

Une réforme du système de santé, peut-être! Mais d'abord, une mobilisation pour le maintien des acquis de la sécurité sociale

Georges Desrosiers

Université de Montréal

Le premier numéro de la revue contenait un article d'André-Pierre Contandriopoulos (1994) intitulé "Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statut quo impossible". L'auteur indique que les systèmes de santé des différentes provinces du Canada et en particulier celui du Québec sont en crise et que cette crise est à la fois une crise du financement, une crise de la régulation, une crise des savoirs et une crise des valeurs.

La crise financière, qui est commune à tous les pays développés, affecte la capacité de payer des états qui sont de plus en plus profondément endettés. Les revenus tirés des taxes sont bien inférieurs aux dépenses, dont celles qui sont affectées aux soins constituent une partie importante. Devant l'alternative d'augmenter les taxes ou de réduire les dépenses publiques, le choix se porte sur la réduction des dépenses, la mondialisation des marchés rendant difficile sinon impossible une augmentation des taxes qui rendrait le pays non-concurrentiel. Pour justifier cette politique, on invoque le fait que les dépenses de santé ne seraient pas créatrices de richesses. On affirme que le coût marginal d'opportunité des dépenses de santé est, pour la collectivité, très élevé, d'autant plus qu'à partir d'un certain niveau, l'efficacité des services de santé à améliorer la santé des populations devient très faible voire négative.

La crise de régulation s'exprime surtout par la confrontation de la logique bureaucratique axée sur la rationalisation et la logique professionnelle voulant mettre au service de la médecine tout l'arsenal diagnostique et thérapeutique qui se complexifie constamment et qui coûte de plus en plus cher. Quand l'auteur parle des professionnels, il fait référence sans le dire nommément, surtout aux médecins, qui dans notre système sont encore en bonne partie des entrepreneurs indépendants rémunérés à l'acte. Ce qu'il appelle la logique professionnelle pourrait être séparée en deux parties, la logique "des progrès scientifiques" favorisant l'application systématique de toute nouvelle connaissance médicale sans égard aux coûts qu'elle engendre et sans nécessairement en avoir testé l'efficacité, et la logique de l'entrepreneur indépendant qui cherche à maximiser son revenu, celle-ci se justifiant par celle-là. À ces deux crises s'ajoutent une crise de la connaissance et une autre des valeurs que l'auteur décrit.

L'envergure de la crise commande un changement des mentalités en ce qui concerne la santé et ses déterminants et non pas seulement un changement des structures. Ce changement doit être de nature à établir des équilibres dynamiques entre l'intérêt collectif et les intérêts individuels, le local et le central, l'équité et l'efficacité, les libertés profession-

nelles et le contrôle des organismes payeurs, la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, le sanitaire et le social, etc... Pour ce faire il faut, toujours suivant l'auteur:

«- maintenir l'universalité de la couverture et l'accessibilité des services grâce à un financement public du système de soins;

- garantir la liberté professionnelle des médecins;

- laisser à la population une grande liberté de choix;

- rendre transparents les processus des décisions aussi bien cliniques qu'administratives;

- s'assurer que les citoyens occupent une place centrale dans le système de santé;

- décentraliser les décisions sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé;

- et associer une grande autonomie sur les façons de faire à une obligation de rendre des comptes sur les résultats obtenus» (p. 20).

À une centralisation nécessaire du financement, serait associée une large décentralisation de l'administration des services. L'auteur fixe un certain nombre de paramètres à cette décentralisation. Par exemple, les unités géographiques auxquelles serait confiée la responsabilité des soins devraient être suffisamment petites pour que les acteurs perçoivent directement les conséquences des décisions qui sont prises et que l'ensemble des professionnels puissent se sentir conjointement responsables des services dispensés. Cependant, l'auteur ne va pas plus loin, il ne donne aucune idée de la grandeur de la population à desservir. Il indique que chaque unité sanitaire locale serait responsable de l'organisation et de la gestion de son système local de santé. C'est au niveau local que seraient discutés et réglés, d'une façon propre à chaque contexte, les questions relatives au paiement des professionnels, des établissements et des autres ressources, les articulations entre producteurs indépendants de soins et l'hôpital, les arbitrages entre les actions sanitaires et sociales, la question du degré d'intégration du système de santé, les relations entre le secteur sanitaire et les autres secteurs dont les actions influencent la santé. Par ailleurs, il recommande que le paiement des médecins ne soit pas fondé sur le nombre de services dispensés, comme dans le paiement à

