront pas des décisions se prendre sans intervenir.

RND Quels sont les enjeux immédiats de notre système de santé ?

Une chose est sûre, les besoins en santé vont toujours exister. Que l'État s'engage ou pas, ils seront toujours un énorme fardeau pour une société. Or, veut-on que ce fardeau soit assumé par les individus, par la collectivité ou par l'État ? Souhaitons-nous un système de santé qui fonctionne sur la base des besoins des individus, sur leur capacité de payer ou sur un mélange des deux ? La première chose à faire avant d'aller plus loin est de répondre à ces questions.

RND Sur quoi repose le futur de notre système de santé ?

Il repose sur sa réorganisation, et ce, sur trois plans : l'accès aux soins de première ligne, l'intégration du système et la continuité des soins. Avant de s'attarder au phénomène des coûts de santé, il faut se demander : qui va payer ? quels services veut-on offrir ? comment mieux organiser ces services en répondant aux besoins de tous ? Ces interrogations devraient être formulées par des leaders politiques, des organismes communautaires et des groupes d'intérêt dans la société. Notre système repose également sur notre capacité à agir sur les autres déterminants de la santé comme la pauvreté et l'éducation.



« Rappelons-nous qu'au-delà de l'accès aux soins, la santé d'une communauté dépend de l'engagement de chacun de ses membres. »

RND Vous parlez d'organismes communautaires et de groupes d'intérêt. Croyez-vous que la santé se prête à une mobilisation sociale, à l'image de ce qui se fait dans le cadre de la mondialisation, par exemple ?

Le système de santé nécessite justement ce genre d'engagement. La mise en commun des coûts de santé, c'est aussi un modèle de coopération dont nous sommes les acteurs, et ce, sur tous les plans. Par exemple, comme parents, on peut enseigner à nos enfants à bien manger. Cela aura une retombée évidente sur leur santé. Par contre, la modification du rapport entre le public et le privé aura un effet sur la volonté de participation des gens. En effet, jusqu'à quel point l'ensemble des citoyens voudront-ils unir leurs efforts dans le cadre d'un double système de santé qui permet un accès plus rapide aux soins à ceux qui ont plus d'argent ? Pourra-t-on compter sur la solidarité des bénéficiaires du privé pour assurer le fonctionnement du système public ? Rappelons-nous qu'au-delà de l'accès aux soins, la santé d'une communauté dépend de l'engagement de chacun de ses membres.

Quand 84 personnes d'ici donnent 50 \$,

Développement et Paix

80 femmes et enfants d'Afghanistan apprennent à lire et ont accès aux soins de santé.

1-888-234-8533
www.devpo.org

