



GCCSS

Groupe canadien pour un consensus en soins de santé

GCCSS commentaire numéro 1 • mai 2007

Santé

Pour des changements en profondeur

Par Claude Castonguay C.C., O.Q., LL.D, FSA
Basé sur un discours donné à l'institut économique de Montréal
le 16 mai 2007

La santé est une question bien particulière. Elle touche tous les Québécois sans exception. A elle seule elle accapare près de la moitié des dépenses du gouvernement. Lors de la dernière élection, les sondages ont confirmé une fois de plus que la santé est le principal sujet d'inquiétude des Québécois.

Depuis 2003, le ministère de la santé a été dirigé par un ministre compétent et respecté sous lequel nombre de mesures ont été prises pour solutionner les problèmes les plus pressants, notamment pour améliorer l'accès aux soins. Au cours des quatre dernières années, les dépenses annuelles de santé sont passées de 19,0 à 23,6 milliards, soit une augmentation de 24% en quatre ans. Par rapport à 2003, c'est 4,5 milliards de plus chaque année.

Les membres du Groupe canadien pour un consensus en soins de santé (GCCSS) ont uni leurs forces afin de constituer une tribune pour discuter de plans audacieux, réfléchis et pratiques pour une véritable réforme du système de santé et démontrer qu'il existe bel et bien un consensus naissant entre des observateurs convaincus de la nécessité de la réforme sur la direction que doit prendre une véritable réforme. Le GCCSS, sous l'égide de l'Atlantic Institute for Market Studies (AIMS, www.aims.ca), se compose de médecins praticiens, d'anciens ministres de la santé, d'anciens présidents de l'Association médicale canadienne et d'associations provinciales de médecins et d'hôpitaux, d'universitaires et de spécialistes en politique des soins de santé qui ont tous signé la Déclaration de principes.

Cet article est le premier d'une série de documents de travail préparés pour le GCCSS, qui visent à contribuer à ce nouveau débat. Ces articles ne représentent pas la position officielle du Groupe et ne sont pas des documents de consensus; leur but est plutôt de servir de point de départ pour le débat, qui aura lieu en partie sur le site Web du Groupe (www.consensusgroup.ca). Les premiers articles traiteront de certains aspects du débat « public-privé », tandis que les suivants considéreront des questions soulevées dans le premier document officiel du Groupe.

Malgré cette injection massive de fonds publics, il n'y a évidemment pas une amélioration correspondante dans le volume et la qualité des soins et services. Une telle croissance des dépenses, qui gruge sur les autres missions du gouvernement et qui ne peut qu'accélérer avec le vieillissement de la population, est clairement insoutenable pour si peu de résultats.

Il faut accepter l'évidence, dans son état actuel, notre système de santé ne parvient pas à répondre à la demande. Un nombre élevé de Québécois de tous âges en subissent quotidiennement les conséquences. Il ne se passe guère une semaine sans que les médias ne fassent état d'une situation inacceptable. La conclusion m'apparaît évidente, il faut aller au delà des solutions ponctuelles et du colmatage en réponse aux problèmes qui ne cessent de faire surface. Depuis trop longtemps, les correctifs apportés ont toujours visé à combler à coût de milliards les brèches dans le système. Des changements fondamentaux s'imposent.

Pour moi, la santé c'est ce qu'il y a de plus important, c'est notre plus grande richesse qu'il faut protéger et mettre en valeur. Selon ma façon de voir, la question revêt une telle importance qu'elle se situe au-delà des allégeances politiques. On comprendra ma profonde déception devant la situation actuelle. Ce qui m'importe c'est de montrer qu'il est possible d'apporter des changements capables de rétablir l'équilibre.

Voyons ce qui se passe à l'extérieur. Une première constatation s'impose, tous les pays évolués sont confrontés par les mêmes pressions. Comme ils ont tous, sauf les Etats-Unis, des régimes publics dont l'objectif est d'assurer un accès universel aux services de santé, ils cherchent tous à répondre aux pressions sur la demande, qui ne peuvent qu'augmenter avec le vieillissement de la population, tout en freinant la croissance des dépenses publiques. Le changement en matière de santé est inévitable et ne découle en aucune façon de considérations idéologiques de droite ou de gauche.

