

Docteur Jean Réal Brunette md



SANTÉ

*un problème socioculturel
avant d'être budgétaire*

HUMANITAS

Docteur Jean Réal Brunette md

Santé

*Un problème socioculturel
avant d'être budgétaire*

À Denise Gallant, miroir de mes réflexions
et au docteur Marian Zaharia,,pour
l'aiguillon de sa riche amitié

Table des matières

1-Le marasme actuel en Santé

1-Un problème socioculturel avant d'être budgétaire

Révolution, involution-Virages sociaux ou dérapages? - La convenance politique - Grandes idées, illusions perfides - La soumission au chamanisme administratif

2-Considérations sur les composantes de la distribution des soins de Santé

Le jeu des composantes en cause - Une gestion gouvernementale désarmante - Une conclusion qui est presque une inculpation

3-Des Gouvernements piégés

Politisation de la Santé - Quand une pensée politique se formule par Commissions - Quand les idéologies remplacent la raison - Un exemple de dérapage magistral - L'incompréhensible gestion gouvernementale - Les effectifs; un monument d'erreur idéologique - Les autres professions de la santé - Les équipements - Les fausses couches administratives - Gérer par décrets et lois iniques - Une société et son gouvernement - Gérer le développement - Un souci d'honnêteté - La collaboration essentielle avec la Médecine - Conclusions

4-Une profession fracturée

L'étatisation d'une profession - Des situations contre-productives - Dévalorisation de la profession - Le nouveau modèle de médecin - La médecine assiégée - Les refuges de survie - Revaloriser l'acte médical - Responsabilités professionnelles collectives - Patterns de pratique - Penser économie - L'habit du moine - Conclusion

5-Le monde académique, un moteur en panne

Abdication intellectuelle - Pour une gestion responsable de la formation - Se donner un modèle pour le futur - L'apprentissage du métier - Négligence de la recherche clinique - Conclusions et recommandations

6-Ces organismes qui parlent à notre place

Les syndicats et la Santé - Organismes et associations - Les medias -

7-Une population gâtée et confuse

Les questions douloureuses - Une torpeur intellectuelle endémique

8-Une impuissance collective

2-Perspectives de solutions gestionnaires

9-Catégorisation des soins et services

Nécessité d'une gestion objective - Première étape : Une grille de catégorisation des soins - Seconde étape : Catégorisation des institutions - Régionalisation des soins et des institutions - Perspectives offertes par une gestion objective

10-Évaluation des coûts unitaires

Principe de base de l'opération coût unitaire - Détermination du coût unitaire - Gestion de l'évaluation des coûts unitaires - Perspectives en gestion des budgets

11-Perspectives d'une gestion objective de la Santé

Gérer d'après les services rendus - Remettre la pyramide des soins à l'endroit - Conséquences humaines de telles politiques

3-Perspectives de solutions économiques

12-Santé, un bien de consommation

Gérer les changements à venir - Santé, une commodité livrée à la prédation

13-Les spirales des coûts de la Santé

Croissance économique et santé - La spirale des besoins - La spirale des exigences - Pourvoir aux coûts de l'assurance maladie

14-Apprivoiser l'idée de privatisation

Sous-contracter dans le privé - Transportabilité de la couverture assurance - Un exercice de sain réalisme - Au-delà des idéologies déconnectées

15-La question des effectifs médicaux

Reconstituer les effectifs médicaux - Créer un secteur privé - Des Cliniques universitaires

16-Perspectives de privatisation

Apprivoiser l'idée de privatisation - Tamponner l'évolution - Avantages et risques à moyen terme - Un équilibre ténu

17-Prévoir le pire pour l'éviter

Générosité ou prodigalité - Limitations de couverture - La confusion du pseudo-médical - Coupures vraies dans la santé - Les trois universalités - La responsabilité des gouvernants; les grands choix budgétaires - Démunis devant la tâche

4- Une proposition

Subvenir à l'impuissance collective - Une structure pour nous en sortir

18-Une Commission Nationale à la Santé

L'expérience de la recherche en santé - Mandat de la commission - Structure de la Commission - Mode d'opération des comités de pairs - Considérations générales - Organigramme possible de la Commission - Critique du système de comités proposé

19-Utiliser la recherche clinique en gestion de la santé

La recherche en Santé ? - Comment exploiter la recherche clinique ? - Pour une politique de recherche clinique en gestion de la santé

20-Contrecarrer la désinformation

5- Un résumé, une conclusion

Un appel à la profession médicale

Annexe 1; Catégorisation des soins et des institutions

Annexe 2; Catégories institutionnelles pour déterminer les coûts unitaires



*Le **Q**aducée québécois*

*Les gouvernements se sont
arrogés tous les droits en
matière d'effectifs et
d'équipements essentiels à
la distribution des soins
de santé.*

*dépositaires Les légitimes
de la responsabilité des
soins ont plié l'échine
devant cette prédation.*

*Le caducée a été remplacé
par le Qaducée.*

Première partie
Le marasme actuel en Santé

Chapitre 1

Un problème socioculturel avant d'être budgétaire

Révolution, involution

Pour ceux qui n'étaient pas présents à la création de l'Assurance Maladie, tout autant que pour ceux qui se mêlent d'en parler sans tenir compte du contexte de sa création, il n'est certainement pas superflu, pour bien comprendre ce qui se passe actuellement, de se remettre dans l'esprit qui régnait à cette époque. Notre société sortait à peine, au début des années soixante, d'un carcan culturel religieux qui nous laissait libres, certes, mais sans direction, perdus, désorientés, confus. Nous avons été frappés de plein fouet par les pièges de l'époque. La libération sociale a engendré l'exercice de la liberté sans en préciser les obligations qui allaient de pair. Nous avons été plongés dans ces plaies, la convenance politique et les ânonnements des bien pensants. Le tout s'est déroulé dans un climat de boom économique. Nous avons connu l'orgie d'un paternalisme d'état déchaîné et ses conséquences, l'irresponsabilité, l'abdication, la dépendance. Lentement nous avons vécu un Darwinisme inversé où l'influence des plus aptes a été remplacée, au nom de la tolérance, par la promotion indiscriminée des moins aptes ou même souvent des inaptes, à tous les niveaux. Ce fut l'étalement en couche mince de la culture, l'ère de « la ligne ouverte », ouverte surtout à la chienlit incompétente, exigeante, braillarde. Dans un tel

contexte, la démocratie se dissout dans le vote « contre » quand ce n'est pas carrément dans l'abstention.

Ce vide socioculturel a remplacé le véritable débat qui aurait dû présider aux choix de société. La Santé en fut victime comme le reste. Il ne faut donc pas s'étonner de constater que, dans la discussion qui suivra, les causes perçues du marasme actuel dépassent nettement les cadres purement économique et budgétaire auxquels on se résout trop facilement.

Loi de l'aggravation universelle

Il faut repenser en profondeur notre système de Santé. Cela sera d'autant plus difficile que nous aurons à vaincre une loi fondamentale des sociétés en involution, la *loi de l'aggravation universelle*. Quand un système social ou la culture d'un milieu sont sous-développés ou entrent en déclin toutes leurs composantes déclinent en même temps. L'ensemble des mécanismes disponibles pour réagir à un état de crise est affecté. Tout effort de solution essayant de redresser la situation est affligé des mêmes vices responsables du problème. En somme, en tentant de corriger l'erreur, on la perfectionne. Le processus ne s'arrête qu'à l'évidence fournie par l'échec total. La seule façon de sortir d'un tel cercle vicieux est de remettre en cause les prémisses mêmes qui ont conduit à la construction du système. Seul ce regard neuf, cette distanciation objective sont capables d'une réévaluation valable.

Virages sociaux ou dérapages?

Les problèmes de la Santé ne peuvent être réduits à une question de colonnes comptables. Si notre société s'est mise dans la position de pourvoir collectivement aux coûts de la santé par un système public universel, c'est d'abord et avant tout au nom d'une vision sociale. Cette vision garantissait à tous les soins de santé dont ils pouvaient avoir besoin. Les coûts en seraient partagés par tous, bien portants aussi bien que malades, riches comme pauvres, selon leurs moyens. Notre Assurance Maladie a été d'abord une option socioculturelle basée sur la charité chrétienne pour certains, la compassion pour d'autres. Payer pour les soins médicaux des autres lorsqu'ils sont malades est un mauvais placement pour un bien portant; une telle option ne peut relever d'une pensée économique ou comptable. Il s'agit de la gestion d'un risque calculé, solutionné par une option sociale que l'on peut s'offrir.

Que dans le même élan on décide que pour réussir cette politique sociale, la profession médicale doive être étatisée, que l'ensemble des équipements de soins de santé doivent être nationalisés, cela aussi relève d'options socioculturelles. Mais ces dernières options n'ont rien à voir avec le choix précédent qui ne visait que la création d'une assurance collective. Ce qui a motivé en arrière plan les dirigeants pour passer d'une option à l'autre relève d'une idéologie plutôt que d'un raisonnement. Que l'on décide que toutes les décisions essentielles en matière de soins de santé, effectifs médicaux, équipements, soient centralisées dans les mains politisées d'un ministère, cela aussi relève d'une prise de position socioculturelle. On comprendra facilement que tout effort de redressement de la situation dans laquelle se retrouve la Santé aujourd'hui, ne peut en aucune façon ne relever que d'une affaire de budget.

Avec la charge émotive qui caractérise toute discussion dans un domaine comme la santé, avec la facilité avec laquelle ce domaine se prête au jeu des idéologies, il est évident que de nombreux pièges ont balisé son histoire depuis sa création. Pire encore, ces pièges de la pensée sociale ont contrecarré toute évolution rationnelle, toute réorientation objective qui ne coïncidait pas avec ces idées que l'on se faisait de la réalité. Ces pièges de la pensée sociale, comme des

écaillés sur les yeux feront refuser d'accepter des évidences parce qu'elles mettront en cause des dogmes considérés comme irréfutables, des privilèges acquis ou simplement des habitudes. Quels sont ces pièges qui nous sauteront à la gorge au seul fait de mentionner certaines choses, de les appeler par leur nom? Il nous faut les bien identifier puisque nous devons leur faire face tout au long de notre démarche.

La convenance politique

« Political correctness »

Il est difficile de traduire une expression acceptée et si bien frappée. Nous l'appellerons la *convenance politique*, ce qu'il convient de dire ou de faire entre gens « biens », ce qui est acceptable, sans risque de froisser les sensibilités mièvres. En somme il s'agit de l'attitude de ces *bien pensants* qui ne nomment pas les choses, au risque même de dénaturer la pensée, pour ne pas faire rudes ou impolis. Des gens qui inventent des termes qui sont des succédanés de la réalité. On ne parle plus de malades mais de bénéficiaires, de maladies dégénératives mais de conditions liées à l'âge. Il n'y a plus de surdité ni de cécité, de sourds ou d'aveugles mais des mal entendants et des handicapés visuels. Le bien pensant finit par ne plus raisonner sur les données des problèmes mais sur des fictions insipides, inaptes à produire quelque pensée valable que ce soit. On les voit prendre la défense des criminels plutôt que des victimes. Ce sont souvent gens à soutenir à différents moments des positions qui s'excluent mutuellement. Ils créent autour d'eux une société édulcorée qui ne peut que s'affadir car elle ne possède pas la vitalité nécessaire pour se régénérer. Au fond, finalement, ils sont victimes d'hypocrisie envers eux-mêmes.

Les bien pensants sont d'autant plus délétères qu'ils se recrutent parmi la classe dite éduquée, parmi les snobs sophistiqués. Ces gens impressionnent souvent parce qu'ils ergotent savamment. Ils raisonnent bien mais sur une partie seulement des données. Ils réfléchissent mais ne poussent pas les raisonnements jusqu'à leurs conclusions. Ils s'intoxiquent avec des demi-vérités.

En gros, le bien pensant et sa convenance politique, seront les fossoyeurs de la réalité dans toute discussion sur les efforts de réorganisation d'une chose aussi complexe que la Santé comme ils l'auront été en endossant la création du marasme. Or, on peut l'affirmer, la Santé devenue malade peut nécessiter des décisions et des actes courageux de nature chirurgicale qui les révéleront probablement.

La nouvelle ignorance

Il faut distinguer les bien pensants de cette autre catégorie pénible souffrant de ce que De Koninck appelle « la nouvelle ignorance »¹ Il existe une catégorie d'ignorance que l'on pourrait qualifier de noble. Nous avons tous nos limites; elles varient suivant nos capacités et l'exposition intellectuelle qui nous a été permise par la vie. Mais ces limites, honnêtement perçues, sont des aiguillons stimulant à la fois, l'humilité et la soif de connaissance.

La seconde ignorance entretient les mirages d'une fausse réalité. Elle donne l'illusion que l'on « sait » alors que l'on n'est aucunement informé. Elle tient compte d'aberrations comme étant des arguments valables, suffisants pour cautionner des prises de position ou même justifier

¹ Thomas de Koninck, *La nouvelle ignorance et le problème de la culture*. Paris, Presses universitaires de France, 2000

l'action. Cette forme d'ignorance est d'autant plus grave que le sujet en cause est puissant dans l'ordre social. Le panache du poste, l'image de compétence dans un secteur donné, le vedettisme amplifient les résultats négatifs de cette forme d'ignorance. On parle ici de l'inculture des responsables et des dirigeants. Chez les plus humbles, elle se traduit par l'insignifiance du discours de la ligne ouverte. Elle ajoute aux contacts humains une teinte d'arrogance pénible qui se répand dans la société comme une pollution de l'air que l'on respire.

Le ciblage improductif des discussions

On peut discuter indéfiniment des teintes de gris, des nuances, des situations imprécises ou mal définies. Il n'y a rien de mieux pour faire déraiper une pensée que de se laisser entraîner à développer, de glissement en glissement, une fausse piste. À titre d'exemple, dans le contexte d'un budget limité, faut-il continuer à pratiquer des chirurgies extrêmement coûteuses chez les gens âgés ? À partir de cet énoncé, la discussion peut prendre deux orientations. La première se fonde sur une tournure idéologique centrée sur les droits égaux de tous les hommes sans discrimination d'âge. La seconde en est une de mise en perspective de tous les faits, courageusement, en vue de sauver le maximum possible d'une Assurance Maladie au bord de la faillite. Lancez la discussion dans le public, dans les médias en particulier et soyez assurés qu'il n'en sortira que tollés et cris de trahison du système, d'injustice sociale. Toute conclusion sera reportée et le marasme comme la morosité générale augmenteront d'autant.

Dans un contexte ferme où, ceux qui discutent se rendent compte du fait que si on ne fait rien la situation de l'ensemble se dégradera encore plus, on pourrait pourtant se poser des questions sérieuses. Si nous pensons limiter ce type de soins terminaux, pourrions-nous commencer par déterminer parmi ces patients ceux dont les chances de survie sont très hypothéquées ? Pourrait-on guider un choix de patients pour des chirurgies complexes en fonction de leur capacité de supporter le risque opératoire, évaluer les cas et dresser une liste de priorités en fonction de leurs chances de s'en sortir ? Peut-être que froidement, avec la collaboration de tous, l'inutile, l'acharnement thérapeutique, l'indication farfelue pour des raisons tout autre que le bien du patient, deviendraient-ils administrables.

Il est essentiel de s'éloigner des cas particuliers pour réfléchir dans un domaine comme la Santé, autrement, le risque d'être prévenu contre des possibilités logiquement acceptables est majeur. Il faut penser en termes de pourcentages de population, d'évaluation de risques. Dans toute décision de l'ordre de celles que l'on devra prendre en matière de Santé, il est possible que le bien de l'ensemble diffère du bien particulier d'un individu. Et dans tout cela le bien-pensant, la convenance politique sont des boulets à porter, des empêcheurs d'évoluer ; ils assassinent dans l'œuf toute chance de solution.

La résistance au changement

Il est normal de se sentir confortable dans le connu. L'inquiétude gagne dès que sont mis en question les acquis. L'implantation de l'informatique dans la gestion hospitalière en est un bon exemple. Inconnu, crainte de ne pouvoir maîtriser, risque de contrôle sur la performance, perte d'emploi furent autant de sentiments vécus par expérience. Et pourtant une fois digéré le changement, s'il s'agit d'une bonne implantation, personne ne saurait plus retourner en arrière.

Trop de promesses se sont avérées des expériences ratées, trop de projets, de ces fameux « plans stratégiques » ont échoué pour que quelque révision du système de santé que se soit n'éveille pas d'emblée de profondes méfiances. Pourra-t-on arriver à une information objective qui puisse calmer les esprits ?

Grandes idées, illusions perfides

LE DROIT À LA SANTÉ

Bien qu'on ne puisse qu'endosser pleinement le souhait de la santé pour tous quand il s'agit des bons vœux de la nouvelle année, le concept de droit à la santé et l'essai de son application en matière de politique sociale sont des espèces d'aberrations intellectuelles comme seule peut en pondre la convenance politique. La réclamation d'un tel « droit » devrait s'adresser au créateur car inéluctablement, à la fin, ce droit sera trahi par une affection mortelle. Il n'existe aucun droit à la santé, pas plus qu'à des bons gènes ou des cheveux blonds. La santé est une chance. On en jouit s'il n'y a pas de maladie. Si le traitement de la maladie dont on souffre existe, on est très chanceux et si les circonstances font qu'on peut se l'offrir, on est encore plus chanceux. On ne peut que penser ici à Francis Fukuyama² commentant une citation du prix Nobel James Watson : « *J'aimerais que l'on renonce à parler de droit... dire au contraire que les hommes ont des besoins... Essayer et donner plus d'importance que cela n'en mérite d'une façon quasi mystique, c'est bien pour Steven Spielberg ou quelque'un comme ça. C'est une affaire d'ambiance, de mode...* ».

Toute autre attitude plus favorable relève d'une option de la société dans laquelle on vit. La contribution des uns pour défrayer les soins des autres est un choix libre de société. Si l'application de ce choix est dévolue à un gouvernement c'est qu'on a voulu élire ou garder au pouvoir un gouvernement avec un tel programme. Une assurance maladie instaurée sous une forme ou une autre par l'état est donc vraiment une contribution libre au bien collectif des électeurs majoritaires.

Il découle donc de cela que les coûts endossés par une partie de la société continueront de l'être tant et aussi longtemps que ces individus pourront le faire ou penseront pouvoir se l'offrir. Un gouvernement ne pourra aller au-delà de cette volonté spécifique de ceux qui paient car ce sont les mêmes qui l'élisent et possèdent le véritable pouvoir.

Droit de bénéficier de l'assurance collective

Et si on essaie de traduire l'idée de *droit à la santé* par droit à une *assurance maladie*, la discussion prend une toute autre tournure. Par exemple, la Charte canadienne des droits des arthritiques, ridicule au sens de *droit à la santé*, se comprend dans le sens de la participation à l'Assurance Maladie. Le défraiement réclamé pour certaines formes d'arthrite, au coût de \$20,000 par année acquiert ainsi une toute autre perspective et ne se discute plus de la même façon. Assurance maladie, assurance accident automobile, en somme parler d'assurances et déjà tout s'éclaire. On peut souhaiter bénéficier d'une couverture du risque que constitue l'impact social et financier de la maladie et espérer partager ce risque avec les autres membres de la société. Cela devient une opération rationnelle que l'on essaie de maintenir au meilleur niveau possible, que l'on tente d'adapter aux circonstances. Faut-il pour autant accorder au dogme de l'universalité de la couverture de l'Assurance Maladie toute l'intransigeance idéologique qu'on y met généralement, au prix de condamner l'ensemble de la société à ne pouvoir bénéficier que

² Francis Fukuyama, *La fin de l'homme, Les conséquences de la révolution biotechnique*, Gallimard, 2004, p.189

d'une assurance limitée de soins de qualité inférieure? Cela veut-il dire que forcément les hôpitaux gouvernementaux soient seuls aptes à dispenser des soins, que la couverture assurance ne puisse pas être applicable en dehors de ces hôpitaux? Peut-on vraiment espérer empêcher de se développer, en dehors du système, l'accès à ces soins de qualité qu'il n'offre plus? Peut-on vraiment croire que l'on va ainsi priver ceux qui paient pour le système et qui ont les moyens de s'offrir les soins qu'ils désirent?

La limite des options de la société

Est-il nécessaire de rappeler à ceux qui réclament toujours plus de l'Assurance Maladie qu'elle n'est qu'une des responsabilités qu'ils ont confiées à l'état. A moins d'opter pour une schizophrénie collective, une dissociation mentale totale, il faut dans ces réclamations avoir le simple bon sens d'admettre que *l'on ne peut avoir à la fois le beurre et l'argent du beurre*. On ne peut investir au maximum dans la santé, au-delà même des possibilités budgétaires et conserver toute la marge de manœuvre nécessaire pour financer l'éducation et l'aide sociale. On ne peut satisfaire à toutes les exigences syndicales et maintenir la compétitivité économique du milieu seule garante des revenus qui permettent le reste. L'équilibre, quelque ténu qu'il puisse être, demeure la seule solution. Cette solution passe par des choix rationnels; il n'y a pas de place pour la mièvrerie.

ET LES DROITS DES AUTRES

Dans toute l'effervescence de cette pensée sociale confuse on en vient à se contredire au point de brimer sans broncher, dans certains domaines, les droits fondamentaux des autres. Deux exemples viennent à l'esprit, l'attitude irraisonnable manifestée autour du SIDA et le dérapage en matière d'étatisation de la profession médicale.

Par des mesures souvent courageuses comme la déclaration obligatoire des cas, la séquestration des cas contaminés (connue sous le nom de quarantaine), les vaccins obligatoires, la société est venue à bout de maladies contagieuses responsables d'épidémies mortelles majeures. En comparaison, les sidatiques sont pratiquement intouchables; il faut littéralement fouiller à la loupe un dossier médical hospitalier pour trouver signe de leur positivité et faire le nécessaire pour prévenir la contamination alors que l'on pavoise sur la couverture une simple intolérance au diachylon. On ne peut les empêcher de poser certains actes graves de conséquences pour les autres parce que les tests de dépistage ne peuvent être exigés. Les autorités des services d'hygiène traqueront comme la peste une source de salmonellose dans la restauration mais le risque de contamination par les sécrétions ou le sang de ceux qui mourront de SIDA ne peut être prévenu par les mêmes méthodes.

Dans un tout autre ordre, l'étatisation de la profession médicale n'est pas moins une aberration unique dans notre société. Nous reviendrons plus loin sur le dérapage spectaculaire dont elle a été victime. Contentons-nous pour le moment de nous poser la question suivante. Au nom de quels principes fumeux en est-on venu à n'étatiser que cette seule classe d'individus dans une société démocratique et capitaliste comme la nôtre. Détrompons-nous, il n'y a pas de choix significatif pour les médecins au Québec; la médecine se pratique dans le système, le reste est obligatoirement et légalement l'exception. La société a nationalisé sous une forme ou une autre plusieurs secteurs; Régie des alcools, Hydro-Québec, Assurance Médicaments, Aide Juridique. Et pourtant, les ingénieurs, les avocats, et les pharmaciens n'ont pas été pour autant étatisés. Les dérapages successifs comme une fuite en avant ont porté atteinte aux libertés individuelles fondamentales des médecins. L'accès aux facultés et aux diverses spécialités a été régi, les

effectifs déterminés, les lieux de pratique règlementés par le gouvernement, Le droit de contester a été aboli par la loi. Comment un tel dérapage progressif a-t-il pu se produire? Il n'y a qu'une seule explication possible. Gouvernants, société et profession médicale ont tous été victimes des idéologues et des bien pensants.

La soumission au chamanisme administratif

Cette société a été ensorcelée par la danse des grands chamans de l'*Administration* avec un grand 'A' venus nous flouer en Santé depuis leurs domaines propres, la « Business Administration » et l'Économique. Non pas que ces individus n'aient pas développé une compétence spécifique telle qu'appliquée dans leurs milieux respectifs, mais on a fait, dans la gestion de la Santé, une parodie de cette compétence.

L'administrateur du monde des affaires s'entoure des compétences requises par les divers secteurs de production et leur en confie la gestion. En Santé, les grands administrateurs se sont donnés comme assistants d'autres administrateurs. On a éliminé du système de la gestion, les compétences de la production de soins, en l'occurrence la profession médicale. Seconde caractéristique, l'industrie veille à donner à son équipe les outils requis pour lutter contre la concurrence. En Santé on a lésiné sous de faux prétextes et le résultat est un équipement inadéquat. Troisième caractéristique, l'industrie rend responsables les gestionnaires de la production et leur donne l'autorité en conséquence. En Santé, les administrateurs et les responsables de la production n'ont aucune autorité ni aucune responsabilité; les décisions viennent du haut de la pyramide. Enfin et finalement, la gestion industrielle ou financière juge ses administrateurs et leur production sur les résultats, le rendement. Ceux-ci sont sanctionnés par réprimande ou limogeage à la moindre évidence de diminution de ce rendement. Dans l'administration de la Santé, personne n'est responsable; tous sont indébouillonnables. Finalement, pour compléter le tableau, les mandats confiés aux gestionnaires sont piégés par des idéologies aux antipodes de toute gestion objective. On comprendra que la confiance aveugle dans tous les MBA du monde, dans tous les économistes, autre catégorie instituée gestionnaire de la Santé, déconnectés de la médecine, soit une évocation stérile pour tout le milieu médical.

La gestion gouvernementale de la Santé mise en accusation

Les gouvernements successifs se sont arrogés tous les droits, tous les privilèges, à l'encontre des droits les plus élémentaires de toutes les autres parties prenantes. On peut donc sans aucune espèce d'hésitation leur imputer la totalité de la responsabilité de la situation qui en résulte. Déjà, à ce point de la réflexion, sans même avoir à faire entrer en ligne de compte les thèmes courants de changements démographiques, de spirale des coûts de la santé, d'appauvrissement économique, on peut affirmer que les gouvernements ont tout mis en place ce qu'il fallait pour nous fourrer dans le pétrin. Nous sommes collectivement victimes d'un immense dérapage de la pensée sociale, culturelle et politique qui a conduit la population les yeux bandés vers le cul-de-sac que nous connaissons.

Ce thème de la Santé d'abord et avant tout un problème socioculturel avant d'être budgétaire, sera à travers tout le reste de notre démarche comme la clé sur la portée musicale; il sous-tendra l'analyse des causes aussi bien que les perspectives de solutions car les unes ne peuvent aller sans les autres. Mais on se rendra vite compte, dans cet effort d'analyse de la situation, que, quelles que soient les causes ou les explications que l'on fournisse, c'est

globalement, que cette société est responsable de la situation. Aucun des partis en cause n'y échappe, politiciens, population en général, classe intellectuelle, profession médicale, syndicats et médias. Notre démarche sera assez simple; il va s'agir de prendre chacun des joueurs et d'essayer de voir à travers leurs manquements, comment il pourrait être amené à contribuer au redressement souhaité par tous. Il sera assez logique de commencer par les deux interlocuteurs principaux, le gouvernement et la Profession médicale.

Chapitre 2

Considérations sur les composantes de la distribution des soins de Santé

Le jeu des composantes en cause

Un système de distribution de soins de santé est un tout organique où chaque composante est intimement dépendante des autres. Pour bien asseoir toute discussion sur la question d'un système de soins de Santé il convient de définir ces composantes et d'en démontrer les interdépendances essentielles. Faute de bien réaliser l'équilibre ténu qui régit ce système, on ne

comprendra jamais vraiment ni les erreurs commises, ni les solutions qui s'imposent. Ces composantes sont au nombre de quatre, la *demande*, les *effectifs* disponibles, les *équipements* à leur disposition et enfin les *soins* qui en résultent. Une équipe de traitants suffisante, munie des équipements nécessaires pour accomplir son travail, arrive à fournir les soins requis par la population. Dans un système équilibré on ajuste le tout avec un pourcentage de jeu, un supplément pour répondre aux pointes, aux crises temporaires. Ces composantes d'un système de Santé agissant harmonieusement sont contenues à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire prévue et que peut se permettre le Gouvernement. Cette situation d'équilibre fournit les meilleurs soins possibles dans les meilleures conditions possibles. (Figure 1)

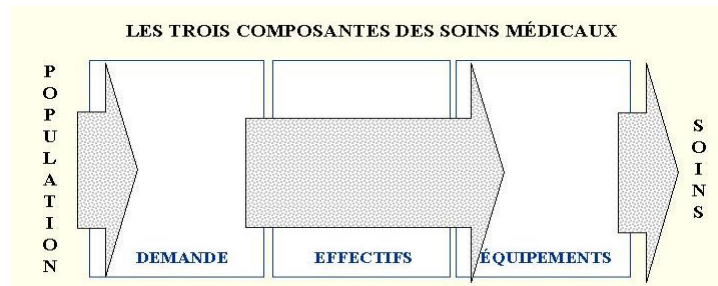


Figure 1 Les trois composantes indissociables d'un système de soins de Santé; les effectifs, utilisant les moyens adéquats mis à leur disposition répondent à la demande de la population en fournissant les soins requis.

La demande

La demande, c'est à dire la somme des soins réclamés par les patients peut varier pour nombre de raisons différentes les unes des autres. La plus courante est certainement l'augmentation subite temporaire suite à une épidémie, par exemple, une vague de grippe. L'épidémie peut être exponentielle et à long terme par l'apparition d'une pathologie nouvelle comme le SARS. L'augmentation de l'incidence de maladies connues comme le cancer changera la donne. La population vieillissante constitue un facteur nouveau qui entraîne l'augmentation de l'incidence et de la gravité des maladies chroniques et des affections dégénératives liées à l'âge.

On ne peut négliger un phénomène qui sans augmenter directement en soi le volume de la demande augmente la pression sur le système : les listes d'attente. Les patients refoulés en attente parce que la capacité de fournir des soins est dépassée par la demande créent ce phénomène bien connu. C'est le facteur attente qui se manifeste de façon immédiate en salle d'urgence par exemple ou de façon chronique par les listes d'attente pour chirurgies et soins spécialisés. Les listes d'attente dépendent donc des deux facteurs, augmentation de la demande, mais aussi insuffisance du système.

Les effectifs

Les effectifs comprennent évidemment le personnel médical ainsi que tous les autres professionnels et personnels de la santé, nursing, techniciens de radiologie et de laboratoire, personnel de support et autres collaborateurs essentiels. En somme nous pouvons compter comme effectifs du système de soins tous ceux qui contribuent à l'utilisation des équipements disponibles en vue de traiter les malades.

La disponibilité de ces effectifs sera directement affectée par leur arrivée sur le marché du travail, elle-même dépendante de la disponibilité des structures de formation. Les politiques sociales qui régissent les effectifs, soit, politiques de mises à la retraite, modifications des rendements dues aux et conventions collectives syndicales, motivation des travailleurs, sont autant de facteurs qui modulent la productivité des blocs d'effectifs en place.

Les équipements

Par équipements il faut entendre non seulement les instruments et appareils servant aux soins et au diagnostic mais aussi les institutions qui les logent et où se prodiguent ces soins, hôpitaux et cliniques. Ils constituent l'investissement immobilier du système alors que les instruments en sont l'investissement mobilier. Ces institutions fournissent des services de base comme la cuisine, l'entretien ménager et la buanderie ou encore, les archives et les communications.

DYNAMIQUE DE CES COMPOSANTES

Il est essentiel de bien comprendre ce modèle car il est fondamental dans la discussion du fonctionnement aussi bien que des dysfonctions du système de Santé. Une compréhension juste de cet équilibre conduira à un financement assurant cet équilibre des opérations. Que les effectifs soient insuffisants ou que les équipements soient inadéquats pour répondre aux besoins, le résultat est le même au niveau de la demande : les soins que peut procurer le système sont diminués (figure 2). Il se produit un goulot d'étranglement qui se manifeste par une augmentation de l'attente au niveau de la demande. Le système est incapable de faire face aux besoins. Le risque inhérent à une telle situation est de voir, sous la pression de la demande, s'accélérer le rendement au détriment de la qualité.

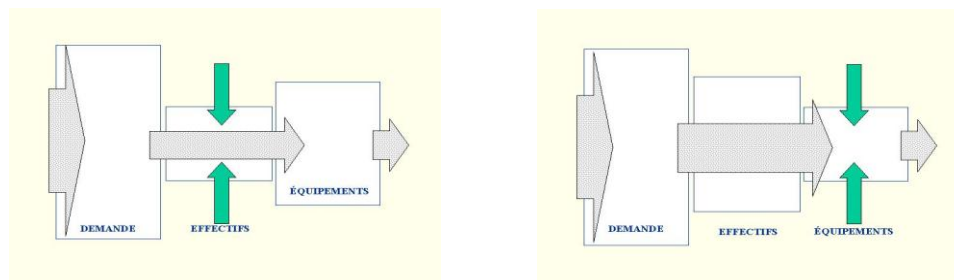


Figure 2 Qu'une diminution des effectifs, à gauche, ou une insuffisance des équipements ou de l'instrumentation, à droite, fassent défaut le résultat est le même, le volume de soins diminue. Une augmentation des équipements ne règlera rien si ce sont les effectifs qui manquent et vice versa.

Pour remédier à ce blocage, il est facile de comprendre qu'il faille agir spécifiquement au niveau de la cause. Il sera inutile d'agrandir les hôpitaux ou d'en construire de nouveaux si ce sont les effectifs qui sont insuffisants ou l'instrumentation. Construire un hôpital neuf sans y mettre le budget pour les équipements et le personnel nécessaire ne fait qu'aggraver la situation en dilapidant les ressources. De même, augmenter le personnel n'aura aucun effet s'il s'agit d'un défaut d'équipement. Il n'y a donc aucune autre solution à une demande croissante que de mettre sur pied les équipes nécessaires et leur donner les moyens dont ils ont besoin.