l'acte, mais de façon globale sur la compétence professionnelle déployée durant le processus de soins. Il recommande aussi que la rémunération de l'activité professionnelle des médecins soit dissociée du financement des coûts de fonctionnement du cabinet ou de la clinique, ainsi que du financement et de l'amortissement des équipements. On peut se demander, à la lecture du texte, quel est le statut exact que l'auteur propose pour les médecins dans le système de santé qu'il préconise. En effet, on trouve habituellement deux types de statuts que peuvent avoir les médecins: celui d'entrepreneur indépendant ou celui d'employé d'un établissement ou d'une organisation. Le statut d'entrepreneur indépendant commande habituellement une rémunération à l'acte comme ce qu'on trouve au Canada ou encore une rémunération à la capitation comme cela existe pour les omnipraticiens en Grande-Bretagne. Le statut d'employé est habituellement lié au salariat ou à des variantes de celui-ci. Quand on parle d'autonomie de la profession médicale il faut faire une distinction entre l'autonomie technique et l'autonomie socio-économique. L'autonomie technique, c'est-à-dire la capacité de poser des diagnostics et de prescrire des traitements sans entrave de la part d'autorités qui n'ont pas la compétence pour juger de la qualité de ces actes, se retrouve habituellement aussi bien chez les médecins salariés que chez ceux qui sont des entrepreneurs indépendants. Par contre, l'autonomie socio-économique est liée au statut d'entrepreneur indépendant. On aurait souhaité que l'auteur soit plus explicite sur ces questions.

Je suis d'accord avec l'auteur sur l'importance de la crise financière qui affecte le système de santé et sur sa gravité ainsi que sur le besoin de maîtriser la croissance des dépenses de santé et dans certains cas de les réduire. Je suis aussi totalement d'accord avec lui sur la nécessité du maintien d'un financement public complet pour garantir l'universalité de la couverture et l'accessibilité des services.

Cette affirmation étant faite, l'auteur passe à sa proposition de décentralisation à laquelle il consacre la plus grande partie de la deuxième moitié de son texte. La décentralisation de l'administration du système de santé

constitue certainement un moyen important pour atteindre l'objectif d'amélioration de la santé de l'ensemble des citoyens à un coût raisonnable. Il faut cependant admettre au départ qu'au Canada, comparativement à d'autres pays, le processus est engagé depuis longtemps et même, on pourrait dire qu'il fait partie de l'essence du système politico-administratif qui nous régit. En effet, le financement est partagé entre les deux niveaux de gouvernement, fédéral et provincial. Les grandes orientations sont déterminées généralement par accord entre les gouvernements et l'administration est du ressort exclusif des provinces. Dans les provinces les plus peuplées comme l'Ontario et le Québec, il y a déjà en place depuis plusieurs décennies un processus de décentralisation et des structures régionales. Au Québec, notamment, le processus s'accélère depuis l'adoption de la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux en 1991.

S'il y a beaucoup de chemin parcouru, il en reste encore beaucoup à parcourir, j'en conviens avec l'auteur. Il ne faudrait pas cependant accorder une importance démesurée à la décentralisation comme moyen de changer radicalement les mentalités. Certaines suggestions de l'auteur me paraissent ne pas présenter la garantie des résultats qu'il espère. Ainsi, lorsqu'il propose que les questions relatives au paiement des professionnels soient gérées exclusivement par les unités locales, j'exprime des réserves sur le bien-fondé de cette mesure. Avant la centralisation à l'échelon provincial des négociations sur la rémunération du personnel sanitaire, au tournant des années 70, ces négociations se faisaient à l'échelon local avec le résultat qu'il se produisait une surenchère. En effet, les négociateurs syndicaux employaient la tactique d'obtenir les meilleures conditions possibles de rémunération dans l'unité locale qui constituait le chaînon le plus faible au titre des rapports de force, pour ensuite réclamer au nom de l'équité le même traitement ailleurs. Il ne faut pas penser que la nature humaine peut changer du fait de rapprocher les interlocuteurs au niveau local.