Nous pouvons heureusement bénéficier de l'expérience des pays de l'Union européenne. En effet, bien que la santé soit difficilement abordable au plan politique, la grande majorité de ces pays ont eu suffisamment de maturité pour répondre aux attentes de leurs populations et apporter des changements en profondeur.

Leur expérience démontre que de nombreux changements pourraient être apportés pour améliorer la performance de notre système de santé tout en ramenant la croissance des dépenses publiques à un niveau supportable. Bien qu'ils soient généralement inter reliés, je les ai regroupés sous trois titres soit, la gouvernance du système, les ressources et leur utilisation et, enfin, les options de financement.

La santé c'est ce qu'il y a de plus important, c'est notre plus grande richesse qu'il faut protéger et mettre en valeur.

La gouvernance du système

Selon l'OCDE, accroître l'efficacité du système de santé est un élément essentiel dans l'effort de concilier l'augmentation de la demande de soins avec les contraintes du financement public. Ce qui signifie que pour accroître l'efficacité, il ne faut pas simplement réduire les coûts mais bien changer la manière de dépenser. Il s'agit d'améliorer la qualité et le volume de soins sans augmenter les coûts et obtenir ainsi davantage pour les ressources financières allouées. L'aspect de la gouvernance du système de santé a donc une importance particulière.

Dans un rapport de 2004, l'OCDE présente une évaluation des réformes apportées au cours des dernières années. De façon générale, pour le financement des hôpitaux et la rémunération des médecins et autres prestataires, le système de remboursement des coûts, qui encourage l'inefficacité, a été remplacé par un système de tarification à l'activité ou d'achat de services qui encourage la productivité. Les résultats obtenus sont significatifs. De plus, pour améliorer davantage les résultats souhaités en termes de qualité et de volume de soins, certains pays ont commencé à introduire des incitations en offrant des bonifications aux prestataires qui atteignent certains objectifs.

Dans les systèmes où le financement et la prestation des soins sont de responsabilité publique, comme dans le système québécois, les mesures prises pour effectuer une séparation entre les payeurs et les prestataires, de façon à permettre par le jeu de la motivation de produire des gains d'efficacité, se sont d'une manière générale révélées efficaces. La séparation entre les payeurs et les prestataires a permis de mieux adapter les incitations aux objectifs dans le cadre de contrats, de décentraliser l'adoption de décisions, d'introduire une plus grande concurrence entre les prestataires et d'établir des mesures comparatives de la performance des hôpitaux.

Voyons dans cette perspective l'expérience de la Grande Bretagne et de la France dont les systèmes nous intéressent de façon particulière.

On sait que le système britannique était devenu un modèle et même un symbole d'inefficacité. Au cours des années 1990, le système a fait l'objet d'une réforme selon les grandes lignes que je viens d'esquisser. Selon l'OCDE, le problème des listes d'attente s'est estompé et tout indique que les résultats d'ensemble sont très positifs.

Le système de santé français est composé d'un système public et d'un secteur privé qui fonctionne selon les principes du marché comme aux Etats-Unis. Les atouts de ce système sont la qualité des soins, la liberté de choix et l'égalité dans l'accès. Des réformes ont été proposées mais, face aux résistances, sont restées lettre morte.

Devant la montée des coûts, les cotisations et les contributions des usagers ont été augmentées à plusieurs reprises. Malgré ces augmentations, les déficits du système de santé continuent de croître et sont considérés comme le problème majeur des finances publiques françaises. Selon les auteurs du rapport sur la santé

de l'OCDE, l'injection répétée d'argent n'a fait que reporter à plus tard les réformes qui s'imposent. On se croirait au Québec

Voyons comment des changements de même nature pourraient être effectués dans le système québécois.

Les composantes fondamentales de notre système, soit les soins hospitaliers et les soins médicaux, sont publiques et entièrement financées par le gouvernement. La radiologie en cliniques privées constitue la seule exception significative. Notre système constitue donc essentiellement un monopole.