L'enveloppe budgétaire

La dure réalité de tout ce système équilibré réside dans le fait inéluctable qu'il dépend d'une enveloppe budgétaire. C'est à dire que, pour en maintenir le rendement, le budget alloué doit suffire à défrayer adéquatement les coûts de chacune des composantes du système. Une négociation salariale avec un syndicat réglée par une augmentation de salaire à quelque niveau que ce soit, l'équipement ou le personnel de l'hôpital que l'on vient de construire ou de celui que l'on vient d'agrandir se soldent purement et simplement en une augmentation de budget. Si on n'investit pas un budget récurrent neuf, l'équation doit se résoudre en une baisse soit des services soit de la qualité des services de l'ensemble. Une augmentation de salaire négociée avec les syndicats pour clore une grève, sans budget à l'appui, une diminution des effectifs par économie irréfléchie, égale des coupures de soins déguisées.

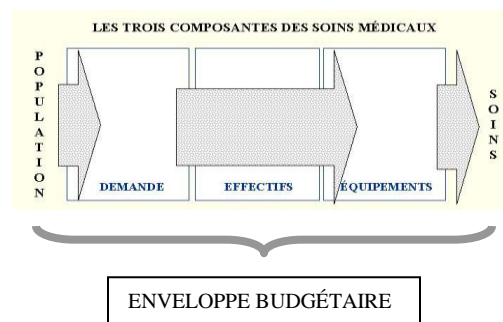


Figure 3 L'exercice complet de fournir les soins, incluant les salaires des effectifs et le coût et le fonctionnement des équipements doivent être contenus dans une enveloppe budgétaire. Demande, salaires et moyens sont des vases communicants. Si l'équilibre n'est pas respecté, ce sont toujours les soins qui en souffrent.

La demande au-delà des moyens

Un système à bout de souffle, arrivé à la limite de ses possibilités budgétaires, incapable donc de fournir plus d'équipements ou d'augmenter ses effectifs ne pourra plus que compter sur une éducation de la demande ou sur un effort supplémentaire de ses effectifs. Un tel effort réussira à améliorer la situation pour un moment. Mais si la demande augmente pour des raisons au-delà de tout contrôle limitatif possible, le système ne pourra encore une fois poursuivre qu'en diminuant l'extension de la couverture des soins ou leur qualité, ou les deux à la fois. C'est le point de non-retour, le moment des choix, qui sont atteints.

Compétence administrative

Devant une telle complexité, une telle fragilité de l'équilibre des éléments en cause, on ne sera pas surpris s'il est proposé comme évident que l'on ne peut pas se passer de la compétence et de l'expertise des effectifs en cause pour bien gérer l'ensemble; en matière médicale, ce sont les médecins, en nursing, ce sont les infirmières comme en gestion ce sont les administrateurs. Chaque élément de l'équilibre chaque aspect de la question doit répondre à ses experts et l'ensemble de ceux-ci se concerter obligatoirement.

Quelques principes découlant

On peut tirer de cette série d'observations un certain nombre de principes fondamentaux qui devraient régir la gestion d'un système complexe comme celui des soins de santé, quelle que soit l'idéologie sociale sous-jacente des dirigeants, la richesse ou la pauvreté du milieu ou l'évolution culturelle ou démographique de la population.

- 1- On ne peut réduire ou augmenter une des composantes du système sans prévoir les conséquences sur les autres composantes.
- 2- Tout changement apporté dans l'équilibre du système comporte l'obligation de tenir compte de l'expertise unique des effectifs impliqués.
- 3- Dans un tel système à enveloppe budgétaire fermée, tout développement dans un secteur entraîne une diminution du volume ou de la qualité des soins de l'ensemble s'il n'est pas supporté par une injection budgétaire neuve correspondante.

Une gestion gouvernementale désarmante

Ce chapitre serait si bien compris s'il pouvait ne s'adresser qu'aux dirigeants d'entreprise, à ceux qui gèrent leur commerce personnel ou même aux chefs de famille responsables. On ne retrouve pas en Santé la simple ordonnance logique qu'on est en droit de s'attendre de retrouver dans toute administration simplement correcte. Ce qui frappe de prime abord c'est le pêle mêle de l'activité hospitalière quant à l'identification du niveau des soins qui y sont donnés et l'incontournable cafouillage des efforts de régionalisation qui en résulte. Les investissements en équipements, dans une telle absence de planification globale, ne peuvent qu'être erratiques. Les budgets d'opération n'arrivant pas à suivre, les dépenses sont « compensées » par la dégradation des services. Les budgets de dépannage ou de redressement voient leurs effets bloqués par des étranglements fonctionnels à d'autres niveaux. Voyons une simple énumération pour détailler un peu.

On n'a aucune idée des coûts exacts des divers types d'hospitalisations ou de traitements dans le système. La seule unité généralement admise pour évaluer les performances est le « per diem » c'est à dire le budget global divisé par le nombre de jours annuel d'hospitalisation ou d'opération sectorielle. On ne fait figurer dans le coût des soins, ni la valeur des équipements ni leur dépréciation. On continue de traiter dans les hôpitaux les plus coûteux des patients qui pourraient tout aussi bien être traités ou opérés dans des cliniques à coût d'opération infiniment moindre. Puis, en conséquence, on investit dans des constructions sans savoir où on devrait le faire de façon rentable. L'entretien de ces équipements est en aussi mauvais état que celui de nos routes; la voirie n'a rien à envier à la Santé. On construit des CHUs non seulement en se trompant sur l'évaluation des coûts au départ mais sans prévoir ceux desipements et des effectifs qu'ils exigeront pour fonctionner. On n'explique pas comment, en dégarnissant les hôpitaux

existants ceux-ci pourront continuer, sans investissements, à fournir les services dont on continuera d'avoir besoin. On ne fait aucun effort de consolidation des compétences (effectifs) avant de se lancer dans la construction; qui en fera la planification? Les projets de redressement mis de l'avant à grands éclats médiatiques sont à telle courte vue, sans planification budgétaire, qu'ils seront obligatoirement sans suite comme les autres grands projets: CLSC sans équipements ni médecins, soins à domicile sans organisation ni budget adéquat, libération des hospitalisés psychiatriques jetés à la rue sans structure de support, regroupements de certaines chirurgies sans le budget de prothèse ou les disponibilités opératoires requises. On procède à des coupures budgétaires presque sauvages sans tenir compte des conséquences. On négocie des ententes syndicales provinciales sans fournir l'enveloppe budgétaire correspondante aux institutions qui paieront.

En réalité, en toute confiance, on a confié la gestion de milliards de dollars, sans laisser intervenir la compétition, sans contrôle possible des rendements ni imputabilité, en se coupant de l'input de la profession médicale et surtout, sans jamais de sanction des erreurs administratives même les plus flagrantes. On a confié une source de fonds qu'on a crûe inépuisable. Ceux à qui on avait fait confiance se sont contentés de devenir les tiers payeurs, sans vision, sans perspectives à long terme.

Une conclusion qui est presque une inculpation

La situation au Québec en ce qui a trait à la gestion de cet équilibre délicat de la Santé est assez particulière. Trois caractéristiques ressortent. Le gouvernement est l'autorité décisionnelle en matière d'équipements. Il s'est octroyé l'autorité pratiquement totale en matière d'effectifs. Enfin il a exclu la profession médicale, la compétence spécifique, de la gestion effective du système. En somme, il a assumé la responsabilité exclusive du fonctionnement du système de santé. C'est une simple constatation. Nous avons donc toute liberté de lui imputer l'usage qu'il en a fait. Une conclusion s'impose, très claire, très nette, les gouvernements successifs depuis 1970 sont responsables de l'état où se trouve actuellement le système de Santé et il y a profond marasme.

Chapitre 3

Des Gouvernements piégés

On pourrait dire que la gestion de la Santé est passée au plan politique. Mais en réalité elle n'a été que promue au palmarès des grands thèmes des campagnes électorales pour être ensuite gérée en cours de mandats successifs par des gouvernements piégés, sans marges de manœuvre; une gestion faite d'information incomplète, de solutions budgétaires ou idéologiques dictées par les circonstances. En aucun temps la Santé n'a-t-elle pu et ne peut-elle être, dans les conditions actuelles, l'objet d'une gouvernance rationnelle véritable.

Politisation de la Santé

Les pièges électoraux

Le seul moment en politique où l'on parle ouvertement de la Santé en tant que préoccupation nationale, c'est lorsque au cours des campagnes électorales elle gradue au niveau des « grandes priorités », il faut lire, des « promesses déconnectées de la réalité ». Elle rejoint les autres thèmes classiques, l'économie, l'emploi, la diminution des impôts, autant de domaines où

les gouvernements ont littéralement démontré qu'ils n'avaient pratiquement aucune emprise. Ce qu'ils peuvent faire de mieux, c'est de brasser ces « priorités » comme un jeu de cartes et les resservir, agences différemment, campagne électorale après campagne. Il faut flatter les demandes des auditeurs, promettre d'assouvir les réclamations, car ceux qui réclament sont ceux qui élisent. La ligne de conduite des partis politiques et des gouvernements qu'ils forment devient assez simple à comprendre, surtout ne pas se mettre l'électorat à dos. Il n'y a donc de ce côté que fort peu de marge de manœuvre.

La situation qui précède constitue le piège électoral. Mais il y a plus encore, le piège économique. Le roulement de l'économie qui d'ailleurs permet les prélèvements en taxes et en impôt et le financement des réclamations et des besoins, est assuré par le monde de la finance qui connaît lui aussi ses impératifs et ses exigences. Nous sommes tous bien aise de profiter de cet équilibre économique rentable. Le monde des affaires protège ses intérêts en finançant les campagnes des candidats susceptibles de prendre le pouvoir. C'est le système accepté. Le futur gouvernement est donc forcé de composer obligatoirement avec les exigences de l'économie et celles de ceux qui la gèrent.

Ceci ne constitue en rien une critique contre les gouvernements; ils sont forcés de composer avec deux forces, l'électorat et l'économie, deux forces qui, quoique souvent agissantes en directions opposées, se rejoignent dans l'usufruit du système et dans leurs pressions sur le gouvernement. Aucune de ces forces ne peut être ignorée, faute de quoi non seulement un gouvernement n'aura-t-il pas les budgets pour gouverner mais il ne sera même pas au pouvoir. Les gouvernements sont piégés. On comprend que dans ce contexte, toute remise en question de quelque aspect que ce soit de la Santé impliquant la couverture ou le mode de financement, soit, dans le contexte actuel, politiquement suicidaire pour un gouvernement. Cela n'en réduit pas moins le discours sur la Santé à un discours électoral plutôt que politique.

Le cycle vicieux de l'électoralisme

Les électeurs, dans un tel système, ne peuvent donc pas être informés adéquatement par les partis politiques. Le peu d'information fournie est ou piégée par électoralisme ou suffisamment (ou adroitement) rendue confuse pour n'y rien comprendre. Une certaine information filtre dans des médias avides de sensationnalisme, plus intéressés à leurs cotes d'écoute ou leur tirage qu'à leur mission d'informateurs. Les gouvernements sont mus par la force des sondages et tiennent comme règle d'or de ne pas braquer les groupes de pression électoralement rentables. Ils n'agissent pas mais réagissent aux humeurs des électeurs.

Les seuls éléments restés actifs en matière d'information sont les groupes de pression dont le devoir est de véhiculer et de faire la promotion des intérêts de ceux qu'ils représentent. Les dirigeants endoctrinent leurs membres en ne stimulant que les aspects « mobilisateurs » souvent pour se maintenir au pouvoir eux-mêmes. Pensons syndicats, groupes d'extrême droite, groupes anti-avortement par exemple ou encore les puissants lobbies du SIDA et des gays. Il ne faut pas négliger cette classe qui détient souvent la balance du vote, l'ensemble des assistés sociaux. Tous ces groupes assaillent les gouvernements par trafic d'influence, maquignonnage électoral, menaces et grèves dégénérant souvent en agression qualifiée de la société. Et le cycle se poursuit, les media profitent de ces mouvements, mangent du scandale et ne se servent que de ce qui fait hausser la cote. Les fameuses Communications, cette discipline aux pratiques souvent éthiquement scandaleuses, découvrent les points sensibles, goûts, anxiétés et paniques de la société et les exploitent. On en arrive à identifier avec des méthodes scientifiques ce qui, on le sait, attirera le lecteur ou l'auditeur, touchera ses cordes sensibles ou même ses passions et instincts.

L'aggravation universelle est amorcée et le gouvernement, dans la précarité de sa situation, se rabat sur le respect obligatoire des sondages pour formuler ses décisions. À date, on le voit, il n'y a pas place à l'information vraie, à la discussion rationnelle : le débat est relégué au niveau des préoccupations opportunistes.

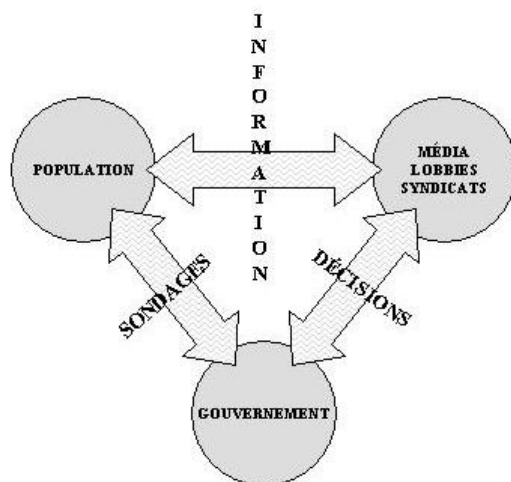


Figure 4 Information biaisée, groupes de pression et sondages piègent les gouvernements. C'est dans cet état de choses que s'amorce la gestion de la Santé.

Dégradation de la démocratie parlementaire responsable

Il n'y a pas grand-chose pour que subitement les quelques centaines d'élus pour représenter la population aux divers paliers gouvernementaux deviennent subitement productifs dans cette conjoncture. Le choix d'un candidat est une fiction qui ne représente rien. Souvent parachuté, déconnecté du milieu qui l'élit pour le parti qu'il représente ou souvent contre un autre parti, cet homme qui a pour mission de nous représenter n'a aucune espèce d'importance. Le rôle des députés, qu'ils soient du gouvernement ou de l'opposition, est à peu près nul. Pour donner le change d'une fonction, on les implique dans des « commissions parlementaires » dont on attend encore qu'une d'entre elles fournisse un apport créateur quelconque. Les Communes ne s'agitent qu'exceptionnellement lors des sessions télévisées pour permettre aux députés de faire bonne figure électorale dans leurs comptes. À toutes fins pratiques, le gros de la députation n'est vraiment mise à contribution qu'une fois par mandat, pour l'élection suivante.

L'autorité commence à se concrétiser au niveau du cabinet des ministres où se distille lentement la substance des décisions administratives et surtout leur concertation face aux impératifs de toutes sortes, surtout budgétaires et électoraux. Mais les décisions finales sont entre les mains de quelques éminences entourant l'autorité suprême, le Premier ministre. C'est cet individu qui fait et défait les carrières de ministres, qui supporte ou renverse leurs décisions et qui éventuellement arrivera ou pas à confectionner une réélection, qui prend les décisions. Cette autorité est totale, inamovible. Elle couronne un processus politique aux antipodes de la

démocratie parlementaire responsable. Ce système électoraliste plutôt que politique traite, à tort ou à raison, la population qu'il représente comme une masse amorphe dépourvue de capacité de penser.

Valse des Ministres de la Santé; règne des fonctionnaires

C'est dans ce contexte qu'est gérée la Santé. Qu'ils soient totalement incompetents dans le domaine de la Santé, ce qui est le cas le plus souvent ou professionnels chevronnés, la qualité des ministres, à l'expérience, ne change pas grand'chose. Généralement, s'ils sont effectivement compétents et fraîchement issus de leur activité professionnelle, ils seront submergés par l'apprentissage de la vie politique c'est à dire des dictats du « consensus » ministériel.. Une fois rodés, ils passeront dans le peloton avec tous les autres impuissants, forcés de gérer la Santé comme le reste, à l'unité, sans la possibilité d'une vision à plus long terme, happés par l'urgent, l'immédiat.

Rapidement, puisqu'ils sont les seuls permanents, les hauts fonctionnaires reprendront leur influence bigote et flatteuse, centrée surtout sur le souci de leur permanence personnelle. Ils poussent insidieusement leurs idéologies ou leur allégeances ou bien encore se limitent à proposer aux ministres des solutions électoralement acceptables. Les « Plans » qu'ils conçoivent sont toujours d'une étonnante étroitesse d'esprit et complexes si possible, applicables sans jamais soupçon d'imputabilité. Les idéologies et les fameux plans mèneront aux pires et plus coûteux échecs dont nous avons l'expérience.

Les fonctionnaires classiques neutraliseront toute tentative de changement qui ne respecte pas le statu quo. Et les ministres inspirés, imperturbablement, 'feront des déclarations' annonçant la solution de problèmes majeurs en injectant quelques misérables millions, millions dont ils ne disposent d'ailleurs pas et qu'ils obtiendront en rognant ailleurs. Et on changera le Ministre de la Santé pour jeter de la poudre aux yeux avec la promesse pendant encore une fois de tout régler.

Quand une pensée politique se formule par Commissions

Les Commissions sans lendemain

La véritable information lourde qui devrait étayer les décisions d'un gouvernement dépend de ce mécanisme bien particulier bien particulier qu'ils se donnent, la *Commission*. Elles s'envolent, ces Commissions, couronnées d'un titre ronflant, mues par les plus beaux principes bien pensants. Ces Commissions sont généralement piégées d'emblée au départ par leur composition. On y nommera, lisez le ministre nommera, comme membres des individus dont le choix dit « représentatif » garantit qu'ils se neutraliseront efficacement. On y nomme aussi de ces vedettes auréolées dont il est véritablement impossible de savoir si leur nomination se justifie; être économiste, c'est à dire professeur de cette science qui n'en est pas une, prophétique des événements accomplis, semble prédestiner. De toutes façons on soignera les nominations de façon à obtenir des rapports à peu près de même allégeance de pensée que celle du parti au pouvoir ou bien confirmant des décisions déjà arrêtées. Puis, éventuellement, un rapport est produit dont le contenu affirme froidement ce que l'on sait déjà en l'agrémentant d'une somme de platitudes pour la galerie ou pour obtenir le « consensus » avec le moins de désistements ou d'abstentions possibles parmi les membres de la Commission.

Et même si parfois ces Commissions arrivent à produire une pensée nouvelle, on en connaît de rares, l'application en sera partielle, déformée au point de ressembler plus à une trahison de sa pensée qu'à son application. Au meilleur, le produit d'une Commission, d'un Comité ou d'une consultation auprès d'experts passe au malaxeur décisionnel du ministère, puis du cabinet et enfin du Premier Ministre. On en retient juste ce qu'il faut pour ne pas secouer la cage.

REGARDS SUR UN EXEMPLE TYPE : LE « RAPPORT MÉNARD »

De Commission Fédérale en Commission Provinciale, de Commission en Commission, depuis plus d'un demi siècle de Commissions en Santé on aboutit à la plus récente, la Commission au titre ronflant qui a produit l'étonnant « rapport Ménard », le *Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec*³. Cette opération réunit tous les ingrédients suaves de la Commission classique.

Composition de la Commission

Sa composition même fut augurale des résultats. Présidée par un banquier, les membres se répartissaient approximativement de la façon suivante : ¼ issus du monde des affaires, ¼ de hauts fonctionnaires ou de membres du gouvernement, , ¼ du milieu des directeurs d'institutions et le dernier ¼ formé de syndicalistes et de représentants d'organismes d'usagers, comme une espèce de concession. Déjà, on pouvait prévoir un préjugé favorable pour les préoccupations et les solutions financières d'une part et la consécration du statu quo administratif d'autre part. Le choix des membres aurait-il favorisé de dernier ¼ de la représentation que l'on peut avoir la certitude que le rapport aurait été tout autre. Il aurait peut-être différé aussi si on avait eu, puisqu'il s'agit beaucoup de Santé, la décence d'y inclure la profession médicale. En passant, notons qu'aucun organisme représentant la profession ne s'est publiquement élevé pour crier au scandale. Et voilà, le tour est joué; le choix des membres garantit le résultat escompté. Est-il étonnant que du dernier ¼ des membres, trois aient refusé de signer le rapport et deux l'aient fait en stipulant des « divergences majeures ».

Le contenu du rapport

Sur les 145 pages du rapport, si on exclut les résumés, listes, annexes et bibliographies, 75% du texte est consacré aux divers aspects financiers et à leur gestion. 10% des pages vont à la description de la création d'un nouveau programme d'aide sociale, (p. 81-). Le reste du document, 15% du contenu résiduel, présente une série de généralités superficielles, sans l'ombre d'une suggestion sur la façon de les réaliser. Quantité de préoccupations majeures découlant de la situation actuelle ne sont même pas abordées. En fait, on a l'impression que dans les mesures suggérées, on ne fait qu'endosser les attitudes actuelles. En tout et partout, au delà de quelques allusions à son existence, le rapport ne consacre qu'une seule page au rôle de la profession médicale.⁴ Dans sa grande lucidité le rapport ne tire de tout l'exercice qu'une seule recommandation d'ordre médical, et quelle recommandation visionnaire, impliquer les médecins dans la gestion médicale en prévoyant une rémunération pour les motiver!

On ne peut qu'être frappé, à la lecture de ce document, par le tissu de contradictions et de lacunes qu'il contient. Tout ce que peut arriver à recommander cette assemblée de gestionnaires

³ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/Rapportmenard.pdf>

⁴ Rapport Ménard; Mobiliser les médecins, Article 4.2 p. 63

et de financiers pour parer à l'augmentation des coûts de la Santé c'est d'augmenter la taxe de vente, en somme, accentuer encore l'anonymat actuel gaspilleur du tiers payeur, diluer dans la masse des dépenses sociales et faire payer les pauvres au même niveau que les nantis. (recommandation 8.6)

Extrait du rapport « Ménard »

« 8.6 Le choix optimal

Cette analyse amène le comité à conclure que pour des motifs de rendement, d'équité et de compétitivité de l'économie du Québec, la voie des taxes à la consommation serait la plus appropriée dans l'hypothèse où le recours à des sources additionnelles de revenus, dont le fruit serait dédié à la santé et aux services sociaux s'avérerait nécessaire.

À cet effet, le comité souligne notamment que les avantages d'une hausse de la taxe de vente du Québec (TVQ) compenseraient amplement ses désavantages. »

Cette Commission créée pour assurer que ce qui existe survive aux difficultés de financement actuelles, propose encore un autre programme social, géré par le gouvernement, qui ira sans aucun doute s'ajouter aux déficits créés par les programmes existants décrits plus loin au chapitre « *Une société et son gouvernement* », dans la citation d'un article de Claude Picher⁵. On prône la privatisation sans en prévoir la gestion ni les risques. On table sur une médecine privée sans prévoir qu'il faudra des médecins en pratique privée pour traiter. On parle de rendre fonctionnelle les premières lignes de soins sans parler de leur incapacité de répondre à la demande.

Ce rapport est un survol myopique de la situation. Il passe sous silence des pans entiers de la réalité à laquelle nous faisons face : admissions aux écoles professionnelles, compétence et formation, urgences, restructuration des niveaux de soins, régions éloignées. Il ignore entièrement l'ineptie de l'ingérence gouvernementale dans la gestion interne de la profession médicale tout autant que l'aberration académique qui y a contribué. Il ne s'adresse à la continuité et à l'évaluation des rendements que par la création d'une structure semblable à cette Commission sans chance d'efficacité. Il n'offre aucun outil de gestion objective des soins.

Que penser d'une telle opération?

Quand on lit la recommandation 4.1.6. du rapport on est frappé par l'insignifiance du texte, car n'oublions pas, on dépense des fonds publics pour conseiller le ministre! Devant une telle mièvrerie, émise par un banquier et des administrateurs galonnés, on ne peut qu'invoquer la convenance politique à son meilleur. Ces hommes et femmes ont commis l'erreur de se laisser piéger; on peut être certains qu'en d'autres circonstances ils abandonnent cette langue de bois pour un langage un peu plus responsable. La Commission a joué le rôle que l'on attendait d'elle, une opération d'apaisement de l'opinion publique confortant les acteurs principaux dans leurs positions respectives. Sinon, force est de constater, face à tout cela, les effets de la loi de l'aggravation universelle.

⁵ Claude Picher; Le populisme et ses effets pervers. La Presse, samedi 25 juin 2005.

Extrait du rapport « Ménard »

« 4.1.6 Soutenir les initiatives citoyennes pour répondre aux besoins de services de promotion et de prévention »

Le comité propose :

Que l'accent soit mis, dans tout le système de santé et de services sociaux, sur la participation de l'individu dans ses démarches de santé et dans sa relation avec la collectivité, plutôt que sur l'individu à titre de patient ou de consommateur passif de services. »

Quand les idéologies remplacent la raison

Il faut poursuivre dans la même veine en peignant l'incroyable odyssée idéologique où nous ont entraînés les gouvernements successifs, eux-mêmes victimes des idéologues qu'ils s'étaient donnés comme maîtres à penser. Le modèle de soins de santé que nous vivons est issu en ligne directe de la filiation idéologique d'une série d'éminences successives dont a relevé la Santé et responsables de l'élaboration du système actuel. La quintessence de cette distillation intellectuelle a fleuri dans le « rapport Rochon », issu d'une autre célèbre Commission, *La Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, présidée par le docteur Jean Rochon.

Déjà en 1986 cette Commission « Rochon » présentait deux ans avant sa parution finale, un rapport préliminaire qui montrait déjà tous les symptômes inquiétants qui allaient le caractériser. On a porté à ma connaissance ce billet de Jean Francoeur paru à l'époque dans *Le Devoir*⁶.

« FAIRE TENIR UN ŒUF DEBOUT »

Depuis quelques mois la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (Rochon) est à l'écoute du milieu pour recueillir des éléments de problématique et élaborer des hypothèses de solution. Un document synthèse est en voie de préparation. Le Devoir a obtenu copie d'une première ébauche dont voici quelques extraits :

« Tout au long de leur interface avec les ressources médico-hospitalo-centriques, intermédiaires ou alternatives, les commissaires se sont sentis interpellés par les acteurs à partir d'un retour sur les finalités du système... »

Dans cette effervescence réflexive sur notre vécu et notre devenir, il ne nous restait qu'un choix : négocier une relation et se laisser investir par elle. Aussi notre souci d'avoir prise sur le monde, en nous l'appropriant, nous a-t-il dicté une attitude instrumentalo-symbolique qui maximise chez autrui l'effet régulateur de l'identité d'un sur-moi agissant comme modèle...

Nous avons pu constater que le leadership prend parfois des formes dégénératives d'une efficacité à peine résiduelle...

...Il faut y substituer un modèle que nous ne saurions mieux décrire qu'en citant un témoin : « Employés bénéficiant d'une prime de chef d'équipes, les responsables de secteurs ne

⁶ Jean Francoeur, Faire tenir l'œuf debout; *Le Devoir*, jeudi 31 juillet 1986.

sont pas nommés par la direction mais élus par leurs collègues, ces derniers ayant le pouvoir de les démettre. »

Mais les gestionnaires ne sont pas délestés de toute responsabilité : « Lorsque les responsables de secteurs sont dans l'impossibilité d'accomplir leurs rôles, ils se référeront à leur supérieur qui prend la relève »

C'est ainsi que Colomb suggérait de faire tenir un œuf debout. Mais il fallait y penser. »

Ce texte se passe de commentaires surtout lorsqu'on le met en perspectives à l'aide d'un éditorial de Lysiane Gagnon, paru dans La Presse en 1998 ⁷ sous le titre « *Tout était dans le rapport Rochon.* » Rappelons que le Dr Jean Rochon devint ministre du MSSS en 1994. Ce texte de madame Gagnon demeure encore d'une troublante actualité sept ans après avoir été écrit et 17 ans après le rapport de la commission; cet article devrait être réédité et distribué largement.

« **TOUT ÉTAIT DANS LE RAPPORT ROCHON** »

Ceux qui ont eu la patience de lire en 1988, les 776 pages du rapport... Rochon... ne s'étonnent pas de voir ce que sont devenus nos services de santé.

...La Commission Rochon, instituée en juin 1985, mit deux ans et demi à accoucher, au coût de 6 millions, d'une brique qui affirmait en substance que tout allait bien sur le terrain, mais qu'il fallait renforcer l'appareil bureaucratique et réduire les coûts (même si à l'époque, le Québec était l'une des provinces qui dépensaient le moins pour la santé).

...Oui tout ce qui se passe aujourd'hui était clairement annoncé dans le rapport Rochon.

1-Le mépris de la réalité : *les mêmes problèmes existaient durant les années 80 (qu'en date de l'article) mais la Commission Rochon n'en tenait pas compte... Pour la Commission, le sous-financement était un faux problème... Les problèmes tenaient à un manque de planification, à la cupidité des médecins et la surconsommation du public...*

2-Les infirmières : *la commission Rochon niait l'existence d'une pénurie d'infirmières... Comment s'étonner aujourd'hui (1998) qu'il ait incité les infirmières les plus expérimentées à prendre leur retraite en masse...*

3-Les médecins : *c'est la seule catégorie d'intervenants pour laquelle la commission Rochon affiche une antipathie caractérisée. Dans ce réseau, seuls les médecins travaillent pour l'argent. Se plaignent-ils du sous-financement des hôpitaux? C'est parce que cela affecte leurs revenus. Réclament-ils la modernisation de l'équipement? C'est parce qu'ils sont « étourdis » par les gadgets américains.*

4-Les modèles : *la commission trouve farfelue toute comparaison avec les États Unis, préférant nous proposer le modèle... de la Bulgarie, où la politique de la santé « soutenue par les autorités du pays (sic) » entend « élever une jeune génération saine et harmonieusement développée d'ici l'an 2000 » Textuel : page 438.*

5-La planification : *...le Dr Rochon voulait instituer de régies régionales qui auraient la main haute sur toute la distribution des soins et administreraient des budgets établis pour trois ans... quelle que soit la conjoncture.*

⁷ Lysiane Gagnon, Tout était dans le rapport Rochon; La Presse samedi 21 mars 1998.

6-Le pouvoir : *Il devait passer aux mains de la bureaucratie, chargée de ramener les hôpitaux à la raison*

7-La philosophie : *axée principalement sur la prévention, comme si la maladie s'envolait avec un bon régime de vie et sur l'approche épidémiologique.*

8-Les membres (de la commission) : *tous (sauf le Dr Rochon) venaient du réseau des Affaires sociales...Tous... étaient des administrateurs...Les deux,. médecins membres de la commission (y compris le Dr Rochon) ...ne pratiquaient plus depuis belle lurette. Idem pour l'unique infirmière, administratrice de CRSSS. Norbert Rodrigue, ancien président de la FAS (puis de la CSN) et ancien préposé aux malades, était commissaire à plein temps. On ne s'étonnait donc pas de voir le rapport Rochon souscrire des deux mains à l'actuel régime de négociations et ne rien trouver à redire aux conventions collectives du secteur de la santé...*

9-La spécificité montréalaise : *inutile de dire que c'était le dernier souci de la commission Rochon. »...*

Ces deux extraits de journaux de l'époque de la production et de l'implantation des conclusions du rapport de la commission Rochon parlent par eux-mêmes. Cet homme, tout imprégné de l'esprit de l'OMS, ravalait la province au niveau des pays sous-développés. Ce qui est invraisemblable, c'est qu'une société entière, population comme gouvernants, intellectuels comme professionnels se soient laisser imposer une telle rocambolesque aventure.

Jean Paré rapportait en 2004 ⁸, les résultats d'une série d'interviews menés par lui en 1983 et dont les résultats, devant faire l'objet d'un numéro spécial de la revue L'Actualité, ne furent point publiés pour des raisons de gestion éditoriale. Cette enquête voulait savoir ce que disaient des ratés et lacunes du système de Santé de l'époque, les gens les mieux placés pour le faire, directeurs d'hôpitaux, cadres, présidents d'associations, radiologistes, médecins et autres. Les commentaires sont applicables à la lettre à la situation actuelle. Il n'y a donc vraiment rien de neuf pour ceux qui savent voir.

Un exemple de dérapage magistral

Il n'est pas inutile, dans ce bilan de notre gestion aberrante de la Santé, de rassembler l'ensemble des vexations, des injustices et des lois et règlements antidémocratiques dont la profession médicale a été l'objet. La liste de ces accusations est lourde mais il faut l'expliquer à ceux qui ne sont pas informés sur cet épisode de notre histoire, ce qui, sans exagération, représente sûrement la plus grande partie de la population.

Tout au long de ces pages on retrouvera des relents de l'idéologie vindicative et gauchisante qui a imprégné la gestion de notre système de soins de santé. L'instauration a été faite sur le dos de la profession médicale. Celle-ci a été démonisée, culpabilisée. On en a fait, le bouc émissaire, responsable des coûts élevés des soins. La subjugation des médecins a été montrée comme la clef du contrôle des coûts de la Santé; on verra la suite.

Nationalisation des équipements

Le premier grand volet de l'instauration de l'Assurance Maladie fut la nationalisation des équipements de Santé. Tous les hôpitaux et tous les équipements nécessaires aux soins, partant,

⁸ Jean Paré, La médecine imaginaire du Rr Diafoirus, Options, Vol. 25, No.8, septembre 2004, p.124

l'essentiel des équipements nécessaires à la pratique de la médecine, sont devenus la propriété de l'état. La justification était qu'il fallait retirer des mains des religieuses leur mainmise sur la propriété et la gestion des hôpitaux, d'autant plus qu'il fallait prévoir un lourd investissement public. Cette situation, assortie du fait que la pratique privée hors système était pratiquement rendue impossible, enlevait tout choix, toute liberté d'action à une catégorie de citoyens, en principe, libres. Le gouvernement, au delà d'assumer l'*universalité des coûts* (financement d'état, *state funding*) de la Santé, s'arrogeait l'*exclusivité de la distribution* des soins (prestation d'état, *state providing*). Ce sont là deux aspects essentiellement différents d'un système de couverture des soins.