Ce qui, à mon sens, constitue le point le plus névralgique, ce qui menace l'existence

même du système de santé tel que nous le connaissons, est bien moins la crise de régulation, de connaissances et de valeurs que l'assaut sans précédent porté contre tout l'édifice de la sécurité sociale depuis une vingtaine d'années dans les pays développés par les forces réactionnaires au nom de la sacro-sainte compétitivité internationale.

Il est attristant de constater qu'à une époque où les sociétés développées produisent plus de richesses que jamais auparavant, la proportion des pauvres incapables de bénéficier de ces richesses est en croissance rapide.

À la faveur des transformations technologiques dont l'informatisation généralisée est une des dernières en date, et de la mondialisation de l'économie, ceux qui sont en position favorable pour mobiliser des capitaux nécessaires à l'introduction de ces nouvelles technologies et qui forment la classe dominante, reprennent allègrement le discours des tenants du libéralisme économique du début du XIX^e siècle en Angleterre qui affirmaient qu'il fallait réduire l'aide sociale (aujourd'hui la sécurité sociale), pour favoriser la mobilité de la main d'oeuvre et la compétitivité à l'échelle nationale (aujourd'hui internationale).

Il s'agit, à la fois, d'une lutte idéologique et politique, dont l'une influence l'autre. Elle est idéologique du fait qu'on mobilise tous les instruments de propagande qu'on peut pour convaincre la classe moyenne qui s'effrite graduellement par le bas depuis quelques décennies et la classe pauvre, qu'il y va de leur bien d'accepter de réduire la sécurité sociale pour favoriser la compétitivité de nos entreprises au plan international favorisant ainsi la création d'emplois générateurs de prospérité et de bonheur. L'expérience des dernières années démontre à l'envie qu'on perd les deux, la sécurité sociale et l'emploi, au profit des entreprises qui remplacent de façon accélérée la main d'oeuvre locale par la machine et là où cela est incontournable qui font appel pour le travail humain, à une main d'oeuvre à bon marché qui se trouve dans les pays en voie de développement.

Au plan politique, cette campagne idéologique favorise l'accès au pouvoir de partis conservateurs qui appliquent le remède désiré, la réduction des dépenses publiques dont la sécurité sociale constitue la partie la plus importante.

Pour pouvoir maintenir un financement public des soins et chercher des moyens pour rendre les services plus efficaces et plus efficaces comme la décentralisation, il faut d'abord une mobilisation de toutes les forces à l'échelon

local, national et international pour renverser le courant de privatisation à tout prix. Les organismes internationaux sont noyautés par ces forces conservatrices. Il faut donc que le mouvement en faveur de la protection de la sécurité sociale ait la même envergure. Si à l'échelle internationale on s'entendait pour adopter des mesures sur des minimums garantis, les entreprises nationales ou multinationales ne pourraient pas invoquer la compétitivité pour réclamer la privatisation des services de santé. Il faudrait un G.A.T.T. de la sécurité sociale.

Référence

Contandriopoulos, A.-P. (1994). Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures*, 1 (1), 8-26.

Biographie

Georges Desrosiers est médecin. Il détient une maîtrise en administration hospitalière de l'Université de Montréal et un certificat de spécialiste en santé communautaire du Collège des Médecins du Québec. Il a été directeur du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal de 1973 à 1981. Il est professeur titulaire dans ce même département. Son enseignement porte sur l'analyse des systèmes de santé et l'histoire de la santé publique. Son champ de recherche est l'histoire de la santé publique au Québec à laquelle il se consacre depuis une dizaine d'années.