Dans notre système de santé, le ministère de la santé assume toutes les fonctions. Il est responsable de l'élaboration des politiques et des programmes, de la répartition des ressources financières et du contrôle sur leur utilisation et de l'évaluation de la performance du système et de ses constituantes. Il est à la fois juge et partie et ne partage ses pouvoirs avec aucune autre instance.

La Régie de l'assurance maladie est essentiellement un agent-payeur qui applique les ententes conclues par le ministère dans le cadre des régimes d'assurance maladie et d'assurance médicament. Elle a été créée uniquement pour établir une distance entre le ministère et les médecins qui craignaient les contrôles et l'ingérence de ce dernier.

Les hauts fonctionnaires du ministère de la santé ont transformé notre système en une lourde et coûteuse bureaucratie. Le pouvoir est totalement centralisé entre leurs mains à Québec et ne laisse aucune initiative aux responsables des services. Protégés par leur anonymat, ils demeurent insensibles face aux souhaits des citoyens qui veulent avoir une liberté de choix légitime quant à leur santé. Ce qui leur importe avant tout, c'est de garder un contrôle rigide sur le système.

Au plan de la gouvernance, le changement le plus significatif qui devrait être apporté dans notre système est la séparation des rôles d'acheteurs et de pourvoyeurs de soins. Cet important partage de fonction pourrait s'effectuer en confiant la fonction d'acheteur des soins hospitaliers et ambulatoires à la régie. Elle aurait la responsabilité d'acheter les soins au meilleur coût en tenant compte de normes de qualité.

La régie devrait assumer également la fonction d'évaluation de la performance des établissements du système, soit les centres hospitaliers, les CLSC et les cliniques financées principalement par l'État. Suite à une telle division, le ministère continuerait d'être responsable des fonctions essentielles du système. Il conserverait l'élaboration des politiques de santé, des programmes de prévention et d'éducation sanitaire, de planification et d'établissement des priorités et du contrôle ultime de la qualité des soins.

Le nouveau concept d'achat de soins aurait des effets indirects non négligeables. Il provoquerait d'une part une certaine décentralisation au niveau des établissements. Ce serait le renversement d'une tendance toujours plus prononcée et paralysante vers la centralisation dans notre système de tous les pouvoirs de décision au niveau du ministère. La nouvelle séparation des fonctions aurait,

Au plan de la gouvernance, le changement le plus significatif qui devrait être apporté dans notre système est la séparation des rôles d'acheteurs et de pourvoyeurs de soins.

d'autre part, pour effet d'atténuer la trop grande politisation de notre système.

Bref, le partage de fonctions proposé entre le ministère et la régie permettrait à notre système de santé de s'engager, à l'instar de nombreux pays de l'Union européenne, dans la voie d'une réforme vraiment prometteuse à moyen et à long terme.

Les ressources et leur utilisation

Les cliniques médicales

Tous les rapports des dernières années sur la santé ont insisté sur l'importance d'un réseau efficace de cliniques médicales de soins ambulatoires afin d'améliorer l'accès aux soins, à moindre coût, et de désengorger les hôpitaux et les recentrer sur leurs missions premières. Confrontés par les mêmes problèmes d'accès et de contraintes financières, la plupart des pays de l'OCDE ont pris cette voie.

Au Québec, les données sur les cliniques médicales sont plutôt fragmentaires. Elles se développent naturellement là où les pressions sur le système de santé sont les plus fortes, notamment à Montréal et dans sa périphérie. Aucun modèle ne devrait à priori être privilégié. Celles qui offrent les meilleures garanties aux points de vue de la qualité, du coût des services et de leur adaptation au milieu devraient être mises sous contrat.

La régie, conformément à sa mission d'acheteur de services, aurait la responsabilité de mettre en œuvre cette approche avec comme objectif le développement de réseaux de cliniques animées d'équipes professionnelles motivées et dotées des meilleurs équipements en terme de soins et de gestion administrative. Une telle orientation est d'autant plus justifiée qu'il y a pénurie d'effectifs médicaux et infirmiers. Il importe en conséquence de leur permettre de pratiquer avec le maximum d'efficacité et dans des conditions compatibles avec leurs responsabilités.