Étatisation de la profession médicale

On a étatisé la profession médicale. On en a fait des employés d'état syndiqués et, en pratique, prisonniers du système. Oublions la rémunération à l'acte car, telle qu'astucieusement gérée, elle est devenue une approche quasi diabolique pour étouffer la rémunération tout en augmentant le service rendu. Ce fut, en rétrospective, une solution pire que le salariat pur et simple avec tous les bénéfices d'appoint qu'il implique. La profession fut si exactement étatisée que l'état a pu dicter combien produire de médecins, dans quelle spécialité, limiter ou réduire les revenus, forcer les médecins à pratiquer ou les empêcher de pratiquer à certains endroits.

La kolkhozation de la Santé

Nous avons tenté de pratiquer ici au Québec, en Santé, l'expérience des fermes collectives communistes, les kolkhozes; nationalisation des fermes et regroupement des fermiers devenus employés d'état. On connaît la suite, la Russie faillit en mourir de faim. Heureusement pour nous, les résultats furent moins graves, à cause de l'abondance économique et d'une incroyable abdication de la profession médicale tout en conservant son sens professionnel.

Dans l'euphorie sociale et économique de l'épanouissement capitaliste à son meilleur, au milieu du siècle dernier on a appliqué au secteur de la santé les règles, la pensée et les moyens d'action du système socialiste, pour ne pas dire d'un communisme déjà dépassé. En somme on a eu la naïveté de croire que l'on profiterait du dynamisme propre à la liberté, à la libre entreprise, à la force puissante de l'intérêt, toutes choses qui caractérisent notre société, tout en enfermant le principal agent dans une gaine de la pire espèce gérée par les « dirigeants ». Cette emprise va contre toutes les fameuses chartes de droits connues dans nos pays démocratiques. Il n'y a aucun pays développé au monde où la profession ait ainsi totalement et à tous points de vue été faite prisonnière des décisions de son gouvernement. Nous en reparlerons plus loin.

L'incompréhensible gestion gouvernementale

Si on revient au simple schéma présenté dans la section consacrée aux composantes essentielles d'un système de santé (Chapitre 2, figure 1) le gouvernement s'est emparé de la gestion exclusive de toutes ces composantes, effectifs, équipements et soins qui en résultent. Il a assujéti sous sa gouverne le seul intervenant qui pouvait s'interposer, la profession médicale. Déconnecté du milieu des soins il a géré à sa seule guise, depuis les sommets où il s'est réfugié avec ses fonctionnaires, assiégé par sa dépendance électorale, les limites budgétaires, les syndicats qu'il a cultivés et les idéologies dépassées; le résultat lui appartient bien. Personne

n'est en position de lui en disputer la responsabilité entière et totale. Le cul de sac où nous arrivons, ce sont les gouvernements successifs qui nous y ont conduits.

S'il est une chose dont la société soit rassasiée, c'est bien des grandes planifications grandioses des gouvernements. Les pays socialistes ont failli en crever. Ces planifications souffrent au maximum de tous les pièges socioculturels, politiques et administratifs décrits. Ces plans, issus de théoriciens ou d'idéologues ont le défaut commun d'être déconnectés de ceux qui auront à les exécuter. Car tout plan centralisateur de cette nature n'a de chance de succès qu'en autant qu'il corresponde bien aux attentes et à la volonté énergique du milieu auquel il s'adresse pour le réaliser.

Le désastre anticipé de ces plans s'aggrave encore si les gouvernements décident d'en être non seulement les promoteurs mais les réalisateurs. Décider et gérer l'application d'un plan sont deux niveaux différents de la même réalité. Même si un plan s'annonce acceptable, le fait que le gouvernement le gère, encore pire s'il en est l'exécutant, signe à peu près inévitablement son échec sinon absolu du moins relatif. C'est sans espoir; « *hopeless* ». Il n'y a qu'une seule exception à cette inefficacité de gérer et c'est le cas des prélèvements de taxes et d'impôts ou l'exploitation exclusive de secteurs « payants » par définition, peu importe la gestion, Régie des Alcools et Loto. Il est quelque peu blessant de voir alors les gouvernements devenir d'une redoutable efficacité, voire, d'un raffinement d'exploitation presque odieux, surtout lorsqu'on a été victime de leur inertie dans les autres domaines.

Non seulement un gouvernement persistera-t-il dans un mauvais plan mais il le rendra à l'absurde. Un triste exemple raconté par l'avocat d'une institution privée; un gouvernement permit la gestion de foyers d'hébergement publics à une institution privée à but non lucratif. La gestion privée, pour les mêmes coûts, s'avéra profitable et l'institution proposa au gouvernement de faire, dans les mêmes conditions, la gestion d'autres foyers d'hébergements publics. Le ministère non seulement refusa mais retira le contrat antérieur. On a beau chercher, on ne trouve aucune autre explication possible que la volonté de sacrifier à une idéologie, à l'électoratisme ou aux syndicats. La révolusion pour les « deux vitesses » nous a fait passer en grande vitesse à l'absurde!

Les grandes planifications aboutissent généralement à la création d'organismes administratifs qui se greffent sur des réseaux complexes d'autres organismes administratifs qu'ils remplacent d'une façon ou d'une autre sans les dissoudre complètement ou en les incorporant; on passe des CRSSS aux ADRLSSSS⁹ ! Bien entendu il y a un manque complet de communication d'un organisme à un autre. Et tous ces organismes ont une caractéristique fondamentale commune, durer et grossir en ne nuisant pas, pendant que le gouvernement, pour se débarrasser de leurs interventions, en fait des castrats sans autorité ni pouvoir décisionnel. Ce qu'il y a de remarquable dans tout cela, c'est qu'on semble y croire pendant un temps. Puis quand ces organismes disparaissent pour être remplacés par d'autres semblables on ne se pose même pas de questions; il n'y a jamais de responsables du non-fonctionnement, de la stagnation, car on s'arrange toujours pour éliminer toute responsabilité. Les grands concepteurs du ministère peuvent toujours s'en tirer allègrement en reportant cette responsabilité sur les exécutants de leurs élucubrations.

⁹ « Centres régionaux de santé et de services sociaux » et « Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux »

Les effectifs; un monument d'erreur idéologique

Il n'est pas inutile, loin de là, de faire voir telle qu'il est le perfectionnement progressif, systématique de l'erreur que nous avons vécue en matière d'effectifs médicaux. La saga du manque d'effectif commence au moment des premières négociations de l'étatisation de la médecine. Le climat anti-médical connu fleurissait déjà dans toute son intensité. Surtout, il existait une hargne toute particulière contre les spécialistes. Adroitement le Gouvernement réussit à dresser l'un contre l'autre les deux syndicats, celui des spécialistes et celui des généralistes. C'était l'époque du retour à la médecine de famille, du « *à acte égal, rémunération égale* » peu importe la formation de celui qui le pratique.

Puis ont suivi les discussions tarifaires des actes médicaux, avec comme toile de fond, la plus grande diminution possible de la rémunération des médecins tout en évitant les crises. Surtout, le gouvernement tenait à manœuvrer pour qu'ils ne réclament pas le salariat; il valait mieux les laisser se pendre seuls. C'est l'époque de la transformation syndicale de la mentalité professionnelle. Les médecins montent aux barricades mais sortent vaincus par les événements. Rappelons aux plus jeunes la grève des radiologistes puis la grève générale des spécialistes, disparus hors Québec, concomitante d'ailleurs avec les enlèvements de messieurs Cross et Laporte. La Centrale des urgences couvrant l'ensemble de la province fut occupée à deux reprises par des Maoïstes armés. Un des aiguilleurs de garde se rendit à son poste avec sa carabine. Il faudrait revisiter l'époque!

Ensuite, fidèle aux comptes à régler, on diminue les entrées en médecine mais avec une saveur particulière. On attise la division de la profession en Omnipraticiens (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, FMOQ) et Spécialistes (Fédération des médecins Spécialistes du Québec, FMSQ). Tout en diminuant les entrées totales en médecine on privilégie fortement le choix de l'omnipratique. On instaure des quotas par spécialités. On définit des « Plans stratégiques d'effectifs » lamentables qui perdurent à peine modifiés. La décimation arbitraire commence et se poursuivra jusqu'à récemment. Les résultats sont connus. La province se retrouve avec des spécialités de pointe décimées, arborant des moyennes d'âge approchant la soixantaine. Il manquerait, selon les sources, 1500 à 2000 médecins au Québec.

Comme la santé coûte cher on sabre encore un peu plus dans le bouc émissaire, le docteur. Les décalages de revenus avec les autres provinces ou les États Unis font fuir quantité de spécialistes et parfois les meilleurs. On fuit surtout un système de santé qui commence à ne plus fournir les moyens valables pour travailler. Consciemment ou pas, on favorisa des examens valables au seul Québec; cela, ajouté à la langue, souleva des relents de ghetto; on enferma les jeunes médecins.

On pourrait croire que cela s'arrête ici. Mais non, subitement on lance la débâcle des retraites anticipées. S'est-il agi d'une volonté de faire de la place aux jeunes comme on l'a prétendu officiellement; mais il n'y avait pas de jeunes sans travail, au contraire! Ou plutôt, comme il est plus que probable, s'agissait-il d'une forme déguisée d'attrition par économie? Ces retraites anticipées furent un nouvel exode catastrophique de compétence et de main d'œuvre. Puis on parvint à l'erreur en ajoutant des primes de départ remarquablement alléchantes pour des gens désabusés. La mentalité une fois créée, la désillusion aidant, continue encore aujourd'hui à supporter l'exode à la retraite.

Finalement, pour parfaire la bêtise, on instaure une nouvelle mesure. Le nombre de médecins étant insuffisant, ceux qui restent travaillent plus pour répondre à la demande. Pour corriger cet « abus » on plafonne les revenus. Du coup, les médecins cessent de travailler quand ils atteignent leurs plafonds et vont prendre un repos forcé mais bienvenu.

Il semble souffler un vent favorable de collaboration actuellement, avec un ministre pour une fois sachant ce qu'est la pratique médicale; on verra à l'usage. Malheureusement, il faudra porter le poids de cette erreur consommée en matière d'effectifs pour de nombreuses années à venir. Il est dommage qu'il n'y ait pas une récompense pour la meilleure erreur, la plus soutenue; on pourrait penser à un « Nobel » de la bêtise. Le prix pourrait être décerné collectivement aux Ministres de la Santé du Québec précédents des dernières décades. Ou encore tel que cité dans le Petit Robert au mot connerie, on pourrait les citer en exemple: « *Si la connerie se mesurait, il(s) servirai(en)t de mètre étalon* » (M. Audiard, « *Le cave se rebiffe*, film). » Comment la profession ou même la population ne sont-elles pas montées aux barricades pour simplement mettre fin à de telles aventures? Il y a peut-être justement là une partie de la cause des problèmes, l'inertie du milieu.

Il vaut mieux en rire car on pourrait autrement se demander comment il se fait qu'on n'impose pas à ceux qui ont concocté ces erreurs cumulatives la juste sanction qui leur serait due. Au contraire, ce sont des promotions, des réputation croissantes qu'ils ont connu de façon inexplicable. J'aime beaucoup l'anecdote concernant un architecte-ingénieur d'un pays de l'est qui fut trouvé coupable d'une erreur de conception dans le système d'ascenseurs d'un bloc d'appartements de dix étages; il fut condamné à habiter un des appartements du dixième!

Les autres professions de la santé

Discuter de la situation des autres professions de la Santé dans le contexte actuel équivaudrait à ouvrir un autre immense chapitre qui dépasse le cadre immédiat. Couvrir le sujet nécessiterait une expertise et des données précises.. Nous nous contenterons donc de n'en traiter que superficiellement et par analogie avec la situation en médecine. Trois aspects viennent spontanément à l'esprit, la détérioration du Nursing et l'utilisation abusive de certaines disciplines pour en écraser d'autres.

Le démembrement du Nursing

Sans disposer d'une connaissance aussi précise de l'historique des faits qu'en médecine, il semble assez clair qu'on a décimé les excellents effectifs que nous connaissions. Cette profession a été pressurée au maximum par des coupures aveugles de budget que l'on a tenté de compenser en s'attaquant aux définitions de tâches et en remplacement par des personnels moins bien formés. Cela joint à l'influence des syndicats semble avoir réussi à démobiliser, à détruire l'esprit de la profession. Comment pourrait-on expliquer autrement que par le fait qu'on a brisé l'âme de cette profession, le manque de recrutement que l'on observe et qui atteindra semble-t-il bientôt le niveau de crise grave? Aurait-on réussi, ici comme en médecine, à détruire cette profession? Il est certain qu'il faudra procéder en nursing, en parallèle avec la médecine, à une réflexion en profondeur sur la situation.

La lutte de classe par professions interposées

Une solution à un problème qui ne fait qu'en créer un autre n'est pas à long terme une démarche rentable pour une société, au contraire. La lutte anti-spécialistes des années 70 a fait en sorte que des disciplines qui menaient une véritable lutte de tranchée contre d'autres pour avoir gain de cause dans l'emprise sur les actes médicaux a vu le fameux Office des Professions reconnaître les revendications de certains groupes. L'Optométrie en est un bon exemple. Alors qu'il aurait fallu laisser se développer une relation interprofessionnelle complémentaire avec les spécialistes médicaux, les Ophtalmologistes, comme il en existe une par exemple entre spécialistes ou entre spécialistes et généraliste, on a confirmé dans son isolement l'Optométrie. L'école d'Optométrie de l'Université de Montréal ne fait partie d'aucune faculté; elle relève directement du Recteur. Elle s'est retrouvée sans exposition suffisante à la clinique pour former ses étudiants. Son enseignement a été un « inbreeding » improductif, l'optométriste enseignant à l'optométriste. Contrairement aux médecins, ils ont été régurgités sur le marché sans contrôle sur le nombre. Ils présentent une situation lucrative de commerçants de lunettes en plus de leur rémunération généreuse par l'Assurance maladie, situation de conflit d'intérêt inacceptable dans aucune autre profession. Finalement, l'Ophtalmologie, décimée dans ses rangs, après une lutte menée de façon ridicule par ses champions de l'époque, a tout à coup accepté les Optométristes comme compétents pour assumer la première ligne des soins de la vision, ce qu'elle leur avait toujours refusé de façon véhémente. En fait, de nombreux ophtalmologistes ont servilement collé aux usines optométriques pour y recruter les cas payants de chirurgie de la cataracte.

Comme première ligne, inquiets de leur incompetence comme d'ailleurs beaucoup de généralistes en ce qui a trait aux urgences, les Optométristes ne sont devenus que des étapes vers la consultation médicale, des « *stop overs* ». Plutôt que de libérer, ils ont inondé l'ophtalmologie de consultations faussement « urgentes » inutiles. Pour la société, défrayer leurs honoraires et leurs profits sur la vente des lentilles s'ajoutent en surprime à la « consultation » en Ophtalmo. Et on a continué d'en former sans limitation, sans plus de formation jusqu'à ce que le mur soit atteint.

Les équipements

Le second membre de notre schéma des composantes d'un système de Santé, les *équipements*, ne se porte pas mieux que celui des *effectifs*. Pendant ce temps les hôpitaux se dégradent. Faute de politiques adéquates les structures ont vieilli sans l'entretien requis; on s'étonne qu'ils moisissent de l'intérieur. Il n'y a pas plus de planification de maintenance qu'il y en a pour les immobilisations. On crache des agrandissements sous l'effet des pressions sans savoir où l'on s'en va. Les Centres Hospitaliers Universitaires pleuvent, jusqu'à ce que l'on change la nomenclature; il y a peu de temps il y en avait cinq francophones à Montréal avec cinq Centres de recherche clinique et tout. Maintenant ils seront rayés de la carte sauf un qui surnagera et qu'on agrandira? Attendons pour voir; la foire continuera car ce sont des centres tertiaires dont on ne peut se passer. Cette confusion nous laisse présager un joli gaspillage de maigres moyens.

Et l'instrumentation, suivant le même cours, finit par faire défaut et devient désuète. On remplace, en repoussant le plus possible, lorsque les appareils cessent de fonctionner. C'est pratiquement la seule mise à jour connue. Les rehaussements technologiques, le suivi du progrès sont des rêves du passé. Notre médecine date en conséquence. Cette dégradation des

équipements devient bien évidente quand les nouvelles recrues convoitées optent pour ailleurs à cause du manque de moyens qu'on leur offre ici. Même sur le strict plan des équipements le fameux « modèle québécois » a une lourde charge de plomb dans l'aile. Il serait plus que temps de se hâter de le repenser plutôt que de se pavaner. Il faut sortir de la province et se promener aux USA, en France ou même simplement en Ontario ou en Colombie britannique pour pouvoir porter un jugement. Par comparaison nous faisons souvent effet de pays sous développé.

Les fausses couches administratives

Tous les '*organigrammes*', toutes les '*planifications stratégiques*' tous les '*plans d'organisation clinique*' avortent lamentablement les uns à la suite des autres parce qu'ils sont lancés comme des ballons sans qu'on mette en oeuvre les éléments clé qu'ils impliquent pour réussir. La dure réalité veut qu'il n'y ait pratiquement jamais d'argent neufs pour les réaliser. En conséquence les réorganisations doivent se faire en déplaçant des argent déjà engagés ailleurs. Les exemples de projets qui ne sont que de la poudre aux yeux sont constants et partout.

Peut-on, tel que rapporté par le directeur de l'hôpital en cause, centraliser dans une institution donnée un type de chirurgie sans d'abord, afin de créer des disponibilités, déplacer ailleurs la chirurgie qui l'occupait entièrement préalablement? Ne faut-il pas donner à ces chirurgiens déplacés des privilèges et du temps opératoire dans une autre institution pour qu'ils continuent à traiter leurs malades. Sinon n'est-ce pas fouler aux pieds les besoins de ces patients? Et si dans le cadre de cette régionalisation on transfère cette chirurgie et qu'elle implique des coûts pour prothèses ou autre, comment appeler le fait qu'on ne donne pas à cette institution désignée le budget pour défrayer ces prothèses? N'est-ce pas un peu rire du monde?

Quand on régionalise en investissant en équipements majeurs sans que le centre qui reçoit l'équipement ne soit l'endroit où les cas visés sont principalement regroupés ou qu'on n'y donne pas accès aux spécialistes compétents pour traiter leurs cas, rend-t-on vraiment service à la population, à la spécialité? Découvrir, après avoir englouti des années d'études et des millions que le grand rêve de Centre Hospitalier Universitaire coûtera tellement cher qu'on n'aura pas les moyens de le faire fonctionner, est-ce vraiment acceptable ou un affront de plus à la société. Que l'on découvre un os de qualité archéologique sur le nouveau site de construction après la découverte tardive que le sol était contaminé à l'endroit précédent, ce qui avait motivé le changement de site, n'est-on pas en pleine roman fiction pour retarder le projet? Comment laisse-t-on des individus passer d'agences lucratives de planification à la direction des institutions qu'ils avaient comme clients et qu'ils avaient si brillamment conseillé, à grand prix, comment leur confie-t-on l'application de ce plan pour se retrouver après quelques années à replanifier encore avec la même agence ou une autre, avec les mêmes individus ou d'autres? Si on continue à 'planifier' c'est donc que c'est à refaire; parle-t-on d'échec, d'erreur ou d'exploitation systématisée? Non, jamais, au contraire, on devient expert, mûr pour nomination sur une Commission.

Une simple question se pose facilement; comment peut-on laisser aller impunément de telles aberrations administratives dans le domaine de la Santé sans jamais arriver à déterminer des responsables et à leur en faire payer le prix de leurs erreurs flagrantes! On comprend d'autant moins bien, dans la profession médicale, que cette profession, avec tous ses défauts, ses abus, ses abdications, a tout de même à porter le poids de ses erreurs professionnelles. On comprend d'autant moins que cette profession se donne toute une structure de surveillance professionnelle

pour assurer la qualité de sa pratique. Comment peut-on laisser aller ces administrateurs et politiciens qui nous vendent des vessies pour des lanternes (individus autrement décrits par l'expression populaire de « souffleurs de balounes » professionnels) sans leur imputer vraiment leurs erreurs, sans les rendre responsables, sans les marquer pour la suite de leur carrière. Au contraire, on a l'impression qu'ils ajoutent leurs fausses couches administratives à leur curriculum comme des trophées. On dirait que plus les bluffs sont conséquents et répétés, plus l'image des bluffeurs grandit. Et ils réobtiennent indéfiniment des postes de commande administratifs ou des contrats, assez régulièrement même, à un niveau supérieur.

Gérer par décrets et lois iniques

Nous avons déjà mentionné le ridicule du '*à acte égal, rémunération égale*'. Cette aberration ne peut être qu'un exemple de la bêtise à laquelle conduit le remplacement de la raison par l'idéologie; comprenons bien ce que couvre ce principe. Un cardiologue interprétant un électrocardiogramme, un radiologiste évaluant une radio pulmonaire posent des actes 'égaux' à ceux d'un généraliste même s'il leur a fallu 4 à 6 ans ou plus de spécialisation pour atteindre leur compétence et que la lourdeur des cas diffère. Cette aberration a été corrigée. À cette vexation se sont ajoutées des atteintes directes aux droits de la personne. La loi limite de façon majeure le droit de pratique en dehors du réseau public. Dans le réseau lui-même, ils ne peuvent pratiquer où ils veulent. La distribution des effectifs est régie par un système très rigide, le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM). Les médecins des hôpitaux ont perdu le droit de siéger au Conseil d'administration de leur hôpital. Pour assurer la présence d'un médecin sur le CA d'un CHU celui-ci dut démissionner de ses privilèges hospitaliers (expérience vécue). Il n'est pas légal pour les médecins de se concerter en tout ce qui pourrait être considéré comme un retrait organisé du système public. Il y a peu de temps encore le ministre annonçait qu'il '*sévirait*' si un mouvement de retrait du système s'annonçait; l'occasion consistait dans le fait que deux ou trois médecins décidaient d'ouvrir une urgence privée. Les médecins avec moins d'une vingtaine d'années de pratique sont maintenant forcés par le gouvernement à pratiquer pendant un certain nombre d'heures par semaine dans des fonctions définies par un organisme administratif *selon leurs besoins et où ils en ont besoin*. Peu importent les explications sur les responsabilités ou les besoins en cause peut-on parler de pratique professionnelle libre? Si oui, à quelle autre profession libérale de notre société cela se compare-t-il?

Une société et son gouvernement

Finalement et tout compte fait, on peut envelopper dans une même évaluation population, gouvernement, et médecins. Le prétexte que les gouvernements ne peuvent prendre les mesures qu'il faut par souci électoraliste donne une idée de la valeur intellectuelle qu'ils accordent au milieu. Ou bien, est-ce là la mesure de ce milieu? Et s'il n'y avait que la Santé, on pourrait penser au cas d'exception, mais il semble que la bêtise électoraliste soit un mode de fonctionnement répandu sinon universel. Les données qui suivent proviennent d'un excellent article de Claude Picher dans lequel nous puisons largement pour résumer et qu'il faut lire dans

le texte.¹⁰ Parce que l'on a annoncé un gel des tarifs de la Société de l'Assurance Automobile du Québec (SAAQ) en 1998 le régime perd \$500 millions par année sous le régime actuel. *'Le drame c'est que ce pitoyable cas est loin d'être unique. Par électoralisme, populisme, opportunisme et aussi par peur des lobbies tapageurs, les politiciens ont introduit de nombreuses distorsions dans les structures des prix, tarifs et autres droits. Le gel des droits de scolarité (depuis un quart de siècle) constitue un exemple terrifiant de mauvaise gestion'*. Malgré des droits de \$1890 comparés à la moyenne canadienne de \$4840 le nombre d'inscriptions universitaires n'est pas meilleur qu'ailleurs. Les parents de ce fait épargnent moins pour les études de leurs enfants, 41% contre 54% en Ontario. Les universités sont sous-financées. A certains points de vues, cela donne en pratique dans l'ensemble un transfert de l'argent des contribuables aux ménages mieux nantis. Le gel des tarifs d'Hydro Québec compromet la capacité financière de cette société; il a l'effet de nous permettre de nous tirer dans le pied à long terme et de continuer à vivre au dessus de nos moyens. Le gel des cotisations à la Régie des Rentes, malgré les avis unanimes des actuaires a failli la mener à un cul de sac financier évité de justesse. Malgré et contre l'avis de tous les experts, la ministre Pauline Marois a sous-estimé les coûts de l'Assurance Médicaments et l'explosion prévue des coûts s'est produite. Les garderies à \$5 de 1997 sont une aberration financière qui ne cesse de croître; une tentative de correction a soulevé une véritable tempête.

L'incohérence des politiques?

Tout ce qui a trait aux questions administratives en matière de grossesse nous fournit de bons exemples d'incohérence des politiques de Santé. On s'inquiète à juste titre de la baisse de la natalité. Des politiques de support à la famille sont mises en place. Les conditions de travail sont dictées. Pourtant par ailleurs, une intéressante joute de pressions nous livre l'histoire suivante. Les ligatures tubaires comme mode de prévention de la grossesse furent défrayées par l'Assurance Maladie. Devant le fait que les vasectomies n'étaient pas couvertes par l'Assurance Maladie, cette position fut perçue comme étant aux détriments de la femme, la situation incitant le couple à opter pour la « mutilation » féminine plutôt que masculine. On soupçonne d'ici la flambée féministe et probablement avec raison. On décida finalement de couvrir les deux. Prenant le tout en considération, il eut peut-être mieux valu, si on avait voulu être logique, cesser la couverture des deux interventions puisqu'il s'agit d'options personnelles libres, d'interventions électives, réservant la couverture assurance uniquement aux cas porteurs d'une indication médicale thérapeutique.

La politique concernant la chirurgie de trans-sexuation est-elle justifiée ou bien s'agit-il encore d'un dérapage vraiment pénible orchestré par les 'psys' bien pensants. Et si elle l'était justifiée parce qu'il s'agit d'une maladie, à combien de fois de suite doit se limiter chez le même individu le passage d'un sexe à l'autre? Il existe un cas de quatre telles tentatives de trans-sexuations aller retour chez la même personne. Évidemment tout ceci n'est que peccadille et ne grèvera pas le budget de la Santé gravement. Ces faits sont tout de même des indices révélateurs d'une certaine pensée sociale.

La lourdeur administrative

La soi-disant décentralisation de la gestion des équipements s'est avérée d'une lourdeur franchement inefficace. La multiplication des lettres et des 'S' dans les sigles, n'a jamais rien changé dans l'efficacité du système. Tous ces organismes souffrent des mêmes maux que ce

¹⁰ Claude Picher; Le populisme et ses effets pervers. La Presse, samedi 25 juin 2005.

qu'ils tentaient d'améliorer; la loi de l'aggravation universelle. Ce qu'ils auraient pu apporter, par miracle, comme vision à plus long terme a toujours été inutile faute de pouvoir décisionnel, de moyens, d'autorité. Les organigrammes de toutes sortes, les régies, les organismes de gestion se multiplient, se nuisent et se remplacent allègrement. Non pas qu'il ne faille pas organiser la gestion. C'est l'absence systématique de solutions constructives qui finit par exaspérer.

On se demande souvent où les gouvernements arrivent-ils à puiser une logique quelconque dans beaucoup d'affectation de ressources qu'ils préconisent. A peu près toutes les régions du Québec ont été évaluées, analysées, mesurées à prix d'or par des agences de soi-disant experts et des commissions d'enquête. Nous rejoignons bientôt la position d'un représentant autochtone à un comité national à Ottawa qui s'écriait « *Nous en avons assez d'être mesurés; essayez de faire quelque chose maintenant* ». C'est une variante de la blague connue des deux anthropologues par esquimau. On a produit ces fameux plans stratégiques ad nauseam. Des millions ont été engouffrés dans leur implantation. On attend toujours les résultats et voilà que l'on annonce une nouvelle planification pour tout recommencer. L'arbitraire et la désinvolture des décisions du sous-ministre Michel Bureau en matière de redistribution des services de pointe entre les hypothétiques centres universitaires de Montréal a été jusqu'à étonner la presse.¹¹ Quand on regarde ce bilan passé et qu'on voit tout ce qu'il y a à faire, on ne peut que s'inquiéter et craindre que les mécanismes habituels que l'on a connus jusqu'ici vont continuer d'être employés sans plus de résultats. Il n'y a pas de raison pour que tout d'un coup on voie clair. De telles charades vont se poursuivre jusqu'à l'échec complet de notre système de santé, jusqu'à sa faillite, s'il n'y a pas un grand coup de barre.

Adressons-nous maintenant aux effets néfastes de notre atavisme national, notre propension à la paperasserie, à la bureaucratie tatillonne. Cette attitude a empêché beaucoup d'excellents recrutements tout comme elle a fait fuir quantité de PME. Si on évaluait l'éventuel temps qu'exigera le remplissage d'un nouveau formulaire et si on devait le payer, on apprendrait peut-être à exiger, de la part de ceux qui les conçoivent, une évaluation des coûts qu'engendrera toute nouvelle formule ou tout changement de formulaire existant. On a l'impression que les seules visions grandioses dont soient capables les administrations soient celles de la taille des formulaires administratifs des projets et inversement proportionnelles à la taille des caractères typographiques employés. On ne peut s'empêcher de citer le petit fait suivant. Dans le contrat décrivant les obligations du ministère dans la création d'un GMF, les nouveaux Groupes de Médecine de Famille, on pousse le ridicule jusqu'à décrire la fourniture de deux « portables » à des individus donnés en incluant la liste des programmes inclus, éléments changeants par excellence; il ne manque plus que de spécifier les jours où on pourra s'en servir et la météo! Avez-vous, lecteur, remarqué que votre permis de conduire porte deux longs numéros d'identification, un numéro de permis et un numéro de dossier (devenu numéro de référence et heureusement plus petit depuis le format carte de crédit); de quoi rendre perplexe même un fonctionnaire français! Pourquoi faire simple quand on peut compliquer!

¹¹ Lysiane Gagnon, Les grands chambardements, La Presse, Samedi 26 novembre 2005, p.A28

Perspectives gouvernementales

Gérer le développement

Au départ, pourvoir aux coûts de l'Assurance Maladie ne posait pas de problème. Nos prédécesseurs étaient suffisamment éclairés pour décider d'une Assurance Maladie qu'ils pouvaient s'offrir. Ce n'est pas le principe de la chose qui a mis le système en difficultés mais l'évolution des conditions qui l'entourent et de ceux qui le gèrent. Contrairement à ce que dit maintenant Claude Castonguay, ce n'est pas « *le système de santé [qui] n'a pas su s'adapter* »¹² ce sont les administrateurs du système, les gouvernements, leur mode de gestion et leurs conseillers qui se sont avérés impuissants devant le changement. Des développements de toutes natures nous forcent maintenant à nous ressaisir pour ajuster l'équilibre de l'ensemble. La clef de ce redressement passe entre autre par la gestion du développement.

Projets : initiative, abus, prédation, fraude éventuelle

On peut compter sur l'effort que toute spécialité, tout hôpital ou tout groupe d'individus de la sphère médicale investira dans la démonstration de l'importance des développements qu'ils préconisent ou des projets qu'ils déposent. On a abusé ad nauseam des expressions de « services rentables », de services ou développements « auto finançables » ou encore de démonstrations de soi-disant « économies ». Il faut à tout prix évaluer à fond les prétentions des projets soumis et cesser de croire aux développements « si importants pour le bien du malade que tout refus est humainement inacceptable ». Il faudrait exiger des suivis. Il faudrait également qu'il y ait riposte et peut-être sanction dans les cas de ratés frauduleux ou dus à l'incompétence des applications. Les milieux médicaux ont appris au cours des périodes de coupures de budget arbitraires que nous avons connues que la seule façon de suivre le développement de la médecine était d'emballer les demandes de façon à piéger les administrations; une fois le premier pas fait, soit un recrutement, soit le démarrage d'un nouveau service ou l'achat d'un appareil, le bras étant dans le tordeur, le reste suivrait. Mais cela n'est plus possible. Il faut apprendre à gérer le développement et il n'y a qu'une seule façon, l'évaluation compétente.

Le développement sera toujours présenté comme essentiel. On mettra toujours le décideur en position telle que refuser soit pratiquement impossible. Dans la somme de tous les projets qui submergeront les décideurs il y aura ceux qui effectivement sont valables et doivent être acceptés à cause de l'authenticité de leurs prétentions. Mais à l'autre extrême il y a le superflu, ce qui doit

¹² Claude Castonguay, interview de Catherine Crépeau, L'Actualité médicale, 7 décembre 2005, p.5

être refusé pour laisser le financement disponible libre pour les projets qui doivent être acceptés. Ceux qui tenteront d'influencer les décisions le feront parfois de bonne foi, parfois par incompetence et souvent par pur intérêt. On serait probablement étonné d'entendre que certaines administrations hospitalières endossent, par pure incompetence, des pratiques absolument répréhensibles sur le plan éthique, ne servant que la cupidité des services en cause.

DÉVELOPPER UNE POLITIQUE D'ÉVALUATION

Nouvelles technologies thérapeutiques

Une attention toute particulière devra être attachée à l'évaluation des nouvelles technologies. Elles sont fréquemment présentées comme remplaçant les technologies existantes sauf qu'en réalité elles ne font que s'ajouter à la panoplie des évaluations ou supplantent inutilement des traitements ou des modes d'évaluation plus simples, majorant d'autant les coûts dans le processus. L'utilisation de technologies nouvelles majeures, remplaçant des traitements antérieurs tout aussi efficaces pour la majorité des cas, devraient être monitorées. Des protocoles d'accès à ces nouvelles techniques devraient être définis et circulés comme cela commence à se répandre. Ces évaluations devraient être supportées financièrement sous forme de recherche clinique.

