

## Conférence du 16 Mars 2010

\*\*\*

### **Systèmes de santé et allocation des ressources: du collectif à l'individuel Réflexion sur les modèles de gestion des tensions**

Patrick A. Molinari, MSRC

\*\*\*

Des précautions de circonstance sont nécessaires pour comparer les systèmes de santé canadien et français.

Il existe certainement une vertu de l'approche comparatiste : l'état de santé du Canada est grosso modo comparable à celui de la France et de l'ensemble des pays développés. Cependant les prismes médiatiques (presse grand public) mettent en valeur les dysfonctionnements du système de santé ce qui, vu du Canada, pourrait en donner une vue biaisée et défavorable.

L'exposé de M. Molinari se déroule en trois volets :

- I. Description sommaire du système canadien vu du Québec
- II. Lecture judiciaire des modalités d'allocation des ressources
- III. Hypothèses sur l'équilibrage de l'individuel et du collectif

#### **I. Le système canadien de santé :**

Le système est (contrairement à celui de son voisin, les USA) de nature bismarckienne (cf. sur cette notion la conférence de M. Le Pen). La compétence législative en matière de soins de santé relève des provinces mais les régimes mis en place dans chacune est assez homogène. Au Québec, par exemple, près de 47% des recettes fiscales sont affectées à la mission santé. Les dépenses totales dans ce secteur sont d'environ 9% du PIB.

Le système est quasi exclusivement public et l'apport de l'initiative privée se limite aux dysfonctionnements ou aux insuffisances du secteur étatique; la puissance publique a la maîtrise du fonctionnement et interfère très en aval de son rôle strictement politique; il contrôle entièrement les apports du privé. Cependant, alors que le système est collectif, les médecins (des hôpitaux) ne sont nullement fonctionnaires et savent promouvoir leurs droits.

Les réseaux de santé sont organisés selon les mêmes modes de planification en quatre catégories d'établissements :

Les hôpitaux (qui représentent la porte la plus fréquente de l'entrée dans un réseau de soins)

Les services soins de suite et de réadaptation

Les structures « de proximité »

Les établissements pour personnes âgées.

Les énoncés de droit sur l'accès aux soins et aux régimes sociaux en général sont extrêmement généreux et ont pour doctrine une union du sanitaire et du social.

## II. Lecture judiciaire :

Le discours social est codifié par une charte constitutionnelle des droits fondamentaux. L'existence de cette charte justifie une détermination judiciaire de la validité des décisions d'allocation de ressources lorsque celles-ci sont susceptibles de porter atteinte aux droits protégés.

### *Le droit à l'égalité:*

Le choix du panier de services rendus disponibles) est déterminé judiciairement (arrêts *Auton* 2004 et *Eldridge* 1997) : la Cour Suprême estime que la mise à disposition d'interprètes pour les sourds-muets n'est pas du domaine de la responsabilité de l'état mais de celui de l'hôpital. En revanche, elle reconnaît la discrétion politique, en amont, de déterminer que tel ou tel autre service de santé sera pris en charge.

### *Le droit à l'intégrité physique:*

Les listes d'attente (arrêt *Chaoulli* 2005) à certains soins (ex : prothèses totales de hanche) sont influencées par l'allocation prioritaire de ressources aux services concernés.

Ceci a gauchi quelque peu le principe général d'interdiction de l'assurance privée en matière de santé : puisque l'état n'était pas toujours en mesure de raccourcir les délais d'attente, les tribunaux ont admis que le droit à l'intégrité physique des plaignants était bafoué et ont permis l'aménagement de portes entrées par la voie privée : celles-ci restent néanmoins très étroites, quitte pour l'état à indemniser les patients ayant subi un dommage.

## III. Hypothèses et questionnement sur l'équilibrage du collectif et de l'individuel

Au Canada comme ailleurs la nécessaire optimisation des soins de santé finit par poser la question : quels soins financer et à quel stade : ne serait-il pas efficace d'agir en amont et d'investir plus sur la prévention (obésité, par exemple) et moins sur les soins curatifs?

Quel doit être *in fine* le rôle de l'état : celui-ci ne verra-t-il pas son rôle se rétrécir à celui d'un gestionnaire de la santé (qu'en sera-t-il quand 60% des recettes fiscales seront affectées au fonctionnement du système) ?

L'omniprésence de l'état dans la détermination de la politique de santé ne représente-elle pas une irruption indue dans le colloque singulier soignant/ soigné?

Le système de valeurs sous-jacent n'est-il pas à réinterroger? Exemple : la disproportion de moyens affectés aux soins périnataux et aux soins de fin de vie tels les soins palliatifs.

### **Conclusion :**

La santé paraît gratuite alors qu'elle ne l'est pas.

La santé devient un bien de consommation y compris pour les 25% de Québécois qui ne paient pas d'impôts sur le revenu et ne participent donc pas directement au financement.

La (fausse) gratuité des soins de santé ne conduit-elle pas à une déresponsabilisation générale, forcément inflationniste?

Mais un système idéal existe-t-il et ne faut-il pas admettre que l'institution soit « sous tension » et se perfectionne à la constatation de ses propres dysfonctionnements?