Le développement ordonné des cliniques médicales exige que toute la question des frais accessoires soit clarifiée dans les meilleurs délais possibles. En l'absence de règles précises, les dangers d'abus et de dérapages sont évidents. Il ne faudrait pas que le développement de cliniques selon différents modèles soit discrédité par les abus de quelques intervenants dénués de souci pour l'éthique médicale.

Enfin, il me semble que des incitatifs financiers devraient être offerts pour favoriser l'achat des équipements et des systèmes d'information essentiels au bon fonctionnement des cliniques. De tels incitatifs me paraissent aussi justifiés et même davantage que ceux offerts à toute une gamme d'entreprises qui produisent des services et des biens non essentiels.

Les ressources hospitalières

Dans une perspective d'utilisation optimum des énormes ressources consacrées à

la santé, un changement de politique à l'égard des équipements hospitaliers s'impose. Nos ressources hospitalières (blocs opératoires, équipement de laboratoire et de radiologie, etc.) sont en effet nettement sous utilisées. Elles constituent des investissements majeurs qui, dans bien des cas, ont une vie utile limitée compte tenu de la rapidité des progrès technologiques. En les rendant accessibles à la pratique privée le soir et les fins de semaine, elles pourraient à la fois générer des revenus additionnels pour le système public et, en ce faisant, réduire la demande de soins et les temps d'attente.

Les administrations devraient être incitées à s'engager dans cette voie. Il en résulterait pour elles des revenus additionnels de même que pour les médecins, les infirmières et les autres personnels. Le fait qu'un tel changement présente certaines difficultés ne constitue pas une raison suffisante pour rejeter cette option.

Les options de financement

Suite à l'arrêt de la Cour suprême dans la cause Chaoulli, le ministère de la santé et des services sociaux a publié au début de 2006 un document de consultation intitulé Garantir l'accès. Deux questions y étaient abordées, celle de l'accès aux soins et celle du financement qui constitue le problème fondamental du système. Plus précisément, comment composer avec des dépenses qui croissent sans relâche plus rapidement que notre richesse collective et que les

revenus de l'état. Malgré l'urgence de la question, depuis la publication du document, le gouvernement n'a apporté aucun changement au plan du financement du système.

Selon le document du ministère, au cours des vingt dernières années, l'écart négatif entre les revenus de la fiscalité et les dépenses de santé s'est systématiquement élevé à plus de 1% par année. Cet écart répétitif a fait en sorte que les dépenses de santé ont accaparé une part toujours croissante des budgets du gouvernement au détriment en quelque sorte des autres missions de l'état qui, dans certains cas, souffrent gravement de ressources insuffisantes. Pensons uniquement à l'éducation et aux infrastructures. En 2005-6, les dépenses de santé ont accaparé 43% des dépenses de programme et rien ne permet de croire que la tendance à la hausse va cesser. Au contraire, les progrès technologiques et le vieillissement de la population vont plutôt accélérer leur croissance. Il s'agit là d'une situation nettement intenable.

Comme tous les pays industrialisés sont confrontés par une situation analogue, un examen des solutions apportées dans d'autres juridictions présente un intérêt certain. Par un heureux hasard, l'OCDE a récemment terminé l'étude la plus complète jamais réalisée sur les systèmes de santé de ses 30 pays membres. Grâce à cette étude très élaborée, il nous a été possible d'analyser de façon rigoureuse les régimes de ces pays et les solutions qu'ils ont apportées au problème du financement. Cette vaste étude a le mérite d'apporter un éclairage nouveau et objectif sur des questions qui font depuis trop longtemps l'objet de débats stériles.

Elle nous a permis d'examiner les trois options les plus largement discutées au Québec, soit les contributions des usagers, un régime d'assurance contre la perte d'autonomie et l'assurance privée.

Les contributions des usagers

Faire participer les usagers des systèmes de santé à leur financement est une politique appliquée dans plus de 50% des pays de l'OCDE pour les services de santé et dans plus de 90% pour ce qui est des médicaments. Les tarifs sont en moyenne de 15\$ CAN. par visite chez les médecins et de 17\$ par jour pour les services hospitaliers.