De tels contrôles d'efficacité seront facilement perçus comme des atteintes à la liberté professionnelle et certains médecins se rebifferont. Raison de plus pour faire collaborer le corps médical dans l'élaboration de tels protocoles de traitement. L'exposé simple, documenté dans la littérature médicale a toujours suffi pour convaincre les médecins de changement. Il serait surprenant qu'il n'en soit pas ainsi pour rationaliser la pratique.

Sans avoir la réponse à ce qu'il faut faire précisément on peut cependant savoir avec certitude ce qu'il ne faut pas faire. Il ne faut pas par exemple accepter rapidement, sous la pression publicitaire orchestrée, la distribution à coups de millions de traitements qui s'avèrent, à l'expérience, loin de produire les effets préconisés pour vendre l'idée. Le traitement de la dégénérescence maculaire en est un bon exemple. Les « excellents » résultats furent rapidement ramenés à leurs dimensions réelles lorsqu'on put remplacer ces médicaments par d'autres, encore plus coûteux et porteurs de nouveaux mirages.

L'informatique en Santé

Ce domaine est par excellence l'univers des ballons, capable de faire voir des vessies pour des lanternes; il a fait ses preuves même à Wall Street. Jamais on ne devrait laisser planifier une implantation informatique par des fonctionnaires et encore moins par des techniciens, en équipes isolées de l'éventuel utilisateur. Ces milieux, puisant dans la source anonyme et illimitée des fonds gouvernementaux, nos argent, se permettent de contempler l'infini; ils ne connaissent pas de limites. Ce n'est pas ici l'endroit pour se lancer dans la discussion du rôle de l'informatique en Santé. Mais, on attendra encore longtemps le vaste programme digne de la NASA qui permettra à coups de milliards de tout savoir sur tout le monde dans la province, depuis Tombouctou si nécessaire. Et pourtant, peut-on espérer, cette fois, qu'il ne s'agisse pas d'un projet encombrant, ne pouvant suivre l'évolution des besoins.

Pour arriver à gérer adéquatement l'informatique il faudra inciter la profession médicale à maîtriser ces techniques et leurs possibilités. Des bourses de formation, introduire un enseignement véritablement fonctionnel au curriculum médical avec possibilité de spécialisation, investir en recherche informatique telle qu'appliquée à la pratique médicale, voilà autant

d'approches parmi beaucoup d'autres qui devraient faire partie de nos politiques de développement.

Un souci d'honnêteté

Il est essentiel que, dans tout le procédé d'évaluation et d'instauration de nouveaux développements, l'on fasse place entière à l'honnêteté la plus absolue. S'il s'avérait que l'implantation d'un nouveau projet de développement souhaitable ne puisse être financée qu'au détriment de soins essentiels dans d'autres domaines, il faudrait que les gouvernements aient la décence et l'honnêteté d'en faire part à la population. Pour apprendre à se conduire, la société a le droit de savoir, même si on ne l'a pas habituée à être ainsi informée. Les gouvernements et les administrations de tous niveaux ont le devoir de dire la vérité au lieu de la camoufler. C'est là que se trouve la ligne rouge au-delà de laquelle des décisions annoncées comme bonnes peuvent cacher de l'incompétence ou de la manœuvre électorale. On ne décide pas de projets de soins, de développements à coups de millions pour des raisons que l'on n'ose pas formuler ou rendre publiques.

Cette exigence d'honnêteté s'adresse à tous les niveaux de la hiérarchie administrative. Certains trafics d'administration hospitalière sont essentiellement de l'hypocrisie patente. Négocier avec des compagnies l'obtention gratuite d'équipements en échange de la garantie d'achats de volumes de prothèses de cette marque semblerait de bonne guerre. Mais si l'on incite ainsi à poser une prothèse comportant des risques de résultats moins bons, ce n'est plus acceptable. Et si dans ce trafic cette nouvelle prothèse n'est pas couverte par l'assurance maladie et qu'on incite tendancieusement le patient à payer, cela est encore moins acceptable. Il y a une hypocrisie coupable à bannir. Et si on ferme l'œil sur ces collusions, serait-ce pour cacher l'incapacité du système d'assumer la fameuse « universalité », dépassée depuis longtemps, mais que l'on continue de proclamer comme un fleuron de notre société?

La collaboration essentielle avec la Médecine

Oublions les vexations imposées à la profession médicale; restons en pour le moment à l'importance de renouer la collaboration. Toutes politiques de changement en Santé qui ne soient pas basées sur la compétence et la pleine collaboration des éventuels exécutants seront inévitablement vouées à l'échec. Dans le cas de la Santé, compétence et exécution sont du ressort de la profession médicale. Le meilleur des buts qu'on puisse se proposer, quelque louable qu'il soit, le « bien des malades », la « médecine humaine », peu importe, doit, dans un domaine comme la Santé, inévitablement passer par la compétence, le support incontournable, la sagesse de l'expérience et la culture de la profession médicale. A plus forte raison une motivation purement politique ou économique à court terme ignorant ces éléments essentiels conduira inévitablement à l'aggravation de la situation.

Aucune personne responsable de la planification d'un système de Santé ne pourra décemment nier qu'on ne peut attendre rien de bon d'un antagonisme ou même la simple distanciation entre la Profession médicale et le gouvernement. L'état ne peut s'instituer, seul, le dispensateur des soins. Même après avoir saccagé son principal collaborateur les choses peuvent

se poursuivre pendant un certain temps sur l'élan, on peut pallier par des substitutions boiteuses pour un moment, mais tôt ou tard le système s'essouffle, décline et finit par faire faillite.

Une expérience intéressante, les GMF

L'histoire récente nous fournit un exemple intéressant. On a subitement vu apparaître dans la panoplie des mesures gouvernementales une préoccupation pour la promotion de la pratique de groupe sous la forme des GMF, les « Groupes de Médecine de Famille ». Encore là on fait jouer les sentiments; structuration, humanisation, bien du malade etc. Des sommes forfaitaires sont ajoutées aux honoraires de ces médecins pour les inciter à conglomerer les clientèles sans toutefois piéger les patients dans leur choix de médecin, pour le moment en tous cas. Une pratique de groupe est exigée avec une certaine couverture des urgences et des gardes et certains services locaux de santé. On finance en échange, des services, des équipements et du personnel; infirmières, personnel technique et secrétariat, équipement informatique. Autrement dit, moyennant une certaine considération pour la planification régionale faite par rien de moins qu'un « ADRLSSS » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux), on octroie aux généralistes une augmentation de revenu dissimulée en leur fournissant des avantages du même type que s'ils pratiquaient en milieu hospitalier. Et pourquoi pas? Toute la manœuvre est plus intéressante si ces groupes acceptent de pratiquer en CLSC.

On ne comprend pas très bien. Est-ce une manœuvre pour rescaper et recycler en médecine ces CLSC créés dans la foulée de la pensée théorique de l'ex-ministre Rochon et que l'on a encore de la difficulté à coordonner avec les services médicaux? Il semble bien que ces nouvelles structures, les GMF, de par leur conception et la pratique qui semble en découler, soient une poussée supplémentaire vers la fonctionnarisation de la pratique médicale. On perçoit un autre échelon d'administration créé du sommet et qui descend coiffer l'échelon d'en bas, le milieu médical. Rien n'est mal en soi, au contraire même, mais tout dégage des relents d'anciens atavismes. Autant le concept pourrait théoriquement être intéressant autant il l'est de voir ce qu'il donne en pratique tel qu'appliqué administrativement par le système comparé à ce qu'il peut devenir avec la collaboration du milieu médical.

Pour certains les GMF n'ont servi qu'à une chose, déséquilibrer encore un peu plus la situation fragile de la pratique en cabinet ou dans les diverses cliniques en région. Cela doublé des obligations de consacrer les 12 heures hebdomadaire obligatoires aux besoins des ADRLSSS a drainé leurs ressources. Ces organisations sont vécues comme un pas de plus dans la gestion bureaucratique de la pratique, le personnel attribué servant principalement à remplir des papiers. L'imposition de transmission de résultats d'examen de laboratoire est piégé dans l'imposition d'un « dossier informatique » lourd et mal adapté. Pour un groupe qui fit la demande d'accréditation, la réponse aurait été connue près de deux ans plus tard, annoncée unilatéralement dans les journaux par le député.

Aux antipodes de cette attitude on a l'exemple d'une pratique de groupe en région excentrique¹³ organisée en dehors du cadre des GMF, avant même l'existence de ceux-ci. Ce regroupement inclut un centre hospitalier, un système de plusieurs cliniques, un CLSC responsable entre autre des soins à domicile. Le groupe médical est composé de vingt-deux médecins généralistes et de spécialistes consultants. *'La prise en charge et le suivi se font conjointement, mais chacun joue le rôle qu'on attend de lui. Le respect du rôle de chacun et la priorité accordée à la satisfaction des besoins des patients sont les ingrédients du succès pour*

¹³ Yves Bolduc MD : L'organisation du travail à Lac-Saint-Jean-Est; L'accessibilité des soins, l'affaire de tous. Le Collège, Vol. XLII, N° 1, Printemps-Été 2002

une équipe de soins'. Ces médecins se sont dotés d'une structure qui respecte la relation privilégiée médecin-patient, se porte garante d'une répartition équitable des responsabilités et des tâches ainsi que d'une gestion commune de type départemental responsable de la bonne marche du groupe. Ces médecins se sentent *responsables* de la distribution des soins dans leur milieu.

Cette description décrit une expérience des années 2001-2002. En 2005, devenu GMF et après 1 an d'expérience leur témoignage est non équivoque '*C'est un modèle qui gagne à être diffusé*'¹⁴ En somme dans un milieu réceptif, avec un sens assez aigu de ses responsabilités sociales et professionnelles, l'expérience GMF est fonctionnelle et appréciée alors que dans les milieux non mûrs pour les accueillir elle est perçue comme une pénible expérience de fonctionnarisation supplémentaire. Ces exemples sont rapportés pour démontrer ce que peut ajouter aux grandes planifications gouvernementales la collaboration efficace de la profession médicale.

Conclusions

L'ampleur d'une situation inextricable

Les médecins, leur nombre, leur spécialisation, les médicaments, les instruments de radiologie et de laboratoire, les lits d'hôpitaux, le salaire et les conditions de travail des infirmières et du personnel de soutien, les hôpitaux eux-mêmes et les cliniques où tout cela se passe, l'organisation de ce complexe, *tout est décidé et géré par le gouvernement central*. Il est à la fois le payeur et le distributeur des soins de santé. Et ce gouvernement est piégé parce qu'il est le portail d'entrée de l'influence de la presque totalité des prédateurs qui font leurs choux gras de la Santé. Ainsi battu au vent comme une girouette, il est assez évident maintenant, lorsque l'on considère le résultat de sa gouverne, qu'il est incompetent pour accomplir seul cette tâche. Nous avons répété d'une façon particulièrement réussie, dans ce secteur des soins médicaux, l'erreur de tellement de pays totalitaires. Nous avons centralisé à la grandeur d'un pays, sans contrôle possible, sans compétition, dans les mains du plus mauvais gestionnaire qui soit, l'état, le fonctionnement entier d'un des domaines des plus complexes qui soit, l'entière gestion des soins médicaux, de leur distribution et de la profession qui les fournit. Nous avons « *kolkhosé* » la Santé. Sans vouloir exagérer, une question se pose. Nous savons aujourd'hui que la gestion par grands plans déconnectés, venant des cimes gouvernementales foire sans coup férir. Le Québec sera-t-il parmi les derniers pays à pousser jusqu'au bout l'erreur de la gestion idéologique depuis les sommets gouvernementaux? Il devient urgent de réfléchir sur ce « modèle québécois ».

En dernier ressort

Il faut arriver en dernier ressort, face à cet écheveau inextricable du développement, à déterminer en premier lieu ce que commande la nature et le volume des soins qui devraient être rendus disponibles à la population. Puis ensuite, déterminer le coût des projets en prenant bien soin d'inclure dans l'évaluation les besoins en effectifs et les équipements requis. Troisièmement, déterminer si oui ou non on en a les moyens de les offrir ou encore quelle somme pouvons-nous y consacrer. Il faudra que soit clairement présent à l'esprit l'effet de ce choix sur l'ensemble de l'échiquier des investissements : qu'est-ce qui sera refusé ou retardé, quelles listes d'attente s'allongeront, quels traitements ne seront pas couverts? Finalement, et en dernier seulement, il faudra déterminer la meilleure façon d'investir pour réaliser le projet. Tout

¹⁴ Actualité Médicale; 7, 25 mai 2005

le processus devra être suffisamment clair et honnête pour qu'on puisse le rendre public et en répondre. Si les gouvernements ont vraiment quelque velléité que ce soit de tenter de redresser la situation en matière de Santé, trois mesures essentielles s'imposent. Sans elles jamais et d'aucune façon arriverons-nous à une solution stable et rationnelle.

La première consiste à dépolitiser la Santé. Il faut retirer ce sujet du langage des campagnes électorales et le porter au niveau des planifications à long terme les considérations politiques de sa gestion. Ce débat doit dépasser les préoccupations partisans pour que les politiques endossées en commun se poursuivent au-delà des changements de régimes. On comprend qu'un gouvernement ne veuille pas glisser sur la pente de décisions politiquement suicidaires, même si absolument rationnelles, mais on ne comprendra pas qu'ils ne dépolitisent pas la Santé.

La seconde conclusion touche le mode de gestion gouvernemental. Il faut abandonner la grande administration depuis les sommets et se connecter à la réalité telle que la vivent et la connaissent ceux qui sont administrés; construire à partir des besoins identifiés sur le terrain. L'input de la base demeure la meilleure garantie contre les dérapages idéologiques et technocratiques.

La troisième conclusion est tout aussi nécessaire car quoi que ce soit que l'on entreprenne le projet échouera si on n'en tient pas compte. Les gouvernements doivent faire le chemin nécessaire pour modifier leurs attitudes fondamentales à l'égard de la profession médicale s'ils désirent s'assurer quelque chance de succès que ce soit. Idéologie vindicative d'un côté, abdication et apathie intellectuelle de l'autre doivent faire place à la collaboration. Ces deux partenaires essentiels doivent rouvrir le dialogue qui a permis d'en arriver, vers le début des années soixante, à nous pourvoir à l'époque d'une médecine de très grande qualité, en fait, une médecine de calibre international dont nous fumes fiers.

On peut cependant prévoir une longue évolution avant qu'une collaboration valable ne s'instaure entre médecins et administrateurs lorsqu'on voit un homme comme Claude Castonguay, sorte d'hiérophante du milieu, conseiller prisé, répondre à la question « *les médecins devraient-ils être plus présents dans la gestion du réseau* » de la journaliste Catherine Crépeau¹⁵ : « *Ils ont un rôle important dans l'organisation des soins cliniques et ils ont plusieurs conseils professionnels et comités d'où ils peuvent influencer les décisions. Mais la gestion d'établissement exige des professionnels en administration. Peut-être que des médecins ont développé cette expertise. Autrement, c'est un travail qui doit être confié à des gestionnaires* » On se retrouve encore dans la mentalité qui a présidé à l'évolution de l'Assurance Maladie; cette réponse a une certaine connotation de mépris pour la profession médicale qui explique bien des choses.

¹⁵ Claude Castonguay, interview de Catherine Crépeau, L'Actualité médicale, 7 décembre 2005, p.4

Chapitre 4

Une profession fracturée

Un certain nombre de phénomènes simultanés et interdépendants ont historiquement frappé la profession médicale. Ils ont créé le climat qui a progressivement conduit à une fracture de la fibre de la profession. Cette profession se retrouve avec des attitudes qu'elle ne se reconnaît pas, des attitudes qui ne correspondent plus à ses aspirations. Sans la correction de ces tendances on ne peut espérer un renouveau chez ce partenaire essentiel de la Santé. Il n'est donc pas superflu d'essayer de comprendre ce qui s'est passé. Une remarque préalable s'impose toutefois. Il ne faudra jamais oublier dans la discussion, le désastre total en matière d'effectifs où nous ont enfoncé les ingérences gouvernementales. Ce problème potentialise tous les autres quand il n'en est pas tout simplement la cause.

L'étatisation d'une profession

De quel droit avons-nous étatisé une profession? Il s'agit d'une erreur sociale à cause de laquelle on a littéralement sacrifié toute une partie de la population au nom d'un principe vaseux, essentiellement une manifestation de lutte de classes larvée, d'ostracisme ciblé contre un groupe respectable de la société. On a fait porter aux médecins l'odieux du problème de la maladie, des coûts élevés des soins de santé, sous couverture d'une accusation d'exploitation qui a presque rendu la profession honteuse d'elle-même, pour découvrir après

quelques décades que la solution adoptée était infiniment pire que le mal qu'on croyait avoir identifié.

On a procédé à la *kolkhozation* de l'organisation des soins de santé en étatisant les médecins et en nationalisant les installations de soins. Le mode de rémunération adopté pour ceux-ci et les facilités de travail offertes de la façon qu'elles l'étaient ont fait en sorte qu'à toutes fins pratiques il n'y avait d'autre issue que de se laisser racoler dans le système. Les infiniment rares exceptions le confirment. D'ailleurs la loi prévenait un retrait significatif quelconque; on a, en pratique, supprimé la liberté.

Non seulement le cadre de travail et le mode de rémunération ont-ils été imposés mais les autorités se sont arrogées le droit de limiter les admissions dans les Facultés de Médecine. Nommez-moi un métier, une technique ou une profession où, pour des motifs idéologiques, on limite ainsi l'accès aux connaissances par décret gouvernemental. N'ayons pas peur du mot, nous avons mis un embargo sur l'accès aux connaissances scientifiques, une mesure de contrainte empêchant le libre accès à celles-ci, alors que la majorité des autres facultés dans toutes les universités font des campagnes de recrutement de candidats. Même la Théologie fait campagne de recrutement à coup de posters.

Pas à pas, les gouvernements ont continué à légiférer allant toujours plus avant dans l'absurde. Ils ont décidé de la répartition des candidats admis respectivement en médecine générale et en spécialité. Dans leur omniscience, ils ont réglementé la répartition des candidats spécialistes entre les diverses spécialités suivant leur baroque inspiration du moment ou suivant les sources qui les confortaient dans leurs préjugés.

Il faut décrire ce qui suit car cela dépasse l'entendement. Les spécialités furent classées par catégories de A à D, les spécialités de catégorie D étant considérées, absolument erronément et la suite l'a prouvé, comme saturées. Un candidat demandant à être admis dans une spécialité de catégorie D, l'Ophtalmologie par exemple, pouvait y être refusé si le nombre de poste de résidence prévu était comblé. Il n'avait plus, à ce moment, le choix d'opter pour une autre spécialité chirurgicale d'une autre catégorie de A à C, mais se voyait même refuser tout accès à une spécialité quelle qu'elle soit et obligé de se diriger vers la médecine générale. Un tel dirigisme est simplement répugnant dans une société qui se gargarise de chartes de droits et autres bannières du même style qui ne semblent trop bien desservir que les abuseurs.

Faut-il faire connaître à ceux qui l'ignorent et se permettent des opinions en matière de Santé, que de par la loi, les médecins n'ont pas eu le droit de s'associer pour agir d'une façon concertée pouvant risquer d'être interprétée comme un mouvement vers la privatisation. Autre chose, la loi a défendu à un moment donné à tout médecin pratiquant dans une institution de faire partie de son Conseil d'Administration. Cela signifie que tout le monde pouvait participer à la direction des destinées d'un hôpital sauf son corps médical. Si on met les mots sur ces réalités, cela se dit de la façon suivante; les médecins se sont vus privés du droit libre d'association et du droit de représentation dans la pratique de leur profession. C'est une infamie qui est passée sous silence trop longtemps.

En somme, pour faire passer une série de lois antisociales on a pris le soin de bâillonner au préalable la seule résistance vraie qui aurait pu bloquer ces erreurs, la profession médicale. L'opération a été réussie mais nous le payons cher maintenant. Nous payons le prix d'une lutte de classe ou le gagnant sort perdant et le perdant doublement perdant. Alors que ces régimes de professions étatisées ont conduit des pays entiers à des désastres, nous poursuivons allègrement sans broncher dans le domaine de la Santé notre démarche aveugle, victimes et responsables tout aussi coupables d'inertie intellectuelle les uns que les autres. Ceux qui risquent finalement de

payer le véritable prix de cette néfaste expérience sont surtout les malades, c'est à dire, nous tous à un moment ou un autre. Il faudra des décades d'efforts pour retrouver l'espèce d'apogée qu'a connu la médecine du Québec au moment où on l'a sabordée par inconscience.

Un cas de recours à la charte des droits

Ce que l'on a fait subir à la profession médicale recèle une telle atteinte aux droits et libertés de tout citoyen qu'il y aurait probablement matière à recours collectif en justice jusque devant le tribunal de la Cour Suprême du Canada s'il le fallait. Par obligation presque technique, on se demande comment en regard de cette Charte des droits elle pourrait faire autrement que d'appuyer notre démarche. Non pas qu'un gouvernement au nom de la société n'ait pas tous les droits de créer une assurance santé défrayée par taxation universelle et offerte à tous les contribuables, de fixer les tarifs de cette assurance, de se donner un personnel médical employé d'état, mais il n'a aucun droit d'imposer à toute une profession de pratiquer son art suivant les règles professionnelles du jeu qu'il invente.

Cette situation est purement et simplement inacceptable intellectuellement. On comprend mal qu'une profession entière se soit laissée mettre en carcan de la sorte sans réagir. Cela n'existe dans aucun des pays à société évoluée, ni en médecine ni pour aucune autre profession ou corps de métier. Essayez d'imaginer quelle aurait pu être aux États Unis, en France ou en Angleterre la réaction de quelque profession que ce soit face à une telle atteinte à la liberté; on descend dans la rue ou on renverse les gouvernements pour infiniment moins. Imaginez les mots et les positions dans lesquels nos dirigeants syndicaux de la fonction publique traduiraient la situation si la médecine les recrutait pour ses relations publiques!

Abdication du milieu médical

Le directeur d'une très grande firme américaine de planification hospitalière qui obtint vers le début des années 70 de nombreux contrats à Montréal et ailleurs dans la province confiait que le Québec le fascinait car « il n'avait encore jamais rencontré de milieu médical qui ait aussi systématiquement abdiqué ses responsabilités ». Si monsieur Brady le percevait ainsi à cette époque, il serait sans aucun doute littéralement sidéré aujourd'hui. Comment se fait-il que les médecins ne se soient pas franchement révoltés par la dégradation imposée à leur profession? Comment se fait-il que tant d'organismes, associations, fédérations, collèges, facultés et autres structures n'aient pas pris efficacement position ou écouté leurs membres pour les défendre, pour défendre la société? Pourquoi tant de journaux médicaux, de revues n'ont-ils pas pris en main la publication systématique, efficace, de la réalité depuis? Est-ce qu'il ne s'agit pas tout simplement des suites d'un héritage collectif d'inertie intellectuelle, d'une subjugation bien pensante?

Des situations contre-productives

Braquage Gouvernement – profession

D'emblée l'instauration de l'Assurance Maladie a pris la tournure d'une confrontation entre les médecins et le gouvernement. Il n'y a pas eu de période préparatoire de réflexion, d'échanges rationnels comme on aurait pu en espérer. Il n'y a pas eu cette période de mûrissement, face à une nouveauté, que l'on attend d'une société évoluée. Des champions

nerveux, bavards, des dresseurs de barricades se sont levés avec la syndicalisation comme seule riposte possible. La guerre était déclarée, les grèves imminentes et inévitables, les esprits échauffés. On a discuté sous pression de la possibilité d'une grève « *sauvage, comme en Belgique* », c'est à dire d'un arrêt de tout service; on entendait ces mots dans les réunions. Le temps était à l'orage social, en pleine crise politique de 70. Rappelons aux plus jeunes que les médecins étaient en grève lors des enlèvements et de l'assassinat de Pierre Laporte.

C'était bien excessif et le fruit d'un braquage momentané pur et simple de part et d'autre. En effet on a vu la profession s'installer rapidement, relativement confortablement, dans ce système qu'elle avait combattu si ardemment. Une fois apprivoisés, d'une façon générale, les médecins ont bien reçu l'Assurance maladie. Cela mettait fin à la négociation financière directe avec le malade, toujours pénible étant données les circonstances où elle avait lieu.

Ce qui est moins connu, c'est que cela réglait le contentieux des comptes à recevoir dont une bonne partie rejoignait la catégorie des soins gratuits; plus de 30% des soins prodigués par les médecins finissaient par une non rémunération. On pouvait accepter une diminution des tarifs puisque tous les actes seraient rémunérés. Ce fut la première dévaluation, acceptable et acceptée, de l'acte médical. D'autant plus que la profession, pernicieusement guidée par le gouvernement, avait ouvert d'autres champs de bataille internes pour s'occuper; la négociation de la valeur respective des enveloppes budgétaires entre généralistes et spécialistes ainsi qu'à l'intérieur des spécialités, la valeur des divers actes. La diversion fut immédiate et complète. Les spécialités les plus nombreuses et les plus âpres gagnèrent plus; des spécialités entières se virent négligées comme d'ailleurs des catégories de malades porteurs de maladies qui devenaient ainsi « non payantes ». On en fit aussi une lutte entre spécialistes et praticiens généraux que le gouvernement s'évertua à entretenir pour mieux cibler son bouc émissaire idéologique, le spécialiste.

Dévalorisation de la profession

La profession médicale a toujours bénéficié d'un statut social privilégié. Ce statut tenait à une connotation de générosité, de don de soi dans le sens de fidélité au devoir. La société rétribuait au mieux de ses moyens ses médecins. Généralement d'ailleurs ceux-ci n'avaient pas tellement le temps d'en profiter, débordés qu'ils étaient par leur travail. (Le médecin avait droit à une plaque d'immatriculation MD sur sa voiture permettant impunément vitesse et stationnement privilégié au besoin!) La profession médicale à son apogée exerçait une certaine fascination et on la respectait. De privilégié son statut se réduit maintenant à beaucoup de points de vue à un niveau de syndicaliste banal de la fonction publique.

Face au développement de la médecine et au changement de contexte, la pratique a dû changer. Jadis la relation du médecin avec sa clientèle était très personnelle, très directe; le médecin se sentait responsable de ses patients et les patients s'y attendaient et faisaient confiance. Admettons que dans beaucoup de cas la situation frisait l'asservissement de part et d'autre et ne garantissait pas les meilleurs soins possibles. On peut très justement maintenant considérer cette attente excessive et sans espoir de survie. Le refroidissement de cette relation, cette distanciation, n'ont cessé de croître d'une façon insidieuse, souvent en déshumanisant la pratique. De nombreux changements se sont produits, aucun d'entre eux n'étant responsable, mais qui ensemble ont complètement déchiré la profession.

Tout d'abord il s'est instauré un mécontentement profond de la profession qui s'est sentie lésée, mal rémunérée et dépréciée par les règles de pratique qu'on lui a imposé ainsi que par la gestion et le saccage de ses effectifs. Les médecins ont commencé à se « sentir » des travailleurs syndiqués. Ils se sont réunis en groupes de pratique et ont partagé les gardes. Les patients se sont vus remis entre les mains des remplaçants en devoir. L'adoption du concept de « l'urgence-consultation sans rendez-vous » (walk in clinic) avec le roulement des médecins traitants a parachevé cet anonymat. Si le dossier de certains patients était examiné à ce point de vue on se rendrait compte qu'ils ressemblent plutôt à des cahiers d'autographes qu'à des dossiers médicaux « vieux jeu ».

Il y a eu des blessures profondes qui ont marqué. Dans toute cette aventure les médecins se sont perçus comme les boucs émissaires sans aucun espoir de rétablissement de leur réputation, de leur perception dans la société. Un défaitisme profond frappa même les deux fédérations.

LA DÉVALORISATION DE L'ACTE MÉDICAL

Jusqu'à un certain point, la profession médicale vivait comme une victoire sur le gouvernement d'avoir gagné le maintien d'une rémunération à l'acte. Forts de cet avantage mais dans beaucoup de cas insatisfaits de leurs revenus, les réactions furent, en pratique, de prendre les moyens disponibles pour *indexer* les revenus. Le plus simple fut, en raccourcissant les examens, de multiplier les actes pour une même période donnée de travail. Ces actes médicaux ainsi multipliés par l'auto indexation ont littéralement modifié la demande. Pire encore ils ont créé une attente dans la population, le naturel d'une surconsommation. Un examen de conscience bien simple forcerait à admettre des indications abusives de suivi, de traitements ou même de chirurgies. Pour rester loin de chez nous et ne pointer personne même si nous savons tous de quoi il en retourne, disons simplement que les américains ont créé des termes comme « *cataract free zones* » et « *prostate free zones* » pour décrire des régions où les abus d'indications ont fait disparaître outrageusement les cristallins et les prostatites; cette réalité fut bien simplement constatée en comparant des régions ou des états voisins. On peut encore une fois discuter indéfiniment sur cet état de chose mais cela confirme que les écoles de pensée, pour le moins, changent les indications massivement. Cette attitude se situe à la limite de l'irresponsabilité professionnelle et de la légalité, surtout si l'on arrive à traiter *des malades qui s'ignorent* et que d'autres confrères ignoreraient aussi.

D'autres initiatives poursuivies dans le même but d'indexation et par intérêt personnel sont plus insidieuses. Il fut facile de justifier des actes uniquement parce que rapides et sans conséquence. On a vu des actes posés par des catégories de médecins qu'ils n'avaient jamais posés avant qu'ils ne les découvrent dans les cahiers d'honoraires. Des examens faits d'un seul côté à la fois pour des organes pairs et répétés pour l'autre côté, au même tarif évidemment, et on pourrait continuer. Infiniment plus grave est la pratique sélective consistant à choisir dans la clientèle les cas « payants » ou porteurs de chirurgie rentable. Cette pratique sélective, par une partie importante des spécialistes de certaines spécialités, a réduit des malades « non payants » à pratiquement ne plus pouvoir se faire suivre. Toujours dans le pénible contexte de manque d'effectifs, ces dernières pratiques furent faciles à justifier pour se donner bonne conscience.

On ne portera jamais assez attention à toute cette mathématique de la valeur relative des actes médicaux. Rappelons tout simplement que l'enveloppe salariale de la totalité des médecins est fixe et assez astucieusement, sinon de façon éhontée, jetée en pâture par le gouvernement aux fédérations. C'est à elles que revient le départage entre spécialités et aux Associations des

diverses spécialités de déterminer, dans la spécialité, la valeur relative des différents actes. Comme conséquence du premier partage on a profondément lésé certaines spécialités comme la Pathologie et la Pédiatrie; cet aspect est maintenant relativement sous contrôle. Par contre la détermination de la valeur relative des actes à l'intérieur des spécialités demeure tout à fait critique. Il est clair que l'on peut changer le pattern de pratique d'une spécialité en changeant tout simplement la valeur de quelques actes dans le cahier des honoraires négociés.

Le nouveau modèle de médecin

On a rejeté le vieux modèle du médecin, considéré désuet et inacceptable par la nouvelle génération. Les jeunes de cette société, depuis quelques décades maintenant, ont eu le loisir de faire leur révolution; le changement de génération a eu lieu. On peut cependant sérieusement se demander si nous avons affaire à une nouvelle société professionnelle jeune ou à un arrêt de croissance car il semble y avoir une sérieuse ambiguïté dans les résultats quant aux gains obtenus.

Ce que l'on peut regretter dans ce nouveau modèle c'est qu'il semble se mouler dans ce qu'il y a de moins productif comme description de la profession. Les organismes représentant les préoccupations des plus jeunes sont, tout autant que ceux des plus vieux, uniquement des syndicats. Ils réclament des droits, disputent des avantages. On ne retrouve chez ces groupes ou dans leurs sites Web aucune discussion de fond, *aucune allusion aux devoirs, aux obligations*. Ce dernier point en particulier est symptomatique. Ce qui est grave c'est que les jeunes n'étant pas mieux que les vieux qu'ils ont déplacés, l'issue du renouveau espéré est encore plus aléatoire et s'accroîtra vraisemblablement dans le sens du déclin; les modèles vont finir par manquer et l'aggravation universelle par donner le coup de grâce.

Succédant à une formation universitaire molle, l'arrivée à l'internat ne pouvait être que difficilement acceptable. D'*excessive*, la charge de travail demandée fut décrite comme *abusive*; les patrons devinrent des *exploitants*. De là, comme pour leurs aînés, il n'y avait qu'un pas vers la syndicalisation. On peut considérer les gains salariaux cumulatifs comme impressionnants, vu le point de départ des \$100 mensuels. De ridiculement bas, le salaire à l'internat se situe maintenant entre \$37,000 et \$58.000 selon l'année de formation pour environ 9 mois de travail par année. La convention collective garantit parmi les *14 catégories de congés*, un mois de vacances, 13 jours de congés fériés, jusqu'à 7 jours de congés sociaux, 10 jours de congrès, 7 jours d'étude, 9 jours de congés de maladie remboursables et 20 semaines de congé de maternité parmi d'autres. Du point de vue travail, au-delà du lundi au vendredi, il est stipulé 2 fins de semaines sur 4 sans travail clinique, 6 gardes par mois aux 3 jours maximum avec congé le lendemain. Toutes ces données se retrouvent sur le site Web de la Fédération des Résidents ¹⁶ Cette situation plus que confortable au début de la vingtaine est, rappelons-le, une période d'étude et d'apprentissage conduisant par la suite à une sécurité blindée assez unique. Ce n'est pas une critique; admettons cependant que, pour une grosse tranche de la société, celle de ceux qui contribuent fiscalement à ce financement, cette façon d'étudier puisse être enviable.