L'imposition d'une contribution des usagers soulève la question de l'équité et de l'effet sur l'état de santé. On a constaté que la demande de services de santé diminue avec l'imposition de contributions des usagers. Il est intéressant de constater que l'impact des contributions est plus marqué sur la demande pour des problèmes mineurs tels les rhumes et les blessures légères. Or, dans tous les régimes étudiés, la nécessité d'offrir une couverture universelle pour les soins essentiels est une valeur reconnue. Pour cette raison, la majorité des pays limitent les contributions annuelles des participants et ou exonèrent les plus vulnérables afin d'assurer une équité d'accès. L'étude de l'OCDE montre que la santé des populations assurées par des régimes qui imposent des contributions n'est pas moins bonne que celle des populations assurées par régimes entièrement gratuits.

Les analyses sur l'équité horizontale montrent qu'il y a peu d'iniquité envers les pauvres dans les systèmes de santé des membres de l'OCDE. Il apparaît que pour les consultations auprès des généralistes et des services hospitaliers, l'iniquité d'accès favoriserait plutôt les plus pauvres que les plus riches. Lorsqu'il existe une certaine iniquité, elle s'applique aux consultations auprès de spécialistes.

Si on regarde froidement l'expérience des pays européens, il faut conclure que le Québec devrait introduire une politique de contributions des usagers dans le but de (1) responsabiliser davantage les personnes dans leur utilisation des services de santé et (2) dégager une marge de manœuvre au plan du financement. Cette politique devrait nécessairement comprendre le remboursement ou l'exonération des frais pour les personnes les plus vulnérables.

A court terme, cette approche ne peut toutefois être envisagée. L'introduction d'une telle politique, bien que souhaitable, demeure impossible tant que la Loi canadienne sur la santé n'aura pas été modifiée.

L'assurance contre la perte d'autonomie.

Le financement de l'accroissement des dépenses de santé pour répondre aux pressions sur la demande engendrée par le vieillissement des populations est un enjeu qui préoccupe tous les pays de l'OCDE et pour lequel aucune solution évidente n'a encore émergée.

Les quelques pays qui ont opté pour un régime contre la perte d'autonomie l'ont fait il y a un certain temps de sorte que l'accumulation de fonds pour financer ces programmes a débuté avant que le vieillissement de la population ne se fasse sentir. Malgré l'accumulation d'un fonds de réserve, ces pays envisagent présentement de modifier leurs programmes à cause des pressions trop fortes qu'ils exercent sur les dépenses publiques.

L'expérience des pays de l'OCDE confirme le bien fondé de la conclusion à l'effet que, dans le contexte québécois actuel, l'introduction d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie est clairement contre-indiquée. Il serait inacceptable et inéquitable que les baby-boomers transfèrent, en plus de notre énorme dette publique, le fardeau d'un tel régime sur les générations montantes.

Certains pays ont décidé de financer ces services à même les fonds généraux alloués à la santé. Ils ont toutefois accompagné cette stratégie de mécanismes visant à accroître l'efficacité du système et, dans quelques cas, ils ont introduit un test d'admissibilité à caractère financier au régime public.

Une telle approche devrait être retenue au Québec. Elle devrait avoir comme objectif de concentrer les ressources financières sur les services prioritaires et sur les besoins les plus grands et comprendre, pour les personnes vulnérables, un programme d'aide aux aidants naturels. Compte tenu des inévitables contraintes budgétaires, l'admissibilité à ces services devrait soumise à un test de revenu et les services couverts devraient être clairement identifiés.

Les assurances privées

Le Québec est l'une des seules juridictions où le rôle de l'assurance santé privée est limité à offrir une couverture des services non assurés par le secteur public. Pourtant, il est intéressant de constater que rien ne permet d'affirmer que l'accès aux soins de santé, dans les pays où l'assurance privée occupe une place importante dans le financement de la santé, est inéquitable envers les plus pauvres. Dans la majorité des pays, les systèmes de santé sont universels ou quasi universels et l'objectif de l'universalité d'accès est généralement de garantir un accès équitable à tous.