De façon très étonnante, à mesure que la '*qualité de vie*' s'améliore la difficulté de faire face aux exigences du métier augmente parallèlement semble-t-il. Les jeunes médecins avec moins de 15 ans de pratique formés en association (AJMQ) déclarent leurs membres déchirés

¹⁶ <http://fmrq.qc.ca/cgi-bin/FmrqSiteWeb.cgi/Depart?Fr>

entre médecine et famille. Les demandes d'aide psychologique, pour quelque raison que ce soit, vont en croissant. Articles après articles dans les revues médicales on discute des difficultés 'psy' des jeunes en médecine. Dans le même ordre d'idée mais sans oser se prononcer, serait-il permis de penser que l'admission à 80% de femmes en médecine comme on a vu dans certain cas ajoutera possiblement une autre dimension à ce problème.

Il est faux de croire que seul le manque d'effectifs et la demande accrue soient la cause de cette difficulté à affronter la pratique. Il apparaît assez clairement que l'expectative voulant que la pratique de la médecine soit une profession comme bien d'autres, facile à porter, sans trop d'exigences, un 9 à 4 possible, ne colle pas avec la réalité. Faire face à une profession comme la médecine, peut-être est-ce tout simplement trop lourd pour beaucoup des candidats qu'on y admet. Qu'on le veuille ou pas, certains métiers ont des exigences; policier, soldat, pompier et... médecin. Quoi qu'il en soit, cette difficulté face à la pratique ajoute encore aux effets de la pénurie grave de main d'œuvre que nous subissons.

A d'autres époques et pour bon nombre de médecins aujourd'hui les exigences de ce métier furent et sont encore endossées comme un challenge valorisant. La lourdeur des cas, les gardes débordantes, la pression de la demande n'ont fait qu'ajouter à l'intérêt profond pour la pratique. Il serait dommage que cette passion soit éteinte par des brimades administratives elles-mêmes issues d'une idéologie sociale déjà vieillie, incapable de se renouveler.

La médecine assiégée

Le médecin en pratique est littéralement assiégé par les vendeurs de médicaments. Une publicité des plus percutantes et omniprésente l'assaille de toutes parts. Il n'y a pas une revue médicale, un journal professionnel qui ne soit truffé de pages entières de publicité au point où il peut être difficile de repérer l'article scientifique dans son ensemble. Et pour peu qu'une pratique soit prodigue en prescriptions ou que le médecin ait quelque influence administrative sur le choix des médicaments ou des équipements, les faveurs et les invitations pleuvent. L'art de présenter les pots de vin semble infini. Même la littérature scientifique documentant ces produits et fournie aux médecins est devenue l'objet d'une surveillance éthique intensive ces dernières années tellement elle a pu être trafiquée. Les poursuites collectives récentes témoignent du problème. Le carriérisme académique est devenu, dans beaucoup de milieux et surtout en recherche, un véritable « rat race ».

Une autre pression intensive se manifeste venant cette fois des patients. Ils sont abreuvés d'informations partielles et tendancieuses par les journaux, la télévision ou l'Internet. Trop de patients se présentent, arrogants avec leurs bribes de connaissances, méinformés mais exigeants. Enfin, il est inutile de répéter que les cabinets de consultation ne peuvent fournir à la demande et mettent les médecins en position pénible de refus de voir les patients; on publie actuellement des articles sur le trauma pour le médecin dans l'obligation de gérer de telles positions.

Les refuges de survie

Pour quels que soient les médecins en pratique à qui on s'adresse actuellement la vie est difficile, lourde à porter. Ils sont désabusés, souvent agressés par le comportement des malades

et rendus à bout de patience. Les milieux de pratique sont taxants. Chacun doit se composer un comportement qui lui permette de fonctionner au meilleur. En réalité ces comportements sont des façons de s'en sortir, de vivre au-dessus du marasme constaté, des refuges de survie. On retrouve quatre caractéristiques principales qui, comme des condiments, assaisonnent la personnalité de nos médecins : abdication, refuge dans le travail, fonctionnarisation, prédation. Ces caractères sont suffisamment marquants pour déchirer la profession en couches non miscibles, en classes qui ne parlent littéralement plus le même langage. La profession est fracturée.

Abdication

Les médecins ont une tendance reconnue à l'individualisme. Dans les conditions dictées par le gouvernement ce n'est plus une tendance qu'on a pu noter mais une abdication massive de volonté de s'impliquer dans la gestion institutionnelle des soins. L'arrogance des administrateurs n'a pas arrangé les choses; c'était l'époque où ils croyaient encore savoir. Cette réaction fut potentialisée par ce que l'on peut appeler le limogeage pur et simple d'une génération avec des retraites facilitées par tous les moyens. De 50 ans en montant et pour bien d'autres plus jeunes encore, l'aspiration à sortir de tous ces systèmes, la retraite pure et simple est un objectif convoité bien réel. Un grand nombre d'individus compétents qui auraient pu rendre un grand service dans cette pénurie actuelle quittent, hélas, leur service, déçus par les moyens déficients, les carences du système ou les listes d'attente. L'abdication permet à plusieurs de survivre.

La fuite dans le travail

D'autres, sans considération pour l'âge, souvent les plus dynamiques, les plus compétents, se noient dans leur travail, débordés qu'ils sont tous. La profession possède encore un fort contingent de passionnés de la médecine. Ils s'y consacrent à fond, et ne veulent entendre parler de rien d'autre, ni des collègues, ni des syndicats mais surtout pas du gouvernement ou de l'administration de la Santé. Le maintien de leur compétence et le plaisir de leur pratique leur suffisent. La grande partie de leur énergie dépensée hors pratique se passe à essayer de se procurer les instruments de travail dont ils ont besoin.

La fonctionnarisation

Généralement le parti des plus jeunes, la fonctionnarisation consiste à tirer le meilleur parti possible de la situation avec une insistance nette sur ce que l'on appelle la « qualité de vie », cette entité qui recouvre souvent beaucoup de choses jamais nommées. Fonctionnarisation, comme entendue présentement, ne veut absolument pas dire recul devant le travail; ces individus sont pour la majorité débordés comme tous les autres. Cela signifie accepter relativement bien, sans broncher toutes les règles gouvernementales qui viennent diriger de l'extérieur leur vie professionnelle. Ainsi, ils discuteront spontanément sur les modalités d'implantation de systèmes pondus par le ministère au lieu de se dresser contre les atteintes à la liberté de leur profession que constituent ces systèmes; *ils sont soumis*. Leur apport à la discussion sociale est infailliblement de tendre à faire pencher l'évolution des choses dans le sens d'un asservissement progressif et certain. C'est une autre façon de ne pouvoir rien contribuer au redressement de la situation.

La prédation

Enfin la dernière tendance, la prédation, est l'attitude de ceux qui voyant une source facile d'augmentation de leurs revenus, plongent dans la pratique avec argent en tête. L'échantillonnage de cette catégorie va du gros travailleur honnête à l'exploiteur à outrance,

souvent au détriment de leurs patients et de la profession. On a vu des exemples de crapulerie éhontée dans l'exploitation des malades et étrangement toutes les structures qui se targuent de surveiller ont prouvé qu'elles n'avaient pas vraiment de pouvoir pour sévir et encore moins pour corriger.

La fracture socioculturelle

Les refuges de survie que nous venons de décrire ne constituent en rien des stigmates irrécupérables. Ils décrivent des tendances dans la volonté de s'abstraire d'une morosité ambiante. Ces caractéristiques comportent toutes un côté positif qu'il faudra récupérer pour reconstruire la profession. Ceux qui abdiquent doivent être récupérés tout comme ceux qui refusent de regarder en dehors de leur travail. Ceux qui insistent sur la qualité de vie ou qui optent pour la participation dans le système n'ont pas tort; il suffit de canaliser cet aspect comme d'utiliser d'ailleurs les capacités de ceux qui sont capables de traiter correctement de gros volumes de patients. Chacun peut, en étant amené à collaborer, fournir une contribution valable.

On ne peut guérir une fracture qu'en réussissant à repositionner les morceaux pour qu'ils puissent se ressouder. C'est cependant dans cet état de fracture interne socioculturelle que la profession doit faire face à l'ensemble énorme des difficultés qui assaillent la Santé.

Perspectives professionnelles

Revaloriser l'acte médical

Il faut à tout prix que la profession se batte pour une rémunération juste, équitable et toutes proportions gardées, honorablement comparable aux médecins des autres provinces comme aux autres professions du milieu de même niveau social. On devrait comprendre maintenant que l'auto indexation n'est qu'une dévaluation supplémentaire que la profession s'inflige. Puisqu'on a mis la profession en position socio économique de syndiqué obligé de se battre pour son revenu ceci devrait réussir à vaincre l'espèce d'atavisme historique de la profession à refuser de parler argent. Les médecins n'agiront jamais mieux pour aider à remettre la Santé sur une voie rationnelle qu'en commençant par se valoriser correctement puis tranquillement apprendre à exiger une gestion objective incluant le signe de \$. Il faudra bien comprendre et garder la tête haute, que de réclamer un juste revenu, un statut financier comparable aux autres professions pour une somme équivalente de travail et de responsabilité ne manifeste pas une passion honteuse. Il faut que les médecins apprennent à se respecter s'ils désirent qu'on les respecte. Le temps devrait être révolu où certains médecins en pratique active honnête, une fois payés les frais de bureau et un rendement comparable, y gagnent moins qu'un laveur d'autobus de la CTCUM (apparemment exact si on tient compte des avantages sociaux).

Il n'y aurait rien de mal à essayer de déterminer une sorte de tarif horaire pour l'activité professionnelle des divers secteurs. Il y aurait tout avantage à uniformiser la valeur des actes en fonction de la formation impliquée et du temps qu'ils requièrent, donc de leur aptitude à être répétés dans un même délai de temps, plutôt que de poursuivre l'évaluation selon des images, des fantasmes, des privilèges acquis. Ce serait une première étape de régulation interne des spécialités. Cela servirait également à régulariser le partage entre les spécialités. Nous avons décrit ces problèmes.

Avec une évaluation objective des vacations on pourrait gérer plus équitablement les tâches de groupe tout en respectant les options individuelles. Une dérogation au service de garde pourrait être remplacée par exemple par des vacations de service hospitalier, de visites en foyers d'hébergement ou en service à domicile. On peut même envisager sans problème un retrait progressif de la pratique avec compensation financière conséquente à un pool régional ou au groupe auquel appartient l'individu; la surcharge des confrères pourrait être récompensée ou le surplus permettre plus facilement un recrutement. Ce ne sont pas là des solutions mais des pistes de réflexion qui sont proposées.

Sachant ce que vaut le temps d'un médecin, on pourrait commencer peut-être à évaluer le prix de toutes ces activités extra médicales que l'on réclame de lui. Déjà on entrevoit pouvoir sabrer dans l'orgie de comités hospitaliers ou autres, tous aussi inefficaces et improductifs les uns que les autres, mais nombreux, précisément parce qu'il n'y a pas obligation de payer les

membres. Il en va de même pour l'enseignement médical dont on a dit qu'il serait paralysé s'il fallait payer le temps qu'il demande. En somme accorder une valeur juste aux ponctions de temps réclamées par l'administration et l'enseignement aurait l'effet d'une purgation salutaire du superflu dans le système. Il semble qu'un projet un peu dans ce sens ait été proposé par les Neurochirurgiens dans le passé; il aurait été rejeté d'emblée même par la FMSQ. L'incapacité de remettre en question le fondement des choses est rampante, corrosive et universelle.

Autre aspect intéressant, un équilibre pondéré de la valeur des actes d'une spécialité permettrait de dépister cette fausse indexation de la multiplication des actes ainsi que les profiteurs qui par des distorsions du système arrachent pour leur profit personnel des revenus outrageants au détriment des malades, injustes pour les confrères qui s'efforcent de composer avec un système irréaliste. Cela fournirait l'outil nécessaire pour faire la preuve des abus. Tel revenu litigieux commandant tant d'heures de travail aux termes des négociations elles-mêmes, il serait facile d'exiger la preuve des heures supplémentaires travaillées ou d'établir leur invraisemblance. Cet élément temps ajoute une dynamique intéressante.

Responsabilités professionnelles collectives

Au-delà des erreurs gouvernementales il y a des responsabilités que la profession devra assumer si elle ne veut pas voir se poursuivre les ingérences extérieures. La grande particularité d'une profession, comme il est convenu de le croire dans notre société, est précisément de pouvoir se gérer par elle-même; elle formule son code d'éthique et se donne la responsabilité de voir à son respect. Comme une profession se réserve l'exclusivité des services qu'elle rend, elle doit donc, à moins que l'on ne l'en empêche (penser aux effectifs), se voir responsable de la distribution de ces services à la société. La profession a également le devoir de définir les obligations de ses membres, devoirs inhérents à la pratique même de cette profession. Pour la médecine cela implique la participation à la distribution des soins comme la garde, l'équilibre de la répartition des effectifs, la responsabilité de l'ensemble des services. Et, en toute conscience, cette obligation demeure quelles que soient les ingérences des gouvernements. C'est toute la question de la responsabilité subalterne qui se pose ici. Toute autre attitude est une compromission collective coupable.

On ne peut pas laisser se détériorer une situation locale sans que la collectivité professionnelle sur place ne réagisse. Comment un hôpital qui, il y a quelques années, était considéré essentiel à la pratique des médecins, peut-il se retrouver tout à coup presque sans personne pour assurer les soins, tous ces médecins s'étant réfugiés dans leurs bureaux? Nous devons réaliser que l'on ne peut écremer d'une profession que ce qui fait notre affaire extemporanément.

Cesser de couvrir les déficiences du système

Jusqu'à un certain point, la profession médicale a couvert les déficiences du système de santé allant souvent même jusqu'à se laisser imputer l'odieux de la situation. Que ce soit un problème d'admission hospitalière, une instrumentation désuète, le réemploi de fournitures jetables, des procédures diagnostiques inacceptables, une limitation dans les moyens thérapeutiques, peu importe, le médecin a été coïncé et emmené à accepter la situation par la force des choses. Le choix d'attitude n'existe plus lorsqu'on est face au patient. L'impossibilité d'agir sur la cause ne peut empêcher de soigner. Le ciseau défectueux au bloc opératoire,

l'appareil à coagulation qui fonctionne mal, même si ce sont des problèmes qui se perpétuent, ne peuvent empêcher de poursuivre d'opérer. Ces exemples sont banals volontairement. Le problème n'en est pas moins grave et les raisons de cette soumission forcée multiples.

L'interlocuteur obligatoire du médecin dans ces circonstances est l'administration hospitalière. Cette administration est entièrement soumise au gouvernement, son patron, et forcée de ne penser que budget sous peine de sanction, encore budgétaire. Pour elle aussi l'activité doit obligatoirement se poursuivre. Cette administration doit s'efforcer de minimiser les problèmes auprès de la presse pour faire bonne figure et ne pas soulever de vagues. En somme lutter contre l'administration par les médecins est par définition sans objectif et même contreproductif. Ces administrations sont acculées aussi à l'impossible et forcées parfois d'accepter l'inacceptable; on n'a qu'à penser aux contaminations fongiques de certains hôpitaux, récemment révélées dans les journaux.

D'autres paramètres viennent encore ancrer davantage cette impuissance des médecins dans leur milieu de travail. Les médecins et les services sont en lutte pour s'accaparer les maigres ressources disponibles. Des exigences supplémentaires n'auraient comme résultat final que la limitation du nombre d'hospitalisations, d'admissions dans leur service; les pisse-vinaigre y verront d'emblée une lutte pour les revenus! Mais il faut voir surtout l'impossibilité pour le médecin de traiter ses malades, l'allongement des listes d'attente, les cas remis à répétition et autres conséquences pénibles. Finalement et non le moindre des aspects, toute mise en cause de ce genre de situation prend la forme d'une confrontation avec l'administration et finirait, pour gagner, par prendre en otage le malade et cela, les médecins le tolèrent mal; ils laissent tomber.

Le sensationnalisme qui peut découler d'une mise en question publique des services ne fait rien de bon que d'assombrir le marasme. Il en résulte une inertie, une acceptation forcée qui a tendance à neutraliser toute critique constructive. On est en plein fonctionnarisme piégé. Le rôle de « *whistle blower* » est difficilement miscible, pour le médecin, avec la poursuite d'une pratique face à « ses malades », ses confrères et l'administration. Peut-on espérer qu'un retour à la participation à la gestion permettrait une issue plus favorable?

Responsabilité départementale

Toute la structure de la gestion de la profession médicale et de ses activités en milieu hospitalier est basée sur le concept de département centré sur la pratique d'une spécialité particulière. La gestion en est confiée à un directeur et couvre à la fois la responsabilité des effectifs, la qualité des soins et l'organisation des services. C'est le regard le plus éclairé possible sur l'ensemble des activités du département comme des individus qui le composent. La qualité des soins et des services en dépend; c'est l'autorité au front.

Il est malheureux de pouvoir dire que trop de directeurs n'assument pas vraiment ces responsabilités. On peut même dire que tout médecin lucide travaillant dans un hôpital pourrait pointer sans hésiter nombre d'abus ou de pratiques inacceptables qui se poursuivent ainsi dans l'indifférence et la tolérance. La direction départementale pratique les mêmes refuges de survie que décrits antérieurement pour les individus. La dure réalité montre que dans les choses sérieuses il n'y a pratiquement aucune prise sur le contrôle de qualité des soins et des services autre que la bonne volonté des individus. Mais de sanctions vraies disponibles, le directeur n'en possède aucune. Les démarches légales sont pratiquement impossibles tellement elles traînent en longueur et requièrent des coûts prohibitifs en temps et en argent; elles sont d'ailleurs difficilement couronnées de succès significatif. Il n'y a qu'une chose qui permette de contrôler la qualité professionnelle d'un département et c'est la force morale d'un directeur agissant de pair avec la collaboration des membres de son département, partageant les mêmes conceptions que

lui. Cela s'appelle le « *milieu* ». C'est la dérogation à cette règle commune qui permet d'identifier les cas problèmes. Or dans beaucoup de cas cette unité de pensée, ce support n'existent plus; le « *milieu* » s'est dégradé ou dissous.

On comprendra que dans les circonstances actuelles de la pratique hospitalière il devient de plus en plus difficile de trouver des candidats pour de tels postes de direction de départements. Comme la nature a horreur du vide ces postes se remplissent tant bien que mal; on laisse deviner le reste. Ces postes de direction sont pourtant les clés de voûte du système et leur statut se doit d'être épaulé et valorisé.

Du côté positif maintenant, avec un peu de chances il existe dans un département une activité scientifique et une émulation mutuelle que seule la collaboration de groupe permet. La portion de la gestion qui se fait généralement le mieux est la répartition des tâches et la couverture hospitalière des besoins de l'hôpital par la spécialité. Ces aspects sont suffisamment positifs en milieu hospitalier pour qu'on souhaite que la pratique extra hospitalière de la Médecine Générale ou de la spécialité relève également d'une structure administrative régionale similaire à celle du département hospitalier. La responsabilité de la distribution des soins d'une région, la coordination du travail et le contrôle de qualité ne peuvent guère être assurés efficacement que par une telle structure départementale et endossée collectivement par l'équipe. Il semble que la création des Groupes de médecine de famille (GMF) aille en ce sens. Chose certaine, on ne peut plus continuer de laisser les pratiques privées libres de toute responsabilité collective.

Patterns de pratique

De pair avec les organismes professionnels responsables il faut créer des patterns de pratique qui permettent en premier lieu de définir officiellement les grandes lignes de la pratique concrète de tous les jours. Ces patterns pour être définis devront être issus de la collaboration majeure essentielle du milieu médical. Ils acquièrent ainsi une forme de légitimité. Si un pattern préconise un traitement et qu'il n'est pas disponible ou que l'on fait des difficultés administratives pour en pourvoir le malade, le praticien pourra dans ces conditions documenter sa position. C'est déjà une chose réconfortante pour ce praticien que avoir une règle contre laquelle mesurer son acte et justifier son attitude. Il cessera de couvrir les carences imposées par les budgets, de couvrir le faux des discours administratifs et politiques. On peut même penser qu'un jour on arrivera à déterminer la compétence requise, expertise et expérience, pour poser certains actes. Il en irait de même pour les équipements requis. Une inadéquation quelconque faciliterait la décision de transfert des patients dans une autre institution.

Avec de tels patterns de pratique il serait également intéressant pour les directeurs de département et les administrations, dans les spécialités où cela est possible, de vérifier les indications thérapeutiques ou chirurgicales en fonction de critères rationnels acceptés. Ceci pourrait prévenir des abus du genre « cataract ou prostate free zones ». Il serait intéressant de contrôler les listes d'attente des examens ou des traitements, de les réduire aux normes; des surprises attendent plusieurs.

Autre avantage possible bien que non acquis d'emblée, la présence de patterns standards de pratique pourrait être d'un excellent recours sinon un bon moyen de prévention de poursuites légales. De tels patterns ne constituent en rien des pare-feu en matière de responsabilité légale, car dans beaucoup de cas, les juges sont durs d'oreille et ne se satisfont pas toujours de telles

normes. La justice table beaucoup sur le fameux *consentement éclairé*. Il est évident que des traitements sont faits en taisant des complications possibles. Mais la question se pose, comment *éclaire-t-on* une personne qui ne peut pas ou ne veut pas comprendre? Peut-être la profession pourrait-elle faire expliquer clairement par l'appareil judiciaire comment on « éclaire » certains individus, que l'on pourrait leur indiquer, pour qu'ils prennent leurs décisions éclairées ou un profiteur qui, pour pouvoir poursuivre, développe tout à coup une amnésie sélective? Au lieu de se contenter de juger, l'appareil judiciaire pourrait peut-être « éclairer » les médecins! Pourrions-nous les inciter à le faire?

Penser économie

Économie! Le mot est devenu synonyme de consommer, c'est-à-dire, de dépenser, souvent, de gaspiller. Penser économie, c'est à dire minimiser la dépense rationnellement, est à notre époque un concept presque contre-nature. Même le vocabulaire trahit la pensée. Jadis, ici comme dans la majorité des pays dans le monde encore aujourd'hui, on 'économisait' l'eau, l'électricité, le papier, l'essence, le chauffage. Les plus âgés « ménagent » encore les essuie-tout! L'actuel gaspillage en nourriture seule dépasse l'entendement. En fait, parce que nous sommes encore assez riches pour nous le permettre, cela ne nous pose pas trop de problèmes.

Jadis (réminiscence!) on y pensait à deux fois avant de prescrire une série d'examens coûteux si de toutes façons ils n'allaient vraisemblablement rien changer à un traitement symptomatique; l'explication est simple, le patient payait et le médecin était forcément impliqué. Le « dossier complet » ne constituait pas un dictat et la confiance clinique était plus grande. La poursuite de l'élimination systématique de l'ultime rareté n'avait pas encore contaminé la pratique. Mais la danse est finie. Il faudra inculquer par tous les moyens le sens de la nécessité de gérer le coût de notre activité professionnelle même si cela implique gérer le risque. Cette réorientation culturelle devra se faire sur le plan personnel; il s'agit véritablement d'un recyclage professionnel personnel.

Il faut penser remise en question des coûts très exactement comme on essaie d'introduire le concept de recertification dans la pratique. Pour les moins initiés, la médecine préconise l'obligation de repasser périodiquement des examens de compétence pour pouvoir continuer à pratiquer. Les organismes responsables exigent l'obtention d'un certain nombre de crédits d'enseignement continu annuel. Il faudra en profiter pour faire une rééducation des médecins en termes d'économie. Au-delà des efforts personnels, tous les organismes responsables devront emboîter le pas et supporter un effort collectif dans le même sens. Peut-être verrons-nous se dessiner dans les multiples congrès qui ne font finalement que se répéter pour la plus grande partie de leur contenu, une valorisation de l'étude des concepts socio-économiques de la pratique médicale. Lorsque, dans le système actuel, l'intérêt économique (le rendement, les revenus) s'est manifesté, il a été impressionnant de voir combien de dogmes ont été tout simplement balayés. De l'immobilité post-opératoire on est passé à la chirurgie en externe; de l'hospitalisation impérative aux soins à domicile; de l'accouchement par spécialiste à l'hôpital aux sages femmes. Des examens de contrôle périodiques de routine jugés essentiels sont devenus caduques lorsque cessés d'être couverts par l'Assurance Maladie. La liste pourrait se poursuivre indéfiniment. La conclusion voulue est la suivante. Si on se met à penser économie on fera des économies sans que ce soit au détriment des malades. Il faudra malheureusement faire face aux exigences des patients, accumulées en cours d'années, dans l'illusion générée par le système. Il

faudra également affronter les exigences théoriques que donne le regard rétrospectif si facile de la justice. Comment faire?

L'habit du moine

On aime bien dire que « *l'habit ne fait pas le moine* », mais connaissez-vous un ordre ne respectant pas une règle vestimentaire? On y apprend une démarche digne, on construit un milieu à la hauteur de ce que représente la « vocation ». On ne peut certes malheureusement pas affirmer la même chose de l'ensemble de la profession. Quand on trouve des étudiants en médecine dépenaillés, assis par terre dans les corridors pour palabrer, à l'étage des patients, (*vu régulièrement dans un hôpital universitaire*) on n'a pas à s'étonner de les retrouver, barbu et hirsute, en habit de bûcheron entrant dans sa salle d'examen avec son chien pour recevoir les patients (*documenté*), présider en tant que vice-doyen un comité de nomination de directeur de département en bottes Grebbs délacées, chemise à carreaux et le reste à l'avenant ou recevoir en tant que doyen un organisme national majeur en habit de jogging et puant la transpiration (*faits observés*). Si nous voulons redresser la tête comme profession, reprendre notre rôle de pilier de société, respecter la vie, objet de notre profession, ne tolérons pas un cadre de pratique indigne de nos aspirations. La tenue stimulera peut-être la discipline intellectuelle, qui sait, celle-ci peut-être la dignité humaine. Winston Churchill avait-il raison: '*shape your dwellings and your dwellings will shape you*'?

Conclusion

*La réanimation d'une profession*¹⁷

L'inadmissible, l'incompréhensible de la situation actuelle des soins de santé n'est pas qu'une assurance maladie d'état en vienne au bord de la faillite à cause de la spirale des coûts; le phénomène est commun. Ce qui l'est, c'est qu'on ait réussi à détruire l'âme de la profession sur laquelle un système de santé doit forcément s'appuyer pour fonctionner. Comment s'y prendre dans ces conditions pour repartir à neuf, quand la vision nécessaire, la volonté n'y sont plus. Une chose est certaine, la réanimation d'une profession ne peut réussir qu'en relançant depuis l'intérieur son dynamisme propre. Cela nécessite une certaine lucidité, un objectif et la recherche des moyens pour y arriver. Pour relancer la médecine deux facteurs devront s'imposer, effort de pensée et leadership.

Il faudra que des meneurs se dressent comme on en voit naître en période de crise. Nous attendons de ces hommes et de ces femmes qu'ils fassent valoir à tous les niveaux une vision à plus long terme que ce que nous connaissons. Nous avons besoins de jeunes et de moins jeunes encore capables d'être mobilisés par un rêve à concrétiser, une passion. Il leur faut des objectifs débarrassés d'idéologies préconçues, basés sur des principes fondamentaux plutôt que sur des intérêts individuels ou des avantages momentanés de caste, de groupes ou de spécialités. On attend de ces individus qu'ils animent les organismes, les syndicats et les associations dont le rôle social a franchement avorté dans les dernières décades. Ils doivent repeupler le vide créé par

¹⁷ Réanimation : terme médical désignant la mobilisation de toute urgence d'une équipe dont le rôle consiste à rendre à la vie un patient à toutes fins pratiques mort, par arrêt cardiaque par exemple.

l'abdication. Il faut vraiment comprendre que le retrait, la fuite dans le mutisme des meilleurs éléments finira par niveler même le peu qui reste. Toute rénovation fondamentale du Système de Santé ne verra le jour que grâce à ce leadership qui donnera l'élan et la direction au mouvement.

Chapitre 5

Le monde académique, un moteur en panne

En ce qui concerne la profession médicale, le monde universitaire est un moteur en panne. Dans une discussion sur les problèmes de la Santé on ne devrait pas en principe avoir à pointer du doigt ce milieu comme étant partie du problème; il l'est pourtant et à plusieurs titres. En ce qui a trait à la Santé, le milieu académique s'est fonctionnarisé, il a cessé de penser pour administrer alors qu'il laissait aux fonctionnaires monopoliser le rôle de penser au lieu de se contenter de gérer; le monde à l'envers! Le milieu académique a oublié que les préoccupations budgétaires et les enjeux administratifs ne sont, pour lui, que des moyens d'assurer sa présence culturelle dans le milieu.

Mais qu'est-ce que le monde académique? Il faut entendre collectivement les grands gestionnaires universitaires ainsi que tous les professeurs de toutes ces facultés, cet immense aréopage d'individus que la société entretient, scientifiques, mais aussi sociologues, économistes, philosophes, historiens, éducateurs. Il faut tout inclure même les responsables de la formation pré universitaire qui préparent les contingents conduits aux portes des écoles professionnelles. Ce sont tous ces individus qui, collectivement, fabriquent les administrateurs, les gouvernants, les

professionnels, les penseurs. C'était collectivement le rôle de tous ces individus que de dénoncer ce qui se passait en Santé. Ils n'ont rien fait!

Abdication intellectuelle

Le milieu académique n'a pas réagi, il n'a pas produit une pensée agissante face aux dérapages socioculturels que nous avons connus. Il a laissé démembrer la profession médicale. Il a observé en silence la dissipation d'une génération. En tout cela ce milieu académique s'est laissé happer comme tous les autres par la facilité bien pensante, un socialisme faiblard, les idées simplistes et mal appliquées par surcroît, des écoles d'administration. Les penseurs, ou, en tous cas, ceux dont cela eut dû être le rôle que de penser, dont on dit qu'ils forment l'élite intellectuelle, ont joint les rangs des tièdes, des ternes, incapables de remettre leur société en question. Le prestige universitaire, la crédibilité qui en découle auprès de la population, rend cette abdication coupable d'omission.

Encroûtés dans leur conformisme confortable, les académiques se sont contentés d'exister, parfois même d'exceller dans leurs tours d'ivoire respectives. Dans l'ensemble, il n'y a pas eu ce cri d'alarme qui eut été salutaire, il n'y a pas eu cet apport culturel que l'on était en droit d'attendre. Sans exiger de ce milieu qu'il descende dans la rue, la société devait pouvoir compter sur lui pour secouer l'asservissement général devant les politiques politiciennes et les idéologies.

Pour une gestion responsable de la formation

Le recrutement en médecine

Il existait, avant l'ère actuelle, un pattern d'admission dans les facultés dont le produit correspondait assez fidèlement à un modèle traditionnel satisfaisant les besoins de l'époque; la situation était facile à gérer. Des redressements s'imposaient. Peu à peu des changements dans les critères d'admissions se sont introduits. La facilité, la crainte des poursuites légales, on n'a pas idée de l'importance de ce facteur, ont poussé les facultés de médecine à finir par ne plus tabler que sur les bulletins de notes, en somme la performance en bachotage des individus. La sélection des candidats sur bulletin de notes est devenue une opération qu'une secrétaire ferait tout aussi bien qu'un vice doyen tout en permettant d'économiser. On a développé toute une rationalisation pour excuser cette facilité: souci de justice, élimination du subjectif, crainte des poursuites légales.

Dans ces conditions, avec la pression féministe et le simple fait que les notes scolaires des filles sont généralement supérieures à celles des garçons de même âge, les admissions des femmes en médecine ont crû. Croître, arriver à la parité sont une chose, mais culminer à plus de 80% des admissions dans certains cas en est une autre. L'impact de ce changement dans la répartition géographique des effectifs, la nature même de ces effectifs dans le partage des tâches et la distribution dans les spécialités ont profondément modifié le profil de la profession. Au-delà de cette discrimination passive, ce type de recrutement se solde aussi au détriment d'un autre type d'individu défavorisé par les normes utilisées qui aurait pu être possiblement mieux adapté pour certains aspects de la pratique médicale.

Tout ce qui précède sur les admissions en médecine ne constitue en rien une prise de position sur la question des femmes en médecine; c'est le constat d'une nouvelle situation, l'affirmation simple que le milieu universitaire a la responsabilité de se mettre à réfléchir pour évaluer le changement social majeur qu'il a permis par sa façon de recruter, sans contrôler les résultats ni en prévoir les conséquences. Maintenant, le fait est là. Le milieu universitaire l'a permis et la société doit le gérer.

Des curriculum non fonctionnels

Une vague de vedettisme dans l'application de principes pédagogiques déconnectés de la réalité de la formation d'un corps médical apte à répondre aux besoins de la société a déferlé dans l'enseignement de la médecine. Le « *nouveau curriculum* » devenait un atout de recrutement pour les facultés; le vedettisme prenait le dessus. Ces principes de formation, tenant plus du niveau primaire ou de la maternelle que du niveau universitaire, ont fait comme un gant à une génération de jeunes mal préparés au niveau collégial pour déboucher dans l'apprentissage d'une profession lourde.

Il n'est pas facile pour le non initié de comprendre ce que l'on appelle pompeusement les « *nouveaux curriculums* ». La pierre angulaire de ce système consiste en ceci : plutôt que d'essayer d'enseigner de la matière il faut apprendre aux étudiants à apprendre. Comme la médecine évolue rapidement il est presque inutile de leur fournir du contenu, entendez des connaissances, puisqu'elles changeront. On leur laisse donc découvrir par eux-mêmes « des » connaissances dans quelques notes et livres de références, par petits groupes dirigés par un tuteur. Comme il s'agit d'un « processus d'apprentissage personnel de la connaissance », il n'est pas nécessaire que le tuteur soit compétent en la matière, au contraire car il souffrirait de « couvriturite », ce sacrilège de vouloir transmettre trop de connaissances, pénible attitude qui engorgeait le vieux système. Ainsi un psychiatre peut aussi bien « *tuteurer* » un problème d'obstétrique qu'un neurochirurgien ou un ophtalmologiste, un problème de gynécologie (expérience refusée par l'auteur). Au lieu d'un cours sur l'hypertension par un professeur, dix à quinze professeurs, durant cette demi journée, assisteront à l'expérience de l'auto découverte des connaissances partielles sur le sujet de dix à quinze petit groupes, isolés dans les anciennes salles de cours subdivisées en cubicules. Cette maïeutique¹⁸ aura peut-être appris aux étudiants à apprendre, c'est loin d'être certain, mais ils ne sauront pas qu'ils sont ignorants et de dix à quinze professeurs auront perdu leur temps au cours de cette période.