Selon l'OCDE, l'assurance maladie privée est l'un des nombreux instruments qui peuvent contribuer à améliorer la réactivité des systèmes de santé, faciliter la concrétisation des objectifs de santé des pouvoirs publics et répondre aux demandes des consommateurs et de la société.

Au Québec, es assurances privées offriraient un potentiel intéressant pour accroître le financement de la santé et diminuer les pressions sur le système public. Elles donneraient aux citoyens une liberté de choix, ce qui est fondamental. La prohibition sur l'assurance privée devrait être levée d'autant plus qu'il y a de bonnes raisons de croire qu'elle a été invalidée par l'arrêt Chaouli de la cour suprême. Toutefois, comme nous l'avons déjà signalé, l'obtention de résultats positifs est conditionnelle à un environnement réglementaire propice au développement de son plein potentiel et à l'élimination de pratiques indésirables.

Notre système de soins hospitaliers et médicaux constitue un monopole.... Pour briser ce monopole, un changement capable d'engendrer un nouveau paradigme s'impose.

Un nouveau paradigme

Notre système de soins hospitaliers et médicaux constitue un monopole. Il est imprégné à tous les niveaux de la culture propre aux monopoles. Une culture qui est fermée sur l'extérieur, imperméable aux véritables changements, à l'adaptation et l'innovation et qui favorise l'inefficacité. Pour briser ce monopole, un changement capable d'engendrer un nouveau paradigme s'impose.

Présentement, à l'exception de la radiologie, les médecins doivent soit participer dans le système public ou être désengagé. Cette cloison étanche doit disparaître autrement le monopole que constitue notre système de santé va demeurer intact. Mais est-ce possible sans que le privé ne cannibalise en quelque sorte le public?

La coexistence de services publics et privés dans les pays de l'OCDE démontre qu'il est possible d'établir un sain équilibre entre les deux au moyen d'un encadrement approprié. Dans ces systèmes, de façon générale, les médecins doivent s'acquitter d'obligations bien définies dans le cadre du système public comme prérequis leur permettant de dispenser des soins privés. Ces conditions peuvent prendre la forme d'un nombre d'heures minimum de soins par semaine ou par mois. Elles peuvent également consister en une limite sur les revenus que les médecins peuvent recevoir dans le privé. De nombreux exemples montrent qu'il est possible d'établir des contrôles efficaces tout en évitant l'introduction de lourds contrôles bureaucratiques.

Des normes d'éthique afin d'éviter les conflits d'intérêt possibles et pour assurer à tous un traitement équitable seraient évidemment nécessaires. De telles normes relèveraient de la compétence du Collège des médecins.

Enfin, compte tenu du contexte actuel, il me semble que les médecins devraient réévaluer la nature de leurs rapports avec le gouvernement. Dans l'état actuel et prévisible des choses, pour obtenir de meilleures conditions de pratiques et un niveau de rémunération concurrentiel avec l'extérieur, ils doivent faire appel à des moyens de pression difficilement conciliables avec leur engagement et leur statut professionnel. Les médecins placent de plus le gouvernement dans une position impossible lorsqu'ils réclament des augmentations de rémunérations qui excèdent le niveau que l'état peut accorder aux travailleurs des secteurs public et parapublic. Ne serait-il pas plus approprié de leur part de plaider pour une plus grande liberté professionnelle et pour obtenir l'accès à de nouvelles sources de revenu.

Enfin, même si les rapports des infirmières avec le gouvernement ne sont pas exactement de la même nature, il me semble qu'une réévaluation de ces rapports serait tout à fait justifiée. La société reconnaît bien davantage le fait que le bon fonctionnement de nos établissements repose dans une large mesure sur elles. Cela 24 heures sur 24 et 365 jours par année.

La Loi canadienne sur la santé

Tout comme notre système de santé, la Loi canadienne sur la santé qui l'encadre a besoin d'être adaptée et précisée. Dans sa formulation actuelle, la loi canadienne

Le besoin de moderniser la Loi canadienne sur la santé est pressant.

freine sinon bloque les changements qui s'imposent.

La loi défend l'imposition de frais aux usagers et prévoit même de sévères pénalités à cet égard. Alors que le gouvernement fédéral finance moins du quart de notre système de santé, il maintient cette prohibition introduite alors qu'il assumait la moitié des coûts.