Il faut un examen de conscience en profondeur dans le milieu académique et se demander si c'est intellectuellement défendable d'avoir permis de rabaisser ainsi le niveau intellectuel de l'expérience universitaire. Si vraiment ces jeunes nous arrivent sans le minimum de préparation intellectuelle requise pour se lancer dans l'acquisition massive des connaissances dont ils auront besoin au cours de leur vie professionnelle, ne faut-il pas penser les renvoyer faire une année ou deux d'apprentissage, de formation, le temps de se cultiver un peu peut-être? Jadis encore, certains collèges, bien qu'exceptionnels, étaient considérés par la faculté comme ne fournissant pas suffisamment de sciences dans leurs programmes. On exigeait de ces étudiants une année de prémedical axée sur les sciences. Un jeune issu d'un collège réputé de Montréal, jugé trop jeune et mal préparé fut forcé de faire deux années de formation avant d'être accepté à la faculté de médecine de Huston, Texas.

¹⁸ Maïeutique : Méthode par laquelle Socrate, fils de sage-femme, disait accoucher les esprits des pensées qu'ils contiennent sans le savoir (Petit Robert).

Finalement, autre aspect non négligeable, ces curriculum drainent les capacités du corps professoral d'une façon drastique. Ils multiplient par plus de 10 à 15 le nombre de professeurs affectés simultanément à certaines tâches au cours des premières années. On a en conséquence crié au manque d'enseignants. Pour parer, on a soustrait ceux-ci à leurs tâches cliniques. Souvent même, pour combler les besoins et selon le principe d'inutilité de la compétence, on a recruté allègrement dans l'enseignement médical des gens inaptes à le faire ou tout simplement marginaux ou incompetents mais aptes à « tuteur » ». Et tous ces théoriciens, ces vocations tardives, avec le vent dans les voiles, se sont littéralement emparés de la gestion de l'enseignement dans les facultés. C'est cela aussi qui est très grave. Et tout s'est déroulé, en continuant de vivre une méfiance profonde pour l'usage de l'informatique et la collaboration interuniversitaire par satellite ou autres moyens contemporains.

L'évaluation inadéquate

En matière d'évaluation, il a été tout naturel de se fier corps et âme pendant longtemps aux spécialistes en éducation et de se contenter d'utiliser les choix multiples pour mesurer les connaissances. Le choix multiple n'est pas un instrument de niveau universitaire. On peut réussir un choix multiple et être d'une ignorance fondamentale crasse en la matière. Le choix multiple ne ménage pas de place à l'évaluation des qualités requises pour savoir douter. Il ne permet pas d'évaluer le jugement, la force de caractère requise pour le métier. Tous les autres critères, jugés comme relevant du subjectif, furent écartés.

L'évaluation n'est pas entièrement la responsabilité d'une faculté en particulier. Elle doit satisfaire à des normes issues d'organismes d'accréditation. Pourtant, ces organismes n'existent pas par l'opération du Saint-Esprit. Ils sont créés, endossés et supportés par l'ensemble des facultés de médecine, chacune étant partie prenante dans la délégation d'autorité. La justification par l'exigence d'organismes extérieurs comme le Collège Royal ne tient donc pas. Or ces organismes ont été happés par les idéologues de toutes espèces, les *docimologues* en particulier. Non seulement nous avons suivi mais nous avons innové dans le domaine. Encore ici le Petit Robert est lumineux. (Figure 5).

docimologie [dCsimCICFi] **n. f.**

...répandu v. 1960; v. 1945 au Québec; gr. *dokimê* « épreuve » et *-logie*

♦ **Psychol.** Science qui étudie les différents moyens de contrôle des connaissances.
Spécialiste de la docimologie (**n. DOCIMOLOGUE**).

Figure 5 Extrait du Petit Robert; définition de « docimologie ».

On a permis un système où le professeur seul est véritablement mis en cause au profit de toutes sortes d'avantages non scolaires ou intellectuels des étudiants autres que l'acquisition de leur formation. Il faisait partie de la responsabilité des facultés de percevoir l'ineptie des évaluations de ces organismes. Mais les critères demeurent, superficiels et peu valables, aussi incapables d'évaluer la compétence des candidats que les programmes qui les forment. Les facultés ont promu l'ignorance quand ce ne fut pas l'incompétence au rôle d'évaluation des expertises.

Se donner un modèle pour le futur

Les nouvelles règles d'admission en faculté qui seront mises de l'avant vont exiger, si on veut être conséquent, des critères d'admission plus compréhensifs, capables de tenir compte des nouveaux objectifs qu'on se sera donnés. Il est bien clair que les notes reflétant le strict bachotage, ne couvrent qu'une partie bien restreinte des qualités requises pour la pratique médicale.

On pourrait quand même essayer de se former une image du médecin qui ne soit pas dominée par celle du parfait fonctionnaire qu'on tend à lui donner. On parle toujours des qualités humaines, de l'humanisation de la médecine. Ne pourrait-on pas essayer de déceler les qualités correspondantes à cette image face au métier qui attend les candidats; esprit d'équipe, curiosité scientifique, attitude devant la maladie, jugement, sens du discernement dans les options, courage, capacité morale d'encaisser le risque ou l'impuissance de la médecine. Le moins que l'on puisse espérer serait que les critères d'admission et d'évaluation que les facultés nous fourniront n'éliminent pas d'emblée, presque par définition, d'éventuels bons candidats dont nous aurions besoin.

Si notre capacité d'évaluation s'avère incapable de favoriser la diversité des candidats, peut-être devrions-nous nous rabattre sur l'enseignement des valeurs recherchées; discipliner les faiblesses avec poigne, encourager les qualités responsables de l'action, les dynamismes de la personnalité, le courage. Même si impossible à noter on peut favoriser ce qui fait la différence. Ce qui comptera finalement c'est le modèle que se donneront les facultés. Ce modèle sera aberrant si toutes les facultés continuent d'essayer de produire, par un enseignement biaisé en conséquence, des soi-disant « *académiques* ». Calquer un modèle facultaire là-dessus, c'est rater la formation du plus grand nombre et probablement la cause de certaines pénuries déplorées à juste titre.

Il y a un problème majeur. Il est pratiquement impossible, impensable peut-être, de remercier un candidat dont on a la certitude qu'il n'est pas à sa place en médecine et encore moins en spécialité. Il faut un courage énorme pour entreprendre une telle démarche car on peut être certain que l'on sera seul, souvent sans support des confrères ou même de la faculté. Et si on réussit à congédier un candidat d'un programme, on peut être presque certain qu'il sera récupéré dans un autre, mais jamais remercié de l'ensemble des facultés. A moins de condamnations criminelles, d'abus publics de drogue ou de prédation sexuelle manifeste, il y a peu de chances pour qu'un candidat accepté grâce à ses notes au bachotage pré universitaire, ne finisse pas médecin d'état, à salaire confortable, jusqu'à l'âge de la retraite.

L'apprentissage du métier

Il faut reposer ici la question du lieu d'apprentissage du métier de médecin. Il est à peu près certain, ceci est une opinion, que le lieu d'exposition privilégié pour l'étudiant en médecine au départ soit celui de la première ligne, de la pratique générale avec un apport d'appoint seulement de la haute spécialité. Répandre les étudiants débutants dans un hôpital tertiaire est une opération de gaspillage trop coûteuse et certainement non réellement valable à ce niveau de

leur formation. Cette opération draine inutilement vers l'enseignement, les compétences précieuses d'individus qu'on voudrait voir s'occuper d'autre chose. Elle paralyse les systèmes diagnostique et thérapeutique majeurs inutilement. Par expérience on sait qu'elle ralentit le fonctionnement et partant, le rendement d'une institution dont nous avons par ailleurs un besoin criant des services.

Le contact avec le tertiaire ne devrait venir que quand l'étudiant possède une base suffisante pour profiter de l'expérience. Au niveau pré doctoral, le contact avec le tertiaire devrait se faire à travers la consultation et ne servir qu'à l'ouverture de l'esprit; faire comprendre que des connaissances existent pour traiter les malades au delà du bagage de base personnel, qu'il y a un monde de connaissance accessible pour la poursuite des études et des traitements, en somme générer l'ouverture d'esprit, la curiosité intellectuelle, l'inquiétude salutaire. Mais en même temps leur donner un bagage de connaissances pratiques opérationnelles qui fasse d'eux des gens fonctionnels.

Faire former en centre tertiaire, par des super spécialistes, des gens qui s'en vont en pratique générale équivaut à leur inculquer la conviction de leur incompétence, de l'insuffisance de leurs connaissances quand ils arriveront en pratique. Auraient-ils les deux qu'ils se retrouveront sans les laboratoires ou les équipements requis dont on leur a parlé ou qu'ils ont utilisés eux-mêmes. Une telle situation équivaut à une castration intellectuelle. On se demande parfois si ce n'est pas un vestige de l'ancienne mentalité colonisatrice qui existait jadis et qui consistait pour les spécialistes à se créer des territoires, des réseaux de référence de patients.

L'argument voulant que de baigner dans le tertiaire pour les étudiants en médecine génère des vocations en spécialité et en recherche est fallacieux. Il n'y a aucun problème en ce qui a trait à la carrière de clinicien chercheur que l'on tente d'éveiller. Ce contingent dépasse rarement un faible pourcentage des promotions; ils y viendront de toutes façons car c'est pour eux une exigence intellectuelle. Ils y viendront d'ailleurs souvent « malgré » le niveau intellectuel du milieu et malgré le peu de support universitaire. Il ne fait aucun doute qu'un enseignement, une formation qui éveillent l'intellect et trempent le caractère de l'ensemble des étudiants saura éveiller l'intérêt pour la spécialité et la vie académique chez ceux qui ont ce genre d'exigences. Enfin, à un tout autre niveau de réflexion, il faut à tout prix refuser l'accès au malade à tout étudiant qui n'a pas le bagage de connaissances requis pour profiter de l'expérience. Il faut déjà que le professeur puisse dialoguer métier avec l'étudiant.

Sortir l'enseignement pré doctoral des mains presque exclusives des spécialistes ne veut pas dire le confier à un corps professoral de médecine générale non préparé en conséquence. Il ne faudrait pas que l'aveugle conduise le sourd. Il faudra une attention particulière pour que la querelle historique spécialistes-généralistes ne vienne encore une fois oblitérer les choix rationnels. Cette erreur a conduit, en réaction, des individus parfaitement ignorants dans une spécialité à devenir les experts enseignants du domaine. Souvent le vrai programme de cet enseignement consisterait simplement à prendre en note les erreurs de référence de la semaine qui a précédé le cours. On voit d'ici la difficulté; le généraliste peut ne pas savoir et le spécialiste en savoir trop dans son domaine et ne pas ajuster son enseignement. L'objectif demeurera toujours d'enseigner ce que le généraliste pourra reconnaître dans sa pratique et les habiletés techniques que permettra sa situation de travail. C'est un équilibre à découvrir.

Négligence de la recherche clinique

On discutera plus loin comment la recherche clinique constituerait un instrument précieux pour gérer la Santé si seulement on savait s'en servir. Il sera également question du fait que ce type de recherche soit dangereusement en voie d'extinction. Voilà encore un domaine où les facultés de médecine ont manqué à leur vocation par absence de vision. Les facultés ont appuyé à fond la recherche fondamentale au détriment de la recherche clinique parce qu'elle permettait beaucoup plus facilement de rafler des bourses salariales, dégageant ainsi les budgets d'autant (*soft money*) ou encore de cumuler des octrois de recherche qui haussaient la cote de l'institution au palmarès des facultés du pays. On peut même aller jusqu'à dire que le peu de recherche clinique qui existe n'a été réussi que malgré les milieux cliniques facultaires départementaux et les administrations. Le déclin de la recherche clinique est entièrement la responsabilité des facultés.

On argumentera que les responsables sont les grandes agences commanditaires d'état. Mais ce sont les facultés qui devraient les animer. Au contraire elles ont laissé meubler les directions de ces agences de façon telle que la recherche clinique n'y a plus trouvé sa place. Même le sacro saint Institut de recherche en Santé du Canada admet l'état de crise (l'auteur a été membre de sa commission d'enquête sur la disparition de la recherche clinique). Et pourtant, on parle de la recherche fondamentale comme de la « recherche en Santé » parce que cela permet d'aller chercher de plus gros budgets aux divers paliers de gouvernements.

On peut également reprocher aux facultés de médecine d'avoir laissé dominer la recherche en Santé par l'industrie pharmaceutique. L'importance des octrois de ce secteur a complètement déséquilibré la mentalité académique. Le veau d'or de la rentabilité commerciale a tout pénétré. Les départements et les disciplines qui s'y prêtent sont devenus entièrement peuplés de chasseurs de primes, les fameuses « molécules commercialisables ». La course aux octrois n'est nourrie dans bien des cas que par le fantasme de créer *sa compagnie*. Les facultés rattachées à ce secteur biologique ont accaparé l'intérêt des grands administrateurs universitaires et refoulé dans l'ombre en même temps que la recherche clinique, à la fois, la vraie recherche fondamentale et la recherche en Santé des autres facultés comme les sciences humaines, par exemple. Ce phénomène, s'il n'en est pas la cause, est certainement un des facteurs qui ont aidé à faire cesser de *penser* les facultés de médecine et les universités en ce qui a trait à la Santé.

Conclusions et recommandations

Justification des revendications

Il faut, pour admettre les blâmes émis contre le milieu académique, comprendre que la Santé est une institution socioéconomique autonome, une personne morale. La Santé est l'objet d'une attention spécifique à cause de ses coûts et de ses défaillances en services autant que par son importance propre. Comme institution, la Santé a des exigences essentielles à son bon fonctionnement. Certaines de ces choses se négocient avec le gouvernement : budgets d'opération et équipements. D'autres lui sont fournies par le milieu universitaire; formation de sa main d'œuvre. Ces deux interlocuteurs, gouvernement et milieu universitaire devraient être responsables, avec la profession médicale, des politiques de Santé. L'université n'a pas rencontré sa part des obligations qui lui incombait alors que la profession médicale, elle, se faisait réduire au silence.

Discerner entre Santé, enseignement pré médical et vocation académique

Une sérieuse réflexion devra être engagée pour arriver à départir les responsabilités respectives en enseignement, en activité académique, en recherche et en service hospitalier dans les institutions affiliées aux universités. Ceci rejoint toute la question de la catégorisation des soins discutée au Chapitre 9 et la mobilité du corps médical que cela implique. Pour optimiser le rendement et créer des masses critiques, il faut arriver à concentrer l'enseignement prédoctoral et son apprentissage dans les centres où se fournit la production massive de soins ressemblant à l'éventuelle pratique, les centres primaires et secondaires. L'enseignement post doctoral des spécialités serait principalement concentré dans les centres tertiaires et en consultation aux autres niveaux. La clef de cette redistribution réside dans la mobilisation des personnels enseignants et dans la redéfinition des tâches. Il ressort de tout cela que les facultés et les administrations hospitalières doivent prendre en sérieuse considération l'énormité du drainage en services aux malades que cause dans le milieu hospitalier, la venue de l'enseignement prédoctoral. Le milieu fait face à la double obligation, soins aux malades et préparation de la relève; ce défi mérite que l'on s'y arrête pour réfléchir.

Chapitre 6

Ces organismes qui parlent à notre place

Les syndicats et la Santé

Plus de 40 syndicats dans le seul hôpital Notre-Dame de Montréal, Formule Rand, droit de grève dans le secteur de la Santé, grèves interminables prenant la population en otage, *bumping* à répétition où parfois l'incompétence joue à la chaise musicale; faut-il continuer l'énumération? Faut-il être déprimé ou révolté par les conséquences sociales du syndicalisme tel qu'il est pratiqué dans le milieu hospitalier?

Mais ce qui est grave, c'est qu'alors que les syndicats sont devenus les groupes de pression les plus puissants de la société, alors qu'ils représentent la plus grande partie de la population, ils ont limité leur action aux seuls bénéfices économiques et avantages secondaires; leur seule bannière justifiable, même si poussée au ridicule dans ses applications, étant la permanence. Syndicats professionnels, médecins et infirmières, ont laissé s'effriter les professions qu'ils représentent. Ils ont soi-disant défendu les intérêts de leurs membres sans aucune vision de leur incrustation sociale ou professionnelle. Les valeurs humaines, sociales, culturelles à long terme de ceux-ci ont été ignorées ou simplement servies du bout des lèvres quand ce n'est pas utilisées de façon éhontée.

En Santé, le reproche le plus grave que l'on puisse adresser aux syndicats est d'avoir méconnu la compétence. Cette attitude a péché sous deux aspects majeurs. Le premier a consisté à permettre d'imposer des individus par *bumping*, en fonction de leur seule séniorité. La compétence acquise pendant des années à diriger une clinique de médecine prépare-t-elle à faire face aux soins intensifs ou gérer un bloc opératoire? Et comme si cela n'était pas suffisant le *bumping* se répète au même poste ad nauseam, démoralisant les équipes. Un hôpital universitaire célébra une entente avec ses syndicats; ceux-ci avaient accepté de limiter à trois le nombre de bumpings au même poste! Comment un patient apprécierait-il que le spécialiste dont relève sa maladie ait été remplacé par le plus âgé d'un autre département, sans expérience dans le secteur particulier?

Le second drame découle du premier. Il a été impossible de repérer le talent et de le faire monter dans l'échelle des responsabilités. Il a été extrêmement difficile de créer des équipes homogènes. Un exemple; maintenir en poste une personne qui incarnait l'âme de la compétence et du bon fonctionnement d'un service, l'initiatrice d'une réussite, nécessita des tactiques de Sioux, des contorsions administratives de haute voltige. Le syndicalisme tel que pratiqué rapetisse les professions à leurs dimensions les plus élémentaires.

Faut-il croire que les syndicats représentent exactement ce que souhaitent leurs membres? Cela est moins que certain; ce n'est certainement pas le cas en Santé. Nombre de médecins contestent la représentativité de leurs syndicats. La concentration de leurs préoccupations sur les seuls aspect salariaux et autres avantages matériels déçoit. La fameuse formule Rand est fortement disputée; cette formule permet de prélever, obligatoirement pour tous et à la source, la cotisation syndicale. L'exagération, les œillères des prises de position, les manœuvres politiques, le manque d'envergure des visions mises de l'avant, réduiraient considérablement le nombre de membres si l'adhésion n'était pas imposée. Ne serait-ce pas une façon de revitaliser les prises de position des membres, de les sortir de leur torpeur, eux et leurs syndicats?

Mâter les syndicats?

Les syndicats sont devenus des forces despotiques qui asservissent les gouvernements, prennent les populations en otage et arrivent à nuire à l'économie du milieu même qui les fait vivre jusqu'à pousser à la fermeture des emplois quand ce n'est pas à la faillite des systèmes. Il est à se demander s'il ne faut pas briser les reins de ce monstre afin de le calmer pour un temps, juste le temps qu'il faut pour qu'il se redéfinisse et reprenne une action plus valable. Cela est certainement vrai pour le secteur de la Santé et probablement aussi pour tout le secteur de la fonction publique. Une telle prise de position doit venir à la fois des membres et du gouvernement car l'un ne peut rien sans l'autre.

Organismes et associations

Il y a pléthore d'organismes et d'associations gravitant autour du monde de la Santé et particulièrement de la Médecine. La majorité de ceux-ci, dotés d'administrateurs de passage, sont incapables d'action soutenue. Les grands organismes n'ont adressé les problèmes de la Santé que ponctuellement; des sorties comme des étoiles filantes, sans lendemain, plus conçues pour offrir à leurs nouveaux présidents un moment à la une qu'autre chose. Leurs interventions ne débouchent pas sur la mobilisation intellectuelle de leur milieu; une fois qu'ils se sont

prononcés, cela s'arrête, comme des prononciations d'oracles éphémères. Ce qui qualifie ces organismes pour le moment, c'est l'ampleur de leur inaction.

D'autres organismes consacrent l'essentiel de leur activité à la sanction et à la surveillance de la formation. Ils sont des gestionnaires d'études et d'examens. L'évaluation des programmes de formation est pour plusieurs la justification de leur existence. Et si on en juge par les critiques que l'on peut adresser à ces programmes, on perçoit facilement qu'ils n'apporteront pas grand aide au redressement de la situation en Santé.

Enfin, certains organismes ont comme mission de surveiller l'éthique et le niveau moral de la pratique médicale. Ils sont, pratiquement, des protecteurs des patients, payés par les médecins, et avec autorité de sanction contre leurs membres coupables. Ils n'agissent d'ailleurs qu'en délit grave une fois l'acte commis. Une exception pour le Collège des Médecins qui tente une certaine réflexion en profondeur. Mais encore là il n'y a aucune structure de support, aucune capacité de mobiliser sérieusement le milieu, aucun pouvoir véritable.

En somme aucun organisme ne se donne comme mission propre et permanente d'évaluer le système de Santé et de repenser en conséquence son fonctionnement. De toutes façons, quelque effort que ce soit que puissent fournir les individus à travers leurs organismes il y a peu de chances pour que ces contributions soient écoutées. Elles se buteront d'abord sur l'inertie de leurs membres, puis de leurs concitoyens pour ensuite s'écraser sur le mur imperméable de la machine gouvernementale.

Les medias

On ne niera pas l'énorme capacité d'influencer la société que détiennent entre leurs mains les média. La voracité avec laquelle l'industrie s'arrache, à coups de millions, leurs services pour promouvoir la vente de leurs produits en est une preuve suffisante. Le grand problème que posent les media, c'est qu'en pratique, on n'accède à leurs services que par journalistes et publicistes interposés. Les journalistes peuvent être classés en deux catégories. Éliminons d'emblée la première nuisance publique, toute cette faune d'individus ignares et incompetents, arrivés d'on ne sait ni d'où ni comment, et qui parviennent, sans formation, à meubler les rédactions. Ils personnifient le passage direct du niveau zéro à la capacité de s'exprimer avec arrogance dans des domaines les plus divers, où leur incompetence n'a d'égal que leur manque d'expérience. Le second groupe, celui des journalistes respectables et compétents, n'a que peu d'emprise, ne récoltant comme auditoire que ceux qui pensent déjà pratiquement comme eux; des curés fustigeant en chaire les ouailles présentes, sur l'absence à la messe!

Mais de toutes façons, cela ne serait pas trop grave si la capacité de la population à évaluer ce qui est déversé n'était pas telle que tout est pris au pied de la lettre, sans discernement. Si la moitié de la population a été évaluée dans une enquête nationale comme illettrée au point de ne pouvoir comprendre un texte simple, elle ne pourra sûrement pas plus évaluer ce qu'on lui raconte en matière de Santé. Dans ce contexte, le journaliste chevronné et compétent se situe sur le même pied que les autres dans l'évaluation populaire. La seule différence c'est que les journaux ou les média où les plus intellectuels s'expriment, ne seront pratiquement ni lus ni écoutés, ni même achetés contrairement aux feuilles jaunes.

Les medias pris globalement ne se sentent aucunement la responsabilité de nourrir culturellement leurs auditoires. Au contraire, la cote et le tirage se gagnent souvent à flatter les appétits les moins louables ou constructifs des populations cibles. Les moyens utilisés sont de

même nature. On aurait cru qu'une télévision d'état par exemple se serait fait un devoir de promouvoir un rehaussement culturel général. La plus grande de nos TV d'état atteint-elle son but avec des émissions du calibre des 'Bougons' ou encore 'Tout le monde tout nu' et cela en éliminant de la programmation le peu qui présentait encore une certaine tenue. Quand la publicité de cette TV d'état utilise une figure comme celle d'un orignal en érection qui saute une voiture ¹⁹, on peut justement se sentir trahi par l'usage que l'on fait de l'argent de nos taxes. À un moment où on arrive difficilement à faire face aux coûts de la Santé, plusieurs suggèrent sérieusement sa fermeture.

Du temps consacré régulièrement et fréquemment à la chose publique qui permettrait des exposés sains et rationnels par les responsables, sans pression, au lieu d'interviews mettant en vedette l'intervieweur dont l'exercice consiste à piéger sa victime, serait éminemment souhaitables. On se passerait, en échange, des ridicules débats servant à nous présenter des « *chefs* » pomponnés par les perruquiers, couperosés à souhait, costumés astucieusement à qui on fait jouer le rôle de coqs sous leurs bons angles physiques et oratoires. Toutes ces productions tiennent du vaudeville et se situent au niveau d'une programmation de « *variétés* ».

¹⁹ Annonce publicitaire de Radio Canada; Voilà,

Chapitre 7

Une population gâtée et confuse

On aura facilement fait gorge chaude des commentaires sur le compte des autres mais lorsqu'il s'agit de parler de population, il faut bien comprendre que nous risquons tous de nous retrouver sous la coupe de la critique. Hélas, pour utiliser ce mot déconcertant, nous sommes tous des bénéficiaires de l'Assurance Maladie qui s'ignorent pour peu qu'on y mette un peu de patience. Encore une fois, chacun d'entre nous est partie prenante dans les problèmes actuels et imminents de ce système de santé, à sa manière et selon son niveau.

UNE POPULATION QUI ABUSE ?

Oui, une population qui abuse du système de Santé; *oui, mais!* Nous reviendrons au *mais* plus bas. Il y a eu et continue d'y avoir des abus d'utilisation. Au début de l'assurance santé le mot d'ordre était donné aux réceptionnistes de bureaux de médecins de ne pas inscrire de rendez-vous pour plus de deux personnes de la même famille à la fois. Il en coûtait moins cher de prendre rendez-vous pour la mère et ses deux ou trois enfants que d'engager une gardienne.

On prenait rendez-vous à plus d'un endroit et sans prévenir, on acceptait finalement ce qui arrangeait le mieux.

Mais honnêtement, peut-il vraiment y avoir beaucoup d'abus spontanés actuellement? Y a-t-il vraiment beaucoup de gens assez masochistes pour s'offrir des heures d'attentes sur de mauvaises chaises, dans de pénibles salles, à lire des revues datant de mois et d'années? Ce que l'on appelle les abus sont généralement des situations d'inquiétude qui réclament, dans l'esprit des gens, conseil sur la conduite à tenir. Ce sont des inquiétudes qui nécessitent pour être tranchées une compétence que n'a pas le patient. Peut-on appeler abuseurs ces gens qui pour répondre à ces inquiétudes se présentent aux *urgences*, souvent les seuls endroits possibles pour consulter relativement rapidement?

L'exception, les médicaments

Il faut faire un cas spécial de l'abus de médicaments. On peut admettre, documentation à l'appui, que notre population abuse de médicaments de toutes sortes. On retrouve une espèce de confiance magique aux médicaments, comme une conjuration de la maladie, un fétichisme confortant. Le médicament est une réponse à l'impossibilité d'accepter de ne rien faire devant le malaise ou la maladie. La naturopathie fait fortune à vendre ses décoctions en répondant à ce besoin. Oui il y a abus, *mais!*

Oui, mais!

On a éduqué la population à consulter. La fréquence et la nature des visites, comme des examens diagnostics d'ailleurs, ont été fortement influencées par les critères permis par les cahiers d'honoraires négociés. L'explication qui a servi de justification donnait bonne conscience: on pratiquait *une meilleure médecine*, *un meilleur suivi!* Allons donc essayer d'inculquer le contraire maintenant. Cet état de chose a ancré cette mentalité dans l'esprit des gens. Elle a créé une attente qui correspond à *être suivi correctement*. Sans vouloir insister, on peut affirmer que pour plusieurs, ces habitudes ont créé des horaires de rendez-vous facilement gérables, sans trop de patients qui viennent bouleverser les listes; on a appris à défléchir ceux-ci vers les urgences.

Ces pratiques d'abondance et d'attentes de la part des patients sont devenues des *exigences*. On réclame le médicament vu à la TV, on exige un antibiotique; la radiographie est impérative. À ce chapitre, un médecin, à l'urgence d'un grand hôpital de Montréal, a subi des assauts légaux pour avoir refusé de se soumettre à l'exigence d'une radiographie requise par le patient mais jugée inutile par le médecin. Ce sont des situations plus difficiles à gérer par un médecin traitant que l'on ne peut le croire. En somme, la profession s'est enfermée et a enfermé la population dans une situation d'où il n'y a pas de voie de sortie facile.

Les questions douloureuses

Une société adolescente

L'évolution de notre société dans le dernier demi-siècle a été bouleversante tellement elle fut rapide. Débarrassée des contraintes d'une religion étriquée, aux mains de religieux bornés et dominateurs, cette société s'est retrouvée libre, sans culture de la liberté, sans le sens des obligations qui vont de pair avec celle-ci. Il en va des sociétés comme des enfants, au moment de l'adolescence, alors qu'elle aurait dû apprendre à penser, à se conduire, au moment de se

cultiver, d'être éduquée, les modèles ont manqué. Incultes, ne tablant pas sur l'information ou gavée de mésinformation, avec souvent des émotions pour penser *librement*, on a crû savoir; et ce fut le règne de la ligne ouverte, du « moi je pense » non informé.

Une société ignorante et qui ne sait plus qu'elle l'est

Notre société a abordé ces grands bouleversements peu scolarisée; les religieux avaient pris soin d'y voir pour mieux la contrôler. Les éducateurs qui ont pris la relève, trop souvent hélas d'anciens religieux recyclés, n'ont pas réussi à éduquer la génération suivante. On a nivelé par le bas par rectitude idéologique. Le besoin de savoir, le sens de l'effort pour y accéder se sont estompés. Dans un monde qui s'ouvre à tous, avec des moyens de communication démesurés, le manque de sens critique, curieusement, fait se refermer sur soi. Il en résulte l'ignorant qui s'ignore, ouvert à toutes les arrogances et toutes les naïvetés, livré pieds et poings liés à l'acharnement prédateur de tous les opportunistes,

Une population abusée intellectuellement

Le discours politique, devenu essentiellement électoral, donne carrément l'impression qu'on a pris les gens pour des imbéciles. Deux exemples flagrants récents viennent à l'esprit. Un homme politique éminent, en conférence dans une métropole étrangère, disait des québécois qu'il les piégerait dans ses options politiques comme des homards dans le casier, « *like lobsters in a lobster trap* ». Un autre, candidat à la présidence d'un parti majeur, confiait avoir accepté dans la liste officielle supportant sa candidature, les signatures d'individus dont nombre « *souffraient d'un handicap intellectuel lourd* ». Deux cas particuliers, dira-t-on, mais qui s'ajoutent à l'ineptie du discours électoral courant et l'éclairent peut-être en nous suggérant presque un mépris profond pour la population, dans l'approche politique qu'on en fait.

Une torpeur intellectuelle endémique

En somme en Santé comme dans les autres domaines on retrouve le même pattern de solutions à court terme, de manque de courage et de gestion aberrante et toujours, la population, comme collectivité, encaisse sans broncher. Tout récemment deux individus ont pris de front les aberrations commises par les dirigeants politiques, aberrations par ailleurs acceptées de tous sans mot dire, en somme en tacite et parfaite complicité; complicité ou inertie flagrante? L'un a fait reconnaître, de justesse, la contradiction des lois, rendant en l'occurrence illégale l'obtention d'une assurance maladie privée pour couvrir certains soins hors système public. Il aura fallu des années de lutte et le recours à la Cour Suprême du Canada pour reconnaître la situation. L'autre, une jeune député, aura réussi à obtenir un vote unanime en chambre contre toute compromission conciliante en matière d'implantation de la charia dans une province voisine. On se demande par quelle aberration mentale on ait pu même effleurer la possibilité de laisser s'implanter cette contradiction de nos principes fondamentaux. En conférence de presse cette dame expliquait que le mouvement activiste islamiste international avait opté, pour tenter cette première effraction officielle en démocratie, pour le Canada, considéré, avec son multiculturalisme et sa charte des droits, comme le « *ventre mou de la démocratie occidentale* ». En somme il aura fallu deux nouveaux canadiens, récemment arrivés au pays, pour nous permettre de voir se produire une réaction tonique, une étincelle dans le discours de la sphère politique; est-ce symptomatique?

Comment peut-on caractériser une telle population pour la mieux comprendre? Elle a fait ses preuves de pouvoir produire des hommes de qualité, de sa capacité de réaliser de grands projets. Mais alors que se passe-t-il, qu'en est-il advenu collectivement? Toute cette accumulation d'attitudes décevantes mises ensembles pourraient faire douter de la vitalité intellectuelle pure et simple du milieu; mais ce n'est pas le cas. Une telle accumulation de niaiserie, une telle tolérance de tous les milieux ne peuvent être un effet du hasard. Quelque chose ronge cette société de l'intérieur.

Mais alors, comment qualifie-t-on une telle population? Quels sont les mots qui la décrivent le plus justement? S'agirait-il d'une population sous douée, débile en quelque sorte? Vraisemblablement pas, mais plutôt paresseuse, mal informée, insuffisamment cultivée, qui s'est laissée endormir, farcie comme des beignets; santé, éducation, électricité, assurance automobile, médicaments, sécurité sociale, salaire minimum, presque toujours plus pour moins que partout ailleurs où on regarde pour comparer. Une population qui pour le peu de supplément de taxation qu'on lui dit payer est incapable de constater l'énormité des avantages dont elle bénéficie. Le Québécois est confortablement assoupi intellectuellement et culturellement. Quand on cherche vraiment à le définir, c'est de « torpeur intellectuelle endémique » dont il souffre, selon le sens précis de chaque mot : *un ralentissement des fonctions, de l'activité intellectuelle, sans perte de conscience, qui sévit constamment dans un pays, un milieu.*

Après tous les efforts, tous les ménagements, on ne peut définir cette société qu'ainsi. Et pire encore que le seul constat, ces attitudes ne laissent présager rien de bon de sa part en ce qui a trait à quelque éventuelle possibilité de solution que ce soit dans le domaine de la Santé. Le seul moment où cette population inerte se mobilise, c'est pour défendre le statu quo, les fameux acquis. Les efforts pour rescaper la Santé peuvent-ils espérer facilement du succès dans ce contexte sociopolitique? Toute solution valable aux problèmes d'une société ne peut, en démocratie, venir que de l'ensemble de cette population; si elle ne l'accepte pas, si elle ne la reconnaît pas comme un bien à poursuivre, le changement n'aura pas lieu.