Le caractère punitif de la loi est tout à fait contraire à l'esprit de coopération qui devrait exister entre les niveaux de gouvernement dans un domaine si crucial. C'est un héritage d'une époque révolue où Ottawa voulait imposer sa façon de voir dans la plupart des domaines de juridiction provinciale.

Le besoin de moderniser la Loi canadienne sur la santé est pressant. Le Québec qui a souvent fait figure de pionnier en matière de politique sociale devrait prendre l'initiative à cet égard. Il répondrait à un vœu de la population et serait appuyé par plus d'une province.

De nouvelles orientations

L'avenir de notre système de santé est une question fondamentale. Si les changements nécessaires ne sont pas apportés, notre système ne pourra survivre. Voilà une certitude à laquelle nous ne pouvons échapper.

Le monopole que constitue notre système de santé est imbu d'une culture absolument réfractaire au changement. Ce monopole doit être brisé pour faire place à l'innovation, au dynamisme et à la performance seuls capables de protéger le caractère universel de notre système de santé. La situation de crise chronique a assez duré. Les adversaires du changement, qui se font de plus en plus rares, ne peuvent plus ignorer ce qui se fait à l'extérieur et se réfugier derrière le spectre de la médecine à deux vitesses.

Les quelques propositions suivantes, qui s'inspirent de l'exemple des pays européens et qui n'ont rien de révolutionnaires, permettraient de sauvegarder notre système de santé et, ce qui est essentiel, son caractère universel.

1. L'attribution à la Régir de l'assurance maladie des fonctions d'acheteur de soins et d'évaluation de la performance des établissements.
2. Le développement accéléré de cliniques médicales dans les endroits où les besoins sont les plus grands et selon le modèle qui offre les meilleures garanties aux points de vue de la qualité, du coût des services et de l'adaptation au milieu desservi.
3. L'optimisation de l'utilisation des équipements hospitaliers.
4. Une politique de couverture des services pour les personnes en perte d'autonomie visant à concentrer les ressources sur les services prioritaires et sur les besoins les plus grands et comprenant, pour les personnes vulnérables, un programme d'aide aux aidants naturels.

5. L'abolition de la prohibition à l'égard de l'assurance privée.
6. L'abolition de la cloison entre le public et le privé.
7. La révision de la Loi canadienne sur la santé.

Ces propositions qui constituent un véritable programme visent essentiellement à protéger le caractère universel de notre système de santé tout en ramenant la croissance des coûts du secteur public à un niveau soutenable. Ceux et celles qui réussiront à briser le carcan qui étouffe notre système de santé et grève toujours davantage nos finances publiques auront rendu un immense service aux Québécois.

Claude Castonguay C.C., O.Q.
Fellow invité au Cirano
Montréal, Avril 2007

Claude Castonguay, CC, OQ, LL.D, FSA

Haut fonctionnaire, politicien et dirigeant d'entreprise fort respecté dont la carrière s'étend sur plus de quatre décennies, Claude Castonguay a dressé les plans d'un nouveau programme québécois de santé et de bien-être social entre 1966 et 1970 - à l'apogée de la Révolution tranquille.

Élu à l'Assemblée nationale du Québec en 1970, Claude Castonguay devient ministre de la Santé et des affaires sociales et il assume la responsabilité de la mise en œuvre du programme qu'il a élaboré.

Il a été chef de la direction de la Corporation du Groupe La Laurentienne de 1982 à 1989 et président du conseil d'administration du Conference Board of Canada de 1989 à 1990. Claude Castonguay a été nommé Compagnon de l'Ordre du Canada en 1974 et officier de l'Ordre national du Québec en 1991. Il a siégé au Sénat canadien de 1990 à 1992.

Claude Castonguay a reçu un doctorat en droit civil *honoris causa* à la Bishop University ainsi qu'un doctorat en droit *honoris causa* des universités McGill, Toronto, Manitoba, Laurentienne, Concordia, Western Ontario et d'York.

Groupe canadien pour un consensus en soins de santé

www.consensusgroup.ca