Chapitre 8

Une impuissance collective

On peut comme dans toute bonne démarche tenter de faire un bilan d'étape. On a vu que deux composantes essentielles d'un système de Santé, les effectifs et les équipements conditionnaient la capacité d'un tel système à fournir des soins. Au Québec, cet organigramme a pris une forme toute particulière. De gestionnaire d'une assurance maladie le gouvernement est devenu propriétaire et gestionnaire de tous les hôpitaux et de l'ensemble de leurs équipements. Il a présidé à la formation des effectifs en nombre et en spécialisation. Il a ainsi assumé la responsabilité d'assurer et d'administrer le complexe effectifs-équipements. Il a exclu la profession médicale du discours. Il est devenu le centre névralgique sur lequel peuvent s'exercer toutes les influences et l'ensemble des pressions de tous les groupes d'intérêt privé de la société.

Il nous est apparu assez clairement que les gouvernements étaient piégés entre les dictats électoraux et les obligations économiques. De plus, une fois réussi cet exercice d'équilibrisme il se retrouve piégé de nouveau par la répartition d'un budget toujours insuffisant. Il résulte de cela un gouvernement qui quoique responsable de décisions majeures en Santé se retrouve limité dans

son action à des opérations ponctuelles sans possibilité viable de visions à moyen et à long terme. L'ensemble des influences agissant sur la pensée soutenant la gestion de la Santé, plane, au-dessus des services, comme un nuage noir. L'évaluation de la situation nous laisse croire fermement qu'un tel gouvernement est incapable, dans ces conditions, de nous sortir de l'impasse où se trouve la Santé. En réunissant deux figures 1 et 4 précédentes en une seule on obtient l'impression graphique criante suivante d'une telle situation : Figure 5. Le contexte qui enferme le gouvernement plane comme un nuage noir sur la Santé.

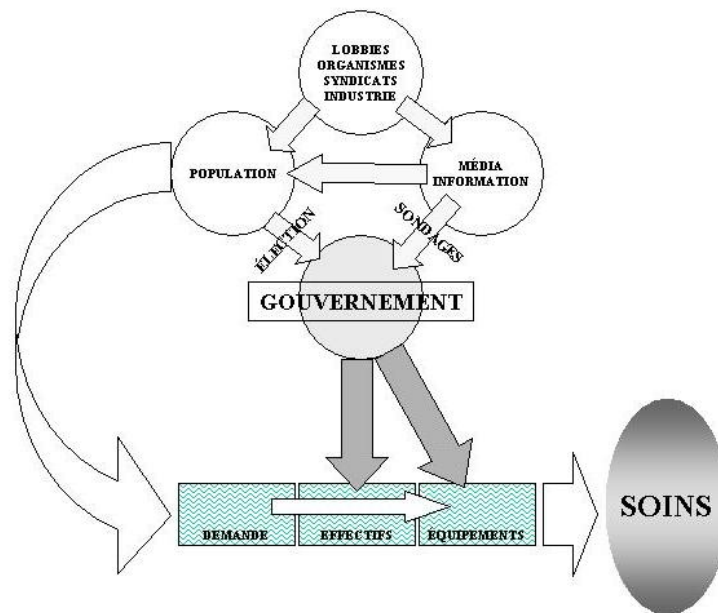


Figure 5 Voilà greffé sur le schéma relativement simple déjà proposé, décrivant les composantes d'un système de Santé. (figure 1) l'effet composé du cycle des influences sur le gouvernement (figure 4) et la responsabilité directe de celui-ci dans la gestion de l'équilibre tenu entre la demande de soins et ce que les effectifs et les équipements peuvent fournir, le niveau de compétence primaire, le corps médical, étant exclu de la gestion du processus. Le contexte qui enferme le gouvernement plane comme un nuage noir sur la Santé.

Après avoir repassé un à un les divers intervenants possibles qui pourraient nous guider dans la démarche qui nous attend, force fut de constater que tous, à tour de rôle, nous avaient fait défaut et seraient insuffisants pour nous en sortir. La profession médicale sort traumatisée de l'expérience de l'étatisation. Le monde académique est devenu un monde de fonctionnaires sans ressort que nous avons qualifié de moteur en panne. Tous les organismes qui représentent la population sous tous ses aspects sont devenus des syndicats à pensée monovalente ou des organismes de représentation sans conséquence. Ceux qui manifestent quelque intérêt sont sans moyen, sans autorité. Les médias sont sans espoir et les meilleurs auteurs, nos intellectuels résiduels, ne sont ni lus ni écoutés.

Notre démarche a débuté en précisant que les problèmes de la Santé et surtout les démarches pour y faire face, étaient d'abord et avant tout d'ordre socioculturel. Après avoir fait

le tour de l'ensemble de tous les secteurs impliqués ou responsables, chacun à leur manière, on est forcé d'admettre qu'effectivement, avant d'être budgétaires ou financières les solutions devront tabler sur les attitudes qui sous-tendent l'utilisation de ces budgets. Il faut cesser de voir les choses comme un spectacle qui se déroule et entrer dans le problème, le repenser. L'exposé débouche-t-il sur le Zen, parodiant, pour certains, un livre au titre plutôt étonnant de Robert M. Pirsig²⁰ Une phrase en particulier s'applique à la situation actuelle. « Voyager en moto fait voir les choses d'une façon complètement neuve. Dans une voiture on est toujours confiné à un compartiment et comme on y est habitué, on ne réalise pas que par cette fenêtre d'auto, tout ce qu'on voit n'est encore que de la TV. On est observateur passif et tout se déroule de façon ennuyante, en face, dans un cadre. En moto, le cadre est disparu. On est en plein dans les choses. On est dans la scène, non plus un spectateur et le sens de présence est bouleversant. » Si la société veut être partie prenante dans les changements qui s'annoncent obligatoirement en Santé plutôt que de subir ceux-ci passivement elle devra sortir de son « compartiment » et réapprendre à évaluer les choses pour ce qu'elles sont.

Enfin, la population, nous l'avons hélas constaté, est en état de léthargie intellectuelle et culturelle que nous avons qualifiée de torpeur endémique. Nous sommes, face aux problèmes de la Santé, dans un état d'impuissance collective. Le titre de ce chapitre pourrait donc sembler justifié. Cette conclusion se situe tout à fait dans le sillage d'un remarquable ouvrage de Thomas de Koninck²¹, traitant de la double ignorance, être ignorant et ignorer qu'on l'est, qui malheureusement passera probablement lui aussi sans effet notoire.

C'est donc dans ce contexte que l'on doit tenter la suite de cette démarche. Car nous devons la faire; nous n'avons pas le choix. Elle se fera en trois étapes. Tout d'abord il sera discuté de certaines *perspectives de solutions gestionnaires, puis économiques*. Nous proposerons ensuite une structure pour parvenir à mettre en œuvre ces amorces de solution, une *Commission Nationale à la Santé*.

²⁰ Robert M. Pirsig, *Zen & the Art of Motorcycle Maintenance*,

²¹ Thomas de Koninck; *Le problème de la culture ou la double ignorance*; éditions du Seuil, Paris, 2002

Deuxième partie

Perspectives de solutions gestionnaires

Pour gérer adéquatement il faut savoir ce qui se passe véritablement dans ce que l'on administre. La gestion sur données objectives (*Data based decision making*) est annoncée comme la clef du succès dans l'entreprise. Il n'y a aucune raison de croire que la gestion de la Santé y fasse exception. Il semble assez évident que la première étape d'une reprise en mains de la gestion de la Santé devrait suivre un plan très pratique de catégorisation des soins selon leur nature, leur gravité et les équipements requis. De cette pondération dépendront d'ailleurs les exigences en équipements et la spécialisation des effectifs. Cette catégorisation des soins faite, l'étape suivante devrait être de catégoriser les institutions suivant le niveau des soins qu'on y donne. Ayant identifié ces soins et services on pourra passer à la troisième étape qui consiste en une réflexion sur le regroupement efficace de ces services, la régionalisation des services de Santé. La régionalisation des soins sera interdépendante avec l'autre volet essentiel de la gestion de la Santé, celui des effectifs. Catégorisation des soins et des institutions, régionalisation des services et détermination des effectifs et des équipements seront donc les trois étapes initiales d'un processus de gestion objective.

Une fois ces données disponibles il conviendra de faire le bilan, objectif aussi, des soins essentiels que requiert la population selon ces catégories. Autrement dit, procéder à l'inverse de ce qui se fait et déterminer les volumes de soins requis pour traiter la population par catégories de soins. Puis, investir en conséquence plutôt que d'attendre les crises, les débordements ou les réclamations intéressées des partis pour agir. La démarche administrative budgétaire conséquente permettrait d'investir judicieusement, selon de véritables choix rationnels éclairés et en fonction des services rendus.

Quelles que soient les options sociales ou politiques que nous puissions nous donner par la suite, cet effort d'objectivation dans la distribution des soins sera primordial. Car aussi étonnant que cela puisse paraître, personne, le gouvernement compris, ne possède ces données objectives. Ceci n'est pas une opinion, c'est une simple constatation de faits à la portée de tous; il n'y a pas une seule catégorie de soins, par exemple, dont l'évaluation des coûts tienne compte des immobilisations, de leur amortissement et de leurs remplacement éventuel.

Reprenons, étape par étape.

Chapitre 9

Catégorisation des soins et services

Historique du développement hospitalier

Il est essentiel de se rappeler comment se déroule le développement d'un hôpital. Il est le résultat de la composition de son personnel médical; c'est ce qui détermine la nature des patients qui y seront traités, selon qu'il s'agisse de praticiens généraux ou de spécialistes et selon les spécialités qui seront présentes. Historiquement la nature des demandes d'admission dans un hôpital relève de deux ordres de justifications; l'éventail des effectifs présents et la variété de cas telle que définie par la clientèle des médecins accrédités dans ces secteurs. Il faut bien comprendre ici, que chacun de ces médecins voudra y traiter tout l'éventail des cas de sa clientèle, simples et complexes. En pratique, donc, l'achalandage d'un hôpital est forcément dépendant de la clientèle de ses effectifs médicaux. Le personnel médical dicte toujours la mission de l'hôpital.

Un second phénomène majeur intervient. Chaque hôpital développe le besoin de compléter l'éventail de ses services et ceci se manifeste par de nouveaux recrutements d'effectifs et l'acquisition d'instrumentation toujours plus sophistiquée. Le concept de *grand hôpital*, tel qu'on l'a pensé au cours du dernier demi-siècle, a toujours tourné autour de la présence du plus grand nombre possible de spécialités, quand ce n'est pas de toutes les spécialités, pratiquant sous le même toit et disposant des meilleurs équipements. Il s'est développé une lutte de prestige entre ces institutions. Sans politique de régionalisation, chaque *hôpital général* se voulait plus grand, plus *général* ou au moins autant que les autres, sans aucune considération pour la complémentarité ou la duplication de services.

Il était évident que dans de telles conditions, le développement des hôpitaux allait buter sur un autre problème. Chacun des membres de l'équipe médicale y soignant l'ensemble de sa clientèle, la demande de traitement devait s'étendre à toute la gamme des cas de cette clientèle, des plus complexes au plus banal. La pression pour le contrôle des 'lits' et des priorités chirurgicales par les différentes spécialités n'eut d'égal que le contrôle de ceux-ci par les différents membres de ces spécialités. La conséquence évidente d'un tel cloisonnement fut l'appartenance exclusive des médecins à un hôpital donné.

Cette forme excessive d'individualisme personnel et institutionnel a été tellement poussée que l'on s'est retrouvé avec plusieurs institutions de calibre suffisant pour qu'ils soient tous, dans certaines régions comme Montréal du moins, reconnus comme hôpitaux universitaires et couronnés, à coups de millions, de Centres de Recherche Clinique (CRC). Mais, et c'est là l'aberration, on continue d'y traiter des cas qui n'ont aucune espèce de justification d'être traités dans de tels centres extrêmement coûteux à opérer, alors que le tertiaire manque de l'essentiel. A mesure et dans la proportion où on développait ces grands hôpitaux, le système comptait de moins en moins sur ceux de calibre moindre. En somme, avec le temps, on a créé dans la population le sentiment que les meilleurs soins se trouvaient dans les grands centres tertiaires indépendamment du problème présenté. La pyramide des soins était inversée : on y reviendra abondamment plus loin.

Nécessité d'une gestion objective

Il nous faut arriver à une gestion plus éclairée de la Santé que de procéder par coupures ou augmentations de budget aveugles, par décisions arbitraires ponctuelles d'investissements ou de régionalisations, sans considération pour les conséquences dans les autres secteurs, sans souci pour une planification à plus long terme. Pour effectivement gérer financièrement la Santé, nous devons commencer par savoir de quoi nous parlons, en quoi consistent les soins qui se donnent dans les hôpitaux et enfin comment ils peuvent être répartis par souci d'efficacité et d'économie. Gestion, coûts et performance constituent un ensemble indissociable dont la base unique ne peut être qu'une base objective de données.

Résumons la démarche. (Figure 6) Il n'y a absolument rien qui puisse nous empêcher de catégoriser clairement les soins selon l'importance des besoins en effectifs et en équipements qu'ils génèrent. Une fois ce tableau dressé on pourra procéder à l'étape suivante qui consiste à définir le niveau d'opération des institutions de la Santé selon les catégories de soins qu'ils prodiguent. Si on poursuit le raisonnement encore plus loin, nous aurons en mains un instrument de mesure commun à toutes les Institutions pour établir les coûts d'opération, les budgets et évaluer les performances.

L'identification des services institutionnels rendus et leur classification en fonction des effectifs et des équipements requis sont capitales, sur le plan des coûts d'opération, pour soutenir toute une série de décisions dans la gestion des soins. Une bonne connaissance de la répartition des services et des compétences requises est la base d'une volonté de régionalisation des soins. Une telle connaissance est nécessaire pour aiguiller adéquatement les malades vers leur admission appropriée. Cette catégorisation des soins devrait présider à la détermination des effectifs du secteur public et au développement des spécialisations institutionnelles. Sans cette base fondamentale, il est impossible de gérer adéquatement les immobilisations. Il en va de

même pour la gestion critique et rationnelle des budgets d'opération des hôpitaux qui en découlent.

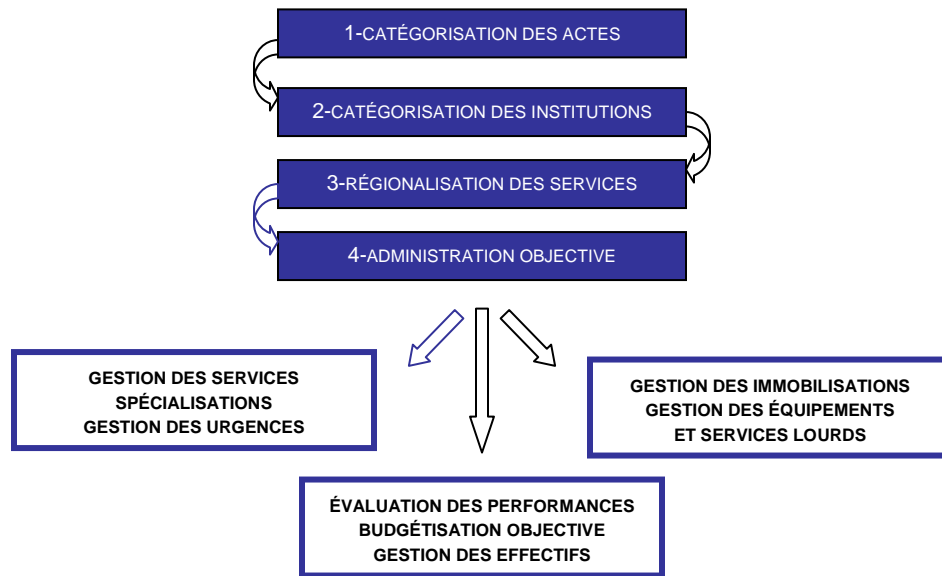


Figure 6 Vue d'ensemble d'un schéma de gestion objective de la Santé. Une catégorisation élémentaire des soins permettrait une catégorisation efficace des institutions, une régionalisation rationnelle des soins et des effectifs et, en bout de ligne une budgétisation fonctionnelle.

Catégorisation des soins et institutions (Voir Annexe 1)

Première étape : Une grille de catégorisation des soins

Soins primaires, secondaires et tertiaires; relation soins-hôpitaux

La meilleure approche pour catégoriser les soins, dans un système de Santé, consiste à utiliser la classification fonctionnelle utilisée couramment pour les hôpitaux où se donnent ces soins, soit, les hôpitaux de soins dits primaires, secondaires et tertiaires. Il convient de faire d'emblée le commentaire suivant. Il faut bien comprendre qu'aucun niveau de soins, qu'il soit

primaire ou *tertiaire* n'est plus important qu'un autre dans un tel ensemble. Chacun de ces niveaux est essentiel au bon fonctionnement des autres. Aucun ne donne des soins *meilleurs* que les autres, chacun étant entièrement compétent pour son niveau de soins. Il s'agit d'une opération d'équipe organique, où chacun est tenu de développer l'expertise, la culture, la qualité humaine attendue de sa profession par les malades au niveau où il agit. Comprendons également bien que les descriptions approximatives de ces trois niveaux qui seront données sont bien essentiellement approximatives et variables suivant les cas particuliers. Rappelons que nous ne discuterons ici que de soins en milieu hospitalier ou en cliniques sous la responsabilité directe du Ministère. Nous excluons donc les organisations privées, cabinets et cliniques.

Soins Primaires L'hôpital de soins primaires, disposant d'un certain nombre de lits, est desservi par des Généralistes et un nursing de base. Il dispose d'appareils radiologiques et de laboratoires de base. On y pratique une chirurgie mineure ne nécessitant pas d'anesthésie ou dans certains cas une chirurgie sous anesthésie ne requérant pas de soins post-opératoires importants. L'institution donne le service d'une salle d'urgence capable de prendre en charge une variété de cas allant des consultations mineures au traitement de fractures simples ou d'atteintes médicales ne nécessitant pas le recours à des moyens hautement spécialisés.

Soins Secondaires L'hôpital secondaire se situe entre l'hôpital de soins primaires et les grands centres tertiaires ultra spécialisés. Les moyens techniques dont il dispose permettent de diagnostiquer et de traiter les cas de médecine et de chirurgie courants. Son personnel médical est formé de spécialistes qui peuvent y prendre en charge ces cas. C'est l'hôpital régional classique pouvant prendre en charge la majorité des malades sérieux courants.

Soins tertiaires On y donne des soins de niveau majeur requérant généralement une équipe multidisciplinaire de spécialistes et des équipements considérables et coûteux. Le nombre de cas de ce type tertiaire représente un faible pourcentage des patients traités dans l'ensemble du réseau de la Santé. Comme ces cas sont relativement rares et qu'ils utilisent souvent les mêmes équipements ils sont concentrés dans un petit nombre d'institutions dits de soins tertiaires. L'hôpital tertiaire fait souvent actuellement office de Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Niveaux de soins intradisciplinaires

Il convient de faire un certain nombre d'observations qui auront un impact majeur plus tard quand il sera discuté de régionalisation des soins. Tous les cas relevant d'une spécialité ne sont pas forcément du même niveau de soins. Ainsi la Chirurgie générale peut être appelée à suturer une plaie mineure, à opérer une appendicite ou une vésicule biliaire ou encore, à l'autre extrême, être, dans un milieu donné, le pivot central de la polytraumatologie majeure d'une région. La nature des traitements peut varier en Cardiologie entre traiter un infarctus simple ou procéder à une Angioplastie coronarienne avec dilatation et pose de stent. La neurochirurgie d'une tumeur cérébrale profonde diffère de catégorie de celle d'un disque lombaire.

Cet aspect soulève une question extrêmement importante car elle a des conséquences majeures quant à la catégorisation des hôpitaux et la régionalisation des soins. Il conviendra de bien classer les interventions en fonction des pathologies et de la complexité spécifique des actes seulement et *non en fonction des spécialités dont ils relèvent*. Cette omission a littéralement défié dans le passé toute tentative de régionalisation. Sa correction implique la mobilisation des malades et surtout des médecins entre les institutions, une pratique qui commence à peine à s'instaurer et pour des motifs tout autres.

Principes de catégorisation des soins (voir Annexe 1)

Nous allons faire une proposition de méthode de catégorisation des soins et des institutions qui de prime abord peut ressembler à un exercice théorique déconnecté de la réalité. Au moins deux réactions négatives peuvent être prévues. La première est un retrait devant la technicité de l'exposé; pour prévenir, ces aspects trop techniques ont été regroupés dans des annexes. La deuxième réaction négative viendra des médecins qui, craignant une opération d'une ampleur extravagante, la préjugeront d'emblée comme un autre délire de fonctionnaire. À tous nous disons que cette proposition n'est pas ce que vous pensez; elle vaut la peine d'être examinée. Même si elle ne doit pas être appliquée telle quelle, les principes de base sont irréfutables.

Dans cet exercice, chaque intervention médicale, chaque traitement de chaque secteur ou spécialité est classé selon le niveau de soins et de services qu'il requiert pour être effectué. Une telle catégorisation d'un si grand nombre d'actes peut, pour les non initiés, paraître une tâche insurmontable. En réalité, si on ne se laisse pas emporter par une infinité de détails, selon notre indomptable atavisme, le milieu médical saura très bien de quoi il s'agit. N'importe quel praticien de n'importe quelle spécialité peut prendre une liste des actes de son secteur et établir d'emblée, à main levée, une telle catégorisation, avec une approximation suffisamment juste pour être acceptée par la grande majorité de ses confrères. Les catégories, primaire, secondaire et tertiaire, telles qu'utilisées, sont décrites aux paragraphes suivants.

Une telle grille de catégorisation des soins est forcément basée sur de nombreux facteurs. (Table A) Elle tient compte des diverses catégories d'effectifs impliqués dans les traitements et du niveau de formation de ceux-ci. Ces effectifs sont généralement répartis entre diverses disciplines ayant chacune leurs exigences pour fonctionner. Les équipements requis pour prodiguer les soins nécessaires aux nombreuses pathologies varient considérablement. Il peut s'agir de facilités ou de services (blocs opératoires), de lits (médecine interne) ou d'instrumentation plus ou moins complexe (radio-oncologie, radiologie, exploration fonctionnelle). Certains traitements requièrent des collaborations interdisciplinaires (néphrologie et hémodialyse; neurologie et neurochirurgie). D'autres se regroupent spontanément en fonction de la gravité des cas (urgences, soins intensifs). Dans tous les cas une certaine continuité dans l'accessibilité des dossiers peut s'imposer. De telles décisions aussi complexes ne peuvent relever exclusivement que de la profession médicale.

EFFECTIFS (en précisant niveau de formation)

Médicaux
Nursing
Techniques

ÉQUIPEMENTS

Espaces et lits
Instrumentation
Budgets de prothèse
Budgets de pharmacie

DÉPENDANCES

Masses critiques
Complémentarités requises
Services requis

Table A Liste de certains pré requis qu'il faut considérer pour catégoriser un traitement ou un service dans un contexte de régionalisation des soins.

Changements conditionnels d'un niveau de soins

Pour que notre grille de catégorisation soit véritablement efficace il faut aller, dans l'exercice, un cran plus loin. Il convient d'ajouter quelques subdivisions utiles supplémentaires. Nous avons signalé qu'il y a relation intime entre niveau de soins et niveau institutionnel où on fournit ces soins. L'examen révèle que nombre de services pourraient facilement être déplacés vers des hôpitaux de catégorie inférieure, pourvu que l'on fasse suivre les effectifs et les équipements requis pour ces soins et qu'on réajuste les budgets en conséquence dans ces institutions. Cet exercice nous fournit deux nouvelles catégories de soins. (Table B) La catégorie *Primaire Plus* (C 1 +) permet de recevoir en milieu de soins Primaire des soins habituellement prodigués dans des centres secondaires ou tertiaires, pourvu qu'on fasse suivre les effectifs et équipements spécialisés qu'ils requièrent. De la même façon et dans les mêmes conditions on pourra déplacer au niveau *Secondaire Plus* (C 2 +) des soins localisés habituellement en Tertiaire. Enfin nous ajoutons une troisième nouvelle catégorie dite *Tertiaire Plus* (C 3+) répondant à un regroupement suprarégional ou provincial de soins ultra spécialisés qui, pour des raisons de compétence, d'efficacité et de coût mériteraient d'être concentrés dans un nombre restreint de centres tertiaires. La table B résume ces catégories et la Table C donne un nombre d'exemples.

1- SOINS PRIMAIRES : C1

1+ SOINS PRIMAIRES PLUS : C1+

soins prodigués dans des centres secondaires ou tertiaires qui pourraient être déplacés ou regroupés en centres primaires pourvu qu'on fasse suivre les effectifs et équipements qu'ils requièrent

2- SOINS SECONDAIRES C2

2+ SOINS SECONDAIRES PLUS : C2+

soins prodigués dans des centres tertiaires qui pourraient être déplacés ou regroupés en centres secondaires pourvu qu'on fasse suivre les effectifs et équipements qu'ils requièrent

3- SOINS TERTIAIRES C3

3+ SOINS TERTIAIRES PLUS : C3+

soins prodigués dans des centres tertiaires qui pourraient être regroupés dans certains centres tertiaires pour fins de régionalisation moyennant effectifs, facilités et budgets adéquats

Table B Niveaux rehaussés pour accommoder des services de niveau supérieur à la catégorie. Un niveau 'Plus' est un niveau inférieur pouvant recevoir un service généralement logé à un niveau supérieur, pourvu qu'on fasse suivre effectifs, équipements et budgets.

EXEMPLES NIVEAUX DE SOINS / LOCALISATION HOSPITALIÈRE
Chirurgie cardiaque Tertiaire à tous points de vue, salle d'opération, équipement radiologique d'hémodynamique, soins intensifs.
Greffes majeures Les services de greffes majeures, cardiaques, hépatiques ou autres, Organes multiples Mériteraient d'être concentrées dans un nombre minimum de centres C3+
Chimiothérapie, Hémodialyse Service lourd; tertiaire par la gravité des maladie et le coût des médicaments. Secondaire si équipe spécialisée, équipements et budgets suivent
Cataracte Nécessite équipement sophistiqué (tertiaire); utilise des prothèses et nécessite un personnel spécialisé. Secondaire minimal ou même primaire si équipe spécialisée, facilités et budgets suivent.
Cholécystectomie (Vésicule biliaire) Soins, salle d'opération de niveau secondaire.
Tomographie par émission de positrons (PET) Service diagnostique tertiaire Plus

Table C Exemples de services pouvant être déplacés de façon économiquement avantageuse dans des institutions de niveau inférieur pourvu qu'on leur fournisse certains effectifs ou équipements.

Catégorisation des niveaux de services d'urgence

Les services d'urgence présentent une situation particulière. Ils sont habituellement desservis par des médecins de formation spécifique. De plus, il existe des services d'urgence dans les trois catégories d'hôpitaux, C1, C2, et C3, conçus en principe pour recevoir et traiter des patients porteurs de pathologies relevant de leur catégorie spécifique. Il est clair qu'avec un accès libre des patients à quelque niveau de service d'urgence que ce soit, il y a un mélange complexe de gravité de cas dans tous les services. Notons bien qu'il n'est pas toujours facile de catégoriser la lourdeur d'un cas d'urgence avant de l'avoir examiné ou d'avoir posé un diagnostic provisoire. La gestion de la catégorisation des urgences sera donc plus délicate que celle des soins non urgents. Elle devra tenir compte de l'aiguillage à l'accès, de la compétence et des particularités de formation du personnel médical, de la disponibilité des effectifs pour maintenir une permanence et enfin des moyens mis à leur disposition. La question des urgences doit être discutée séparément.

Procédure

Tout projet de catégorisation de la sorte doit être éminemment souple pour pouvoir s'adapter aux particularités des milieux et des spécialités. Les moyens techniques de gestion utilisés doivent être à la portée de tous. Il faut éviter les pièges de l'informatisation à outrance. Toute la compétence requise sera fournie par l'utilisation de cet outil merveilleux, entièrement méconnu en gestion de la Santé, le Comité de Pairs. Non seulement utilise-t-il l'expertise du milieu mais son mode de fonctionnement fait appel à la participation de celui-ci. Cela introduit d'emblée une dynamique particulière qu'il ne faut pas sous-estimer, celle de l'intérêt.

Il est suggéré plus loin de procéder en déclassant d'emblée le plus possible au départ le niveau de classification des actes, sans verser dans le ridicule (la greffe cardiaque ne sera jamais du niveau des soins primaires). L'idée est, de laisser aux intervenants, les vrais spécialistes en la matière, la preuve de tout surclassement demandé, plutôt que de donner aux comités l'onus de la preuve d'un déclassement. Les justifications seront instructives.

Le jeu de l'intérêt extraira du milieu des intervenants qui profitent du déplacement d'un secteur de soins l'argumentation qui dégonflera les exagérations du discours de ceux qui ne veulent pas quitter. Ce genre de joute est très familier en milieu médical; jouer sur les sentiments a moins de prise sur un confrère qui sait y voir clair que sur un administrateur non averti. Enfin, si on comprend que l'éventuel mode de budgétisation dans le système émergera de telles catégorisations, il y a là tout le poids requis pour que l'opération soit prise au sérieux. La collaboration impliquée sera l'occasion de rehausser la cote de confiance du milieu médical dans la gestion de la Santé. La perspective de la réorganisation est de donner des moyens mieux adaptés, d'investir aux endroits immédiatement rentables et appropriés. On comprendra facilement que de se retrouver en milieu de soins secondaires, avec les moyens qu'il faut, est préférable à celui de demeurer en milieu tertiaire sans espoir d'amélioration.

Pour ce qui est des moyens techniques employés pour gérer cette catégorisation, comme ils doivent être directement à la portée de tous et proportionnels aux besoins disponibles, ils ne devraient pas dépasser l'utilisation d'un PC et le niveau de langage du traitement de texte de type MS Word. Les exemples donnés sont de cet ordre. Pour la première application, rien ne doit dépasser le niveau d'un secrétariat courant, libre au ministère par la suite de transposer les résultats dans une base de données multifonctionnelle. Ce passage ne devra se faire que plus tard, quand nous aurons expérimenté une première version fonctionnelle du projet. Autrement, on le sait d'expérience, ce sera *l'enterrement de première classe*.

Collaboration médicale essentielle

On comprendra que l'opération qui consistera à catégoriser les actes de tous les secteurs de la pratique médicale ne puisse relever que du corps médical lui-même. De plus, nous ne voyons aucune autre procédure, pour en venir à bout, que l'utilisation des Comités de Pairs tels qu'ils seront proposés dans la Troisième partie traitant de la Commission de la Santé. Dans une telle opération, l'arbitraire, la coercition, ne peuvent mener qu'à de piètres résultats.

En procédant ainsi, ce qui de l'extérieur peut être considéré comme une tâche infiniment complexe, peut être accompli en quelques mois pour l'essentiel. Cette classification naît d'une réalité bien existante, vécue et connue par tous les médecins impliqués. Si la tentative de classification est doublée de la garantie que les conditions attachées aux concessions seront respectées dans leur totalité elle réussira facilement; autrement elle ne pourra que répéter les échecs passés.. En clair, s'il est perçu que l'effort de catégorisation fonctionnelle n'est pas à la merci des aberrations administratives gouvernementales habituelles et qu'en conséquence les changements ne se retourneront pas contre les médecins, que leur pratique sera améliorée, que

leurs revenus ne seront pas touchés, au contraire, cette catégorisation des soins marquera le début d'une saine gestion basée sur des données réelles.

Seconde étape : Catégorisation des institutions

Cette première étape accomplie on pourra, en utilisant les résultats dont on disposera, passer à la catégorisation réaliste des institutions, en fonction des services qu'elles fournissent. Le niveau de ces soins donnés déterminera, grosso modo, le niveau d'opération de l'institution, identifié selon les catégories retenues. Les niveaux des soins sera évidemment loin d'être uniforme pour tous les services d'un centre donné, certains pouvant, par exemple, être primaires (C1) et d'autres primaires plus (C1+) ou secondaires (C2).

Dans la première étape, il s'agissait de catégoriser les activités d'une spécialité. Dans celle-ci, il sera demandé, dans un hôpital donné, à chaque service hospitalier, de médecine générale et de spécialités présentes, de fournir les volumes de leurs activités dans chaque catégorie de soins définies à l'étape précédente pour leur spécialité. L'addition de ces données donnera un portrait assez exact du niveau d'activité de l'institution. Il serait important de décrire les effectifs employés à ces activités, médecins, infirmières et techniciens. Faciles à ajouter à ce moment de l'opération, elles deviendront essentielles lors des efforts de régionalisation des soins. L'Annexe 1 fournit plus de détails sur cette catégorisation du niveau des soins et les conséquences de celle-ci sur la catégorisation des institutions hospitalières qui en découle.

Régionalisation des soins et des institutions

Définir le niveau de lourdeur des différents actes médicaux hospitaliers puis les distribuer dans les institutions en les regroupant de façon fonctionnelle ne constitue rien de moins qu'une révolution en profondeur dans la gestion de la Santé. Il faut vraiment en tenir compte si on veut que les efforts de régionalisation réussissent. Il faut également réaliser que des structures, des privilèges datant de temps immémoriaux, garantissant le fonctionnement des spécialités et les revenus de leurs membres seront bouleversés. Que la coordination de base des activités quotidiennes, la synchronisation de jours de bureau, de cliniques, de priorités chirurgicales, de l'enseignement sera bouleversée. Ajoutant à cela l'inquiétude de l'inconnu, les mauvaises expériences des planifications administratives antérieures et surtout la perte de confiance et l'abdication larvée de la volonté de s'impliquer, on peut dresser un tableau des résistances à venir. Et pourtant il faut procéder.

Le but essentiel poursuivi ici est de déterminer dans quels types d'institutions hospitalières peuvent se donner les différentes sortes de soins classés selon leur lourdeur. Quelqu'effort de régionalisation des soins que ce soit que l'on veuille entreprendre, les données fournies par les projets de catégorisation des soins et des institutions proposés doivent en être la base. Nous poursuivrons donc en utilisant la nomenclature décrite, applicable aux soins et aux institutions, C1, C1+, C2, C2+, C3, C3+. De plus, le milieu de la Santé a développé des services extrahospitaliers qui allègent le système, par exemple, les hospitalisations externes et les soins à domicile.

Au-delà des centres hospitaliers décrits où sont donnés des soins actifs il existe de nombreuses institutions vouées aux soins ou aux services, conçues pour alléger le poids de la vie après que la médecine a fait tout ce qu'elle a pu pour traiter et guérir. Certains de ces centres ne sont pas à proprement parler des centres médicaux mais des centres d'hébergement, de prise en charge sociale, une manifestation légitime et nécessaire de compassion collective. Il est essentiel sur le plan administratif de bien préciser la nature et la responsabilité budgétaire de ces structures. La Santé et les Services sociaux étant chacun à leur façon des gouffres budgétaires il convient de savoir de quoi on parle pour que les imputations à la Santé soient justifiées. Il ne s'agit pas à ce point de discuter de la justification de ces imputations. Autant il est certain que le côté médical doit superviser certains traitements de soutien dans nombre de cas, autant il est certain que d'autres services relèvent de l'hébergement.

Nous verrons que toutes ces avenues, que les services qu'ils prodiguent soient des services médicaux ou sociaux, jouent toutes un rôle important dans la régionalisation des soins. Il faut, à tous les niveaux institutionnels, faire un effort considérable pour confier aux secteurs appropriés la part de responsabilité que leur compétence propre leur permet d'accepter.

SOINS EXTRAHOSPITALIERS

Par Services extrahospitaliers il faut comprendre deux sortes de services, les Services extrahospitaliers médicaux et les Services extrahospitaliers sociaux. Table D

Soins extrahospitaliers médicaux.

Ces soins relèvent directement du secteur médical; ils existent maintenant dans pratiquement tous les types d'hôpitaux. Les plus importants sont les services dits *d'Hospitalisation externe*. En somme il s'agit de ce gain net en matière d'utilisation de lits d'hôpitaux qu'a permis une bonne gestion. La création de ces lits d'admission souple où les malades se présentent en externe, pour leur intervention, leur traitement ou leur exploration fonctionnelle. Cette approche a permis d'étendre les services hospitaliers à plus de patients et à coût moindre qu'une hospitalisation traditionnelle.

SOINS EXTRA-HOSPITALIERS

services médicaux

hospitalisation externe
soins à domicile

services sociaux (avec visite médicale)

centres de soins chroniques
soins palliatifs

services sociaux

centres de convalescence
centres d'hébergement
hôtelleries

Table D Liste des structures donnant des soins en dehors du système d'hospitalisation et selon l'implication médicale dans chacun des cas.

Les *Soins à domicile* sont une autre façon d'extensionner les services hospitaliers de façon budgétairement intéressante en y ajoutant une note humaine non disponible autrement. On a malheureusement coupé court au développement et au financement adéquats de ces services. Ils consistent à faire réintégrer leur domicile à des patients nécessitant encore des traitements, mais, traitements qui peuvent se donner chez eux par des infirmières visiteuses. On peut entrevoir toute la gamme de traitements sous surveillance qui deviennent ainsi possibles lorsqu'on y met les moyens et l'organisation. La différence consiste à donner ces soins à *domicile* en évitant les frais de l'hébergement en plus de rendre les lits ainsi récupérés, disponibles pour d'autres malades qui en ont besoin.

Ces deux types de services sont directement des soins sous responsabilité médicale. Ils devraient à ce titre être maintenus sous responsabilité professionnelle et budgétaire dans le cadre de l'Assurance Maladie. Leur développement fait partie d'une initiative novatrice pour décharger le système de Santé tout en poursuivant à meilleur compte les mêmes traitements.

Services sociaux extrahospitaliers

Les Services sociaux sont d'une autre nature. Le centre hospitalier est un centre de traitement actif de la maladie. C'est un instrument coûteux que se donne la société pour soigner ses malades qui ne pourraient l'être autrement. Tout usage à un autre escient est un détournement de mission et de fonds. Quand la prise en charge d'un malade atteint le point où la médecine ne peut plus rien offrir au patient qui nécessite de le garder à l'hôpital, elle a rempli sa fonction *médicale*. Ces individus ne peuvent plus être considérés comme devant continuer d'y poursuivre une forme quelconque d'hébergement. Tout à fait pour la même raison, les frais encourus par de tels services ne peuvent en aucune façon être imputés aux coûts de l'Assurance Maladie.

Les Services sociaux extrahospitaliers varient considérablement de par la gravité des malades impliqués. À un extrême on trouve ceux qui sont d'une façon ou d'une autre en phase irrécupérable, Soins palliatifs et Centres de Soins chroniques. À l'autre, on parle d'Hôtellerie ou de Centres de convalescence. Il est évident que certains patients arrivés à la fin de leurs traitements et en instance de recevoir leur congé ne peuvent, dans certains cas, être pris en charge par leur proches. La société a le privilège de prendre en mains cette situation et de faire comme pour la Santé, manifester de la compassion et se donner des structures d'accueil pour ces cas. Le rôle de la médecine consistera à assurer le suivi nécessaire pour les soins qu'elle peut encore prescrire au même titre que pour des patients ambulants ou des visites à domicile. Mais les coûts d'hébergement et de support ne peuvent plus être imputés à l'Assurance Maladie et participer à la soi-disant spirale des coûts de la Santé.

Il est certain que le système hospitalier pourrait voir son rendement augmenté si on le libérait de séjours souvent prolongés qui ne relèvent plus du niveau des soins hospitaliers. Un exemple clair vient à l'esprit. Un Centre tertiaire complètement dépassé par les exigences budgétaires, par les besoins en espace requis par les soins majeurs, peut-il justifier consacrer un

étage aux soins palliatifs, situation où par excellence, tous, malade, famille et médecin ont convenu qu'il n'y a plus de traitement possible si ce n'est une visite médicale simple périodique pour ajuster la médication. Avant de songer agrandir d'un tel hôpital tertiaire, ne vaudrait-il pas mieux augmenter la capacité d'accueil de centres d'hébergement spécialisés dans ces soins. La solution apparaît raisonnablement plus saine administrativement et budgétairement. La sortie de l'hôpital actif ne signifie pas perte de compétence, pourvu, encore une fois, qu'on aille au bout du raisonnement et que compétence, facilités et budgets suivent.

C'est avec une telle vue d'ensemble seulement que l'on commencera enfin à comprendre que la réorganisation des services de Santé dans les hôpitaux doit procéder d'en bas de la pyramide pour remonter vers les grands centres tertiaires et universitaires. Il faut, avant de commencer à penser regrouper au même endroit ou déplacer des services vers un autre centre, commencer par faire de la place et y faire suivre les moyens d'accomplir la tâche. Faire de la place avant d'essayer d'y mettre autre chose, relève d'une logique à la portée de tous. Pourtant, on voit des directives gouvernementales prescrire très exactement le contraire, évidemment sans résultat. Administrer d'en haut de la pyramide en investissant dans la construction de nouveaux éléphants blancs, pour lesquels d'ailleurs on annonce déjà que l'on n'a pas les budgets nécessaires pour les faire fonctionner, n'est peut-être pas la plus logique des premières étapes non plus. On comprendra que pour arriver à mettre en branle les processus complexes nécessaires pour faire bouger la première pièce de cet immense échiquier il faille tabler sur des données objectives, sur des visions à plus long terme.

CINQ PRINCIPES D'INTÉGRATION DE GESTION OBJECTIVE

Devant l'énormité que représente la reprise en mains d'une distribution plus économique et plus fonctionnelle des soins de santé d'une province ou d'un pays on ne s'étonnera pas de voir insister au départ sur le fait qu'il s'agit plus de se lancer dans des opérations de ravaudage mais de définir des principes d'action. L'opération se devra d'être réfléchie. Il n'y aura pas d'économie mais un meilleur rendement. Il n'y aura pas de réalisations immédiates spectaculaires. Si on a mis 50 ans pour s'acculer à la situation actuelle on peut se permettre un temps de redémarrage réfléchi. On peut à cet effet, envisager 5 principes fondamentaux.

1 – Reporter en catégorie hospitalière moindre tout ce qui peut l'être

Évaluer tous les services de soins sous l'angle d'une possibilité de déplacement vers une catégorie inférieure, de C3 en C2 et de C2 en C1, tout en maximisant les services en qualité et en quantité à un coût moindre.

2 – Libérer des facilités

Libérer des facilités à tous les niveaux en commençant par l'évacuation des hôpitaux de tout ce qui peut être transféré en soins extrahospitaliers. Augmenter les facilités au besoin.

3 – Regrouper les services

Regrouper les services au lieu de les multiplier, pour augmenter l'efficacité en concentrant les volumes et les compétences.

4 – Cibler correctement

Cibler les opérations en vue de minimiser les immobilisations en structures et en instrumentation; surveiller le rapport investissement-rendement en services.

5 – Penser en termes de mobilisation des personnes

Réfléchir en termes de mobilisation des effectifs et des patients pour maximiser les services régionalisés.

On peut schématiser l'ensemble de ces opérations de la façon suivante. La première étape (Figure 7A) consiste à déplacer en établissements de soins extrahospitaliers tous les patients qui peuvent être congédiés des hôpitaux afin de libérer des espaces. Dans le même esprit, de nombreux services hospitaliers, comme les cliniques externes et les hospitalisations externes, les bureaux et l'administration, devront être déplacés vers des constructions annexes de coût d'aménagement moindre que dans l'édifice principal. On comprendra que la construction, le réaménagement et la budgétisation adéquate de ces services extrahospitaliers, constituent des économies si on les compare à ceux qu'auraient requis les agrandissements ou les constructions d'hôpitaux.

La seconde étape (Figure 7B) présuppose que le système a procédé à la catégorisation des niveaux des soins tel que décrit précédemment. Profitant des espaces libérés on peut procéder à des opérations de rationalisation des soins en utilisant deux approches. Tout d'abord, on relocalise les soins selon leur catégorie propre en orientant les hospitalisations et en mobilisant le personnel médical en conséquence au besoin. De plus, on peut à cette étape, agir en termes de régionalisation des soins, regroupement des services et spécialisation des centres.

Enfin la figure 7C représente l'état d'équilibre dynamique qui doit s'établir par la suite. Les malades reçoivent leur congé des hôpitaux pour être recueillis lorsque nécessaire par les Services Sociaux. Tous les services hospitaliers qui le peuvent sont déplacés dans des structures annexes à coût d'opération moindre contrôlé. Le déplacement des patients entre les niveaux hospitaliers se fait selon les besoins de traitement ou d'évaluation diagnostique. La consultation par un personnel médical mobile fournit une assurance de qualité des soins. On effectue au besoin des transferts de patients pour des soins non disponibles.

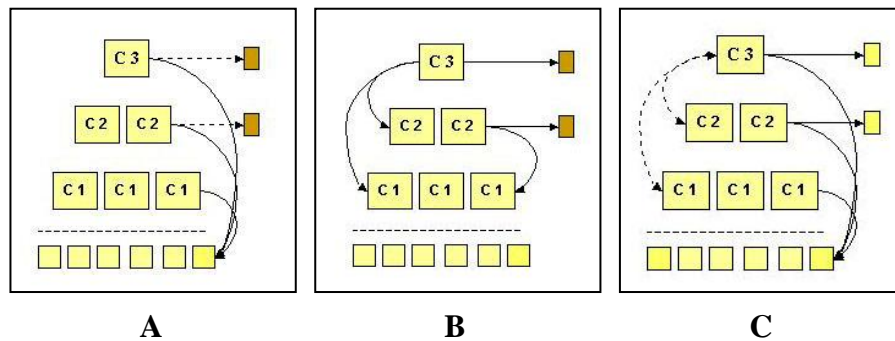


Figure 7 La rationalisation de la distribution des soins se fait en trois étapes. Il faut d'abord libérer des espaces dans les hospitaliers en dirigeant ben soins extrahospitaliers tout ce qui peut l'être (A). Puis les patients et les services sont répartis suivant la catégorisation des soins (B). Enfin avec l'aiguillage des malades en conséquence et la mobilisation de ceux-ci ainsi que des médecins un équilibre dynamique s'établit permettant de juger du niveau optimal des investissements (C).

Perspectives offertes par une gestion objective

INVERSER LA PYRAMIDE DE LA CONCENTRATION AU TERTIAIRE

Depuis des décades on a systématiquement fait converger les services de soins à la population vers les centres tertiaires. La mentalité a été inculquée que l'on doive s'adresser directement à un spécialiste pour des *bons* soins. Progressivement on a ainsi démuné de main d'œuvre, d'équipements, de moyens et par conséquent de services adéquats les autres niveaux hospitaliers. C'est tout ce processus qu'il faut renverser correctement. Une perspective d'ensemble objective et à plus long terme, débarrassée d'idéologies déconnectées et immunisée contre les discours d'intérêts déguisés est notre seul espoir. On pourrait gloser indéfiniment sur ce thème. Contentons-nous de l'enseignement par l'absurde; l'exemple historique qui suit sera probablement plus éloquent que le reste..

La tragi-comédie de l'obstétrique

Il y a un certain nombre d'années on se mit à répandre, à grand recours de déclarations savantes, que les accouchements devaient se faire en milieu hospitalier, puis, qu'ils devraient relever, *pour le bien de la mère et de l'enfant*, de spécialistes, si on voulait vraiment tout mettre en œuvre. Tout en créant une aura socio-théâtrale autour de cet acte naturel on l'a médicalisé, confiné à l'hôpital majeur et laissé être accaparé par les spécialistes. « Plus c'est mieux », et les femmes y ont crû. L'accouchement par médecin de famille, dans les institutions locales, près du milieu familial, a été décrié. Il a diminué progressivement pour pratiquement disparaître. On a préféré les décors de motels luxueux des salles d'accouchement de certains centres. Puis, avec le temps, la perspective de poursuites, la migration de la clientèle et ne nous le cachons pas, la lourdeur de la tâche et la diminution des effectifs, ont décimé les services de première ligne. L'obstétrique s'est concentrée dans les grands services de spécialité, de préférence dans les centres tertiaires et universitaires.

Mais plus ou moins les mêmes difficultés que celles rencontrées par les généralistes ont frappé ces services. Risques croissants de poursuites médico-légales avec primes d'assurance exorbitantes à l'appui, poids des gardes, lourdeur de la tâche, décroissance des effectifs, moyenne d'âge progressant, il a fallu se mettre à penser refouler ce que l'on avait concentré. Mais le chemin inverse n'était plus possible parce que cette première ligne, jadis ignorée, n'était plus intéressée à reprendre la tâche. En fait, elle n'était plus disponible, débordée par le reste de sa pratique. Alors apparaît le mouvement de *retour aux sources* ! Tout le discours de *scientifique* devient *humain* pour, cette fois, renverser la vapeur avec la même énergie et nous propulser aux antipodes du discours précédent. Et on accepte, qu'après tout, la sage femme soit tout à fait compétente pour accoucher ces mêmes femmes que l'on ne pouvait voir accouchées que par d'éminents spécialistes quelques années auparavant. De très grands centres d'obstétrique

continuent leurs activités dans des centres tertiaires avec des volumes d'accouchements impressionnants; la question qui se pose est la suivante, est-ce leur place? A cause de la limitation des ressources, débordé par les soins lourds, hypothétique CHUM, on y bouscule les mères en les mettant littéralement à la porte, sans considération, sitôt accouchées.

C'est de ce genre de discours pseudo rationnels qu'il faut purger le domaine de la Santé. Tout au long de cet épisode tragi-comique il y aurait pourtant eu de la place pour tous et pour tout : l'hôpital local avec médecins de famille compétents et sages femmes pour aider, consultations en spécialité sur demande, les spécialistes et les grands moyens pour les grossesses à risque et les complications dans les grands hôpitaux. Appliquer à ces intervenants le principe de la définition de la lourdeur de leurs tâches, autrement dit catégoriser les soins de tous, préciser les équipements dont ils ont besoin, mobiliser patients et consultants selon la catégorisation des centres, une telle approche objective aurait peut-être été meilleure pour tous.

Redonner à chaque niveau sa vitalité propre

En concentrant les soins tertiaires dans un petit nombre d'institutions munies des effectifs et des instrumentations nécessaires et en retournant aux autres niveaux tous les soins qui relèvent de leur niveau, en rehaussant leur pratique par les équipements et la consultation requise, on pourrait renverser la pyramide. L'hôpital C 1 n'est finalement limité dans les soins fournis que par la gestion qu'on en fait et une certaine logistique quant aux moyens requis qui, ensemble, permettraient de l'exploiter à fond, pour un niveau de rendement infiniment supérieur. La mobilisation, le déplacement et la collaboration des compétences par la consultation et le suivi partagé à travers le réseau hospitalier constituent la source essentielle de rehaussement continu de la compétence et de la qualité des soins. C'est la seule façon de gérer le risque inhérent à la distribution des soins dans un système de santé universel mais avec des moyens qui seront toujours forcément limités. Cette attitude a l'énorme avantage de tendre à redonner confiance au milieu.

CLARIFIER LA RELATION TERTIAIRE - UNIVERSITAIRE

Il est bien difficile de savoir comment on peut en arriver à déclarer 'universitaires' tous les centres hospitaliers d'une grande ville et les glorifier du titre de Centre Hospitalier Universitaire sans faire la distinction entre centre hospitalier, centre affilié universitaire et CHU. Comment peut-on identifier comme centres d'enseignement prédoctoral (enseignement aux étudiants en médecine) tous les centres de soins tertiaires? Il y a là une remarquable confusion. Il faut se poser certaines questions. Privons-nous la population de services qui lui sont dûs en encombrant les hôpitaux majeurs? Donnons-nous aux étudiants l'enseignement qu'il leur faut?

Il faut réviser l'utilisation des institutions pour fins d'enseignement prédoctoral. L'étudiant n'a pas à être exposé d'emblée aux cas rares et lourds qu'il ne sera jamais appelé à traiter s'il poursuit sa carrière comme Généraliste. D'autre part s'il s'oriente en spécialité, il aura tout le loisir de ses quatre ou cinq ans de formation pour les côtoyer. Peut-être faudrait-il traiter la médecine de famille comme une spécialité et forcer l'option entre les deux après un plus court tronc commun? On a malencontreusement trop identifié Hôpital Universitaire, hôpital d'enseignement et institutions de Soins Tertiaires. On assiste à des prolongations d'hospitalisation, à l'abus d'examens inutiles même si démonstratifs, à de simples lenteurs ajoutées ou à des accaparements d'espaces qui entraînent en fin de compte des coûts faramineux et un encombrement du tertiaire.

Dévier l'enseignement pré doctoral vers les institutions secondaires ou primaires, remettre cet enseignement aux généralistes *formés en conséquence* et assistés ponctuellement des spécialistes dans les secteurs requis, favoriseraient et le type d'enseignement et le désencombrement du système tertiaire. Qu'on n'ose pas mettre en doute la compétence de la médecine générale pour endosser cette responsabilité! Ce secteur a tout simplement été balayé de la main dans la tendance décrite d'inversion de la pyramide pour mieux centraliser au tertiaire. Une exposition juste et équilibrée, par une consultation consciencieuse, réservée aux pathologies le demandant, suffirait parfaitement à la formation des jeunes.

Mais allez expliquer cela à certains doyens ou aux titulaires académiques! Il faudra les forcer à repenser le système et leurs arguments seront vibrants (d'intérêts déguisés). On nous menacera de vouloir dégrader le niveau des soins à celui des *médecins à bicyclette* des pays sous-développés.

POLITIQUES DE RÉGIONALISATION

Ce n'est ni le but ni la compétence de cet exposé de prétendre fournir en détail ce que devrait être le type de gestion qui s'impose en régionalisation des services de Santé. Il est cependant certain, qu'avec les seules données suggérées, on pourrait se mettre à penser logiquement les regroupements, les spécialisations et les concentrations de services. Toute la logistique des investissements pourrait suivre et répondre aux exigences de ces déplacements pour les rendre fonctionnels. L'utilisation de ces données pourrait introduire des éléments administratifs actuellement inexistantes comme l'évaluation de la performance, la récompense des efforts. Et même si les évaluations de performance s'avéraient sans sanctions, le seul fait de leur existence, basée sur des faits, mettrait un souffle nouveau dans cette administration.

Le respect des décisions

La totalité des efforts commis à la régionalisation des soins de santé n'auront été qu'un exercice de futilité si les conclusions auxquelles on arrive ne sont pas rigoureusement appliquées. Espérons qu'avec le temps, dans un contexte de gestion objective basée sur des données, il deviendra de plus en plus gênant d'aller à l'encontre de celles-ci. Si les planifications, les décisions les plus logiques et rationnelles ont le malheureux sort de continuer d'être ignorées ou seulement partiellement appliquées ou appliquées de travers à cause de pressions indues, de protectionnisme ou de favoritisme, alors nous aurons la mesure de notre société et il faudra se taire.

Un tout autre projet?

Un système a été proposé tout au long de cette discussion exposant une façon de documenter la gestion de la Santé. Il est absolument possible qu'il soit jugé simpliste, théorique. On pourrait même proposer tout à fait autre chose comme par exemple un grand hôpital majeur complet par région administrative et tout fermer le reste des hôpitaux, petits et moyens. Il y a sûrement d'autres possibilités à considérer. Mais chose certaine, quelle que soit l'orientation prise, il faudra tabler sur des données précises dont nous ne disposons pas

Chapitre 10

Évaluation des coûts unitaires

(voir Annexe 2)

Le concept de coût unitaire des soins, c'est à dire d'une évaluation approximative du coût d'un traitement, d'un acte diagnostique ou d'un acte chirurgical est presque contre nature en administration hospitalière. On constate avec étonnement que la seule évaluation comparative en dollars qui soit couramment utilisée pour gérer globalement les services médicaux soit le *per diem*. Cette unité est la même pour évaluer une institution, l'hospitalisation d'un patient ou un acte donné quelconque. Cette unité se définit comme suit. En supposant dans un hôpital donné une occupation des lits à 100% on obtient le nombre annuel de jours-lits en multipliant le nombre de lits par 365 et on calcule le *per diem* en divisant le budget d'opération de l'institution par le nombre de jours-lits. Les divers *per diem* varient évidemment de façon considérable. Certains hôpitaux majeurs ont des *per diem* qui se chiffrent en millier de dollars alors que celui d'hôpitaux mineurs se situe à quelques centaines. La seule autre estimation supplémentaire utilisée dans le système est la somme forfaitaire évaluée approximativement, sans base de données sérieuse, que l'on charge aux étrangers ou aux non bénéficiaires de l'Assurance Maladie dans certains cas.

Il ressort de cela que le mode de gestion utilisé ne possède aucun moyen valable d'évaluation comparative des rendements entre institutions et par service. Il n'y a ni sanction ni

valorisation de la performance. De plus, chose étonnante dans cette évaluation des coûts, on ne fait aucunement mention des immobilisations considérables en cause, dans l'ensemble des édifices utilisés par la Santé ou dans l'ensemble du parc d'instruments. Il semble que les investissements immobiliers se fassent à partir d'une portion non identifiée du Fonds consolidé de la Province dont on extrait ponctuellement des sommes pour solutionner un investissement auquel on ne peut se soustraire. Il en va de même pour la gestion des équipements lourds. La maintenance des hôpitaux a atteint, dans certains cas, un niveau inquiétant laissant présager des coûts considérables à courte échéance. On alloue des crédits irréalistes à cette maintenance; il n'existe aucune politique de gestion globale de cet entretien.

Pourquoi aborder ces questions comptables dans un contexte de gestion des soins? L'impact en est essentiel quand éventuellement il s'agira d'évaluer l'avantage d'une régionalisation, l'opportunité et la localisation d'investissements immobiliers ou d'équipements lourds ou comparer les rendements et définir les budgets des hôpitaux. Elles seront majeures voire essentielles quand il s'agira de négocier des sous-contrats avec le privé par exemple. Ces données sont incontournables pour motiver le rendement des services et des institutions.

L'exemple du monde des affaires

Est-ce qu'on pourrait s'imaginer l'administrateur d'une chaîne d'épicerie ne possédant pas une vue assez précise des immobilisations et des coûts de maintenance de ses succursales et de l'amortissement de ces investissements afin de les incorporer dans les prix de vente? Ils savent tellement bien le coût unitaire final effectif de chaque item mis à l'étalage que c'est là que s'établit la lutte concurrentielle du jeu des prix coupés pour les ventes publicitaires. Un tel administrateur pourrait-il autrement, sans ces données précises, évaluer la performance d'un gérant, d'une succursale ou même repérer les employés candidats aux fonctions de cadres?

Pour comprendre l'exercice proposé, il faut considérer l'hôpital comme un contracteur qui fournit des services et des matériaux à des sous contracteurs, en l'occurrence, les services et départements de soins. Ceux-ci demandent personnel, services et fournitures en quantité suffisante pour poser les actes requis par les malades de leur clientèle. Les imputations budgétaires encourues par ces *Unités de soins* déterminent le coût des actes posés. Pour simplifier la gestion, on devra classer les actes par catégories similaires quant à la consommation moyenne de services et de fournitures qu'ils utilisent. Il ressort de cela qu'à la fin de l'exercice tout le budget du contracteur général, *l'hôpital*, sera réparti entre ses *services hospitaliers* pour être imputé aux sous contracteurs que sont les *Unités de soins*. Ces coûts, divisés entre le nombre de vacations par catégorie détermine le coût unitaire moyen; voilà en quelques mots le résumé de l'opération proposée.

Ce qui sera présenté n'a aucunement la prétention d'être un protocole applicable tel quel. Il esquisse simplement les principes généraux qui pourraient présider à une telle évaluation. De prime abord il pourra sembler s'agir d'une opération d'une envergure typiquement administrative de fonctionnaire, un gouffre supplémentaire dissipant, encore une fois, les deniers publics. Mais en réalité l'opération doit être simple pour réussir. Elle doit être locale et tirer son énergie du jeu réciproque des instances en cause. Elle se doit de ne pas être plus lourde que les exercices *Budget Base Zéro* récurrents que nous avons subis à outrance dans les années des grandes coupures des décades précédentes. Abordons donc avec toute l'ouverture d'esprit possible la question, en laissant aux spécialistes le souci de le traduire en termes du métier et nous fournir l'assistance nécessaire pour nous apprendre à utiliser ce mode de gestion. L'exercice doit devenir une routine annuelle ou périodique à laquelle les services se préparent, en gérant leurs opérations en conséquence, en cours de période.

Principe de base de l'opération coût unitaire

Les unités de soins

Le raisonnement soutenant l'opération de détermination des coûts unitaires part du niveau final de dispensation de soins, l'*Unité de Soins*. Ces Unités de soins varieront suivant les institutions, mais, pour le besoin de la démonstration, nous en définirons 4 catégories. Les *Unités de soins* sont les unités concentrant les soins donnés relevant d'une même discipline et commandant une certaine similitude d'approche thérapeutique. En pratique ces Unités coïncident avec les Étages de lits, les *aires* de médecine, de chirurgie et ainsi de suite. La seconde catégorie de soins dispensés par les hôpitaux comprend les *Unités de soins spécialisées*. Dans cette catégorie on compte l'Unité de chimiothérapie, la Salle d'opération, l'Unité d'hémodialyse pour n'en citer que quelques-unes. Enfin les deux dernières catégories, mieux connues, sont l'*Urgence* et les *Cliniques externes*. En somme, c'est dans ces quatre catégories de structures que se dispensent tous les soins fournis aux malades par un hôpital. (Table D) On trouvera une liste plus détaillée à la Table H de l'Annexe 2.

UNITÉS DE SOINS	
	unités de soins hospitalières (étages de lits)
	unités de soins spécialisées
	cliniques externes
	urgence
SERVICES HOSPITALIERS	
	services administratifs
	services généraux
	services médico-hospitaliers
(Voir annexe B pour plus de détails)	

Table D Liste succincte des principales Unités de soins et des Services hospitaliers utilisés pour répartir et calculer les coûts unitaires des actes médicaux.

Les Services Hospitaliers

Pour subvenir aux besoins des évaluations diagnostiques et des traitements fournis dans les Unités de soins et gérer l'ensemble, l'hôpital maintient un certain nombre de services. Tout d'abord il y a les *Services administratifs*. Dans une structure typique on identifie habituellement les directions générale, médicale, des soins infirmiers, des ressources humaines, des finances et des services techniques. Nous regroupons sous le vocable *Services généraux* les services de base d'un hôpital comme par exemple, l'Admission, les Archives, la Buanderie, la Cuisine. Enfin un hôpital donne tout un ensemble de services de nature médicale que nous nommons *Services médico-hospitaliers* : laboratoires (Hématologie, Biochimie) et services de diverses natures (Hémodynamique, Pharmacie). Une liste plus complète est donnée à la Table I de l'Annexe 2.

Pour défrayer les coûts de ces opérations, l'hôpital utilise un *Budget Global* qui comprend toutes les sommes octroyées au fonctionnement de l'institution, budget d'opération

annuel, octrois spéciaux de maintenance ou d'achat d'équipements que ce soit sous forme de remplacement ou de développement de services existants. Même les budgets spéciaux pour équipements lourds régionalisés doivent être inclus. Toutes les dépenses encourues par l'institution, sans distinction, sont comptabilisées. Ce Budget Global est réparti en deux grands postes comptables, le budget d'opération et le budget d'immobilisation. Le budget d'opération est lui-même subdivisé en personnel, fournitures et instruments. Le budget d'immobilisation se divise en réaménagements structuraux et d'une part et en instrumentation lourde d'autre part. Ces divisions ne sont vraiment données qu'à titre de démonstration et varieront suivant les institutions. Ce qui compte, c'est que la totalité du budget de l'institution, comprenant budgets d'opération et budgets d'immobilisations soient inclus et répartis entre les divers Services hospitaliers et unités de soins.

Le terme « immobilisations courantes » est employé pour désigner toutes les dépenses d'immobilisation faites dans l'institution en cours d'année budgétaire pour assurer son fonctionnement. Tout agrandissement ou attribution de nouveau service lourd à un hôpital existant apporte au budget global de l'institution son budget d'opération propre.

Détermination du coût unitaire

Première étape

La démarche de détermination des coûts unitaires s'effectuera en trois étapes logiques. La première étape consiste à distribuer la *totalité du budget global* entre les divers services hospitaliers et unités de soins. Peu importe la structure administrative de l'institution, ce budget global sera réparti sous forme de personnel, de fournitures et d'équipements, par exemple, entre les diverses unités de soins hospitalières et les divers services hospitaliers. Cette opération déterminera le budget d'opération de ces unités et services. Pour les initiés, l'opération est similaire aux exercices de *Budgétisation base zéro*. (Figure 9)

	BUDGET GLOBAL INSTITUTIONNEL				BUDGETS PROPRES SERVICES ET UNITÉS D SOINS
	PERSONNEL	FOURNITURES	ÉQUIPEMENTS	IMMOBILISATIONS	
SERVICES ADMINISTRATIFS (liste)					
SERVICES GÉNÉRAUX (liste)					
SERVICES MÉDICO-HÔPITALIERS (liste)					
UNITÉS DE SOINS					
UNITÉS DE SOINS SPÉCIALISÉS					
CLINIQUES EXTERNES					
URGENCE					

Figure 9 Formulaire de répartition du budget global en budgets propres des divers Services hospitaliers et Unités de soins.

Seconde étape

On utilise une opération similaire pour déterminer le coût des soins. Les budgets des Services hospitaliers doivent être répartis entre les diverses unités de soins suivant l'utilisation respective que ceux-ci en font. De cette façon, chaque unité de soins peut donc évaluer ses coûts véritables d'opération. (Figure 10)

Troisième étape

Chaque Unité de soins possède déjà en mains les statistiques d'achalandage de son unité. L'urgence et les cliniques externes savent exactement combien de malades passent dans leur service. Les étages de lit connaissent l'occupation des lits de leur étage. Une opération simple permettra de trouver le coût unitaire d'une visite ou d'une journée d'hospitalisation. Il sera

toujours possible de poursuivre la diversification de l'évaluation des coûts en se servant des différentes catégories de soins déjà établies.

	BUDGETS D'OPÉRATION DES SERVICES HOSP.			BUDGET PROPRE UNITÉS DE SOINS	BUDGET D'OPÉRATION TOTAL	IMMOBILISATIONS UNITÉS DE SOINS	COÛT TOTAL	COÛT UNITAIRE Diviser / n. d'actes / catégories
	SERVICES ADMINISTRATIF (liste)	SERVICES GÉNÉRAUX (liste)	SERVICES MÉDICO- HOSPITALIERS (liste)					
UNITÉS HOSP. DE SOINS (liste)								
UNITÉS DE SOINS SPÉCIALISÉS (liste)								
CLINIQUES EXTERNES (liste)								
URGENCE								

Figure 10 Formulaire de calcul des budgets d'opération des Unités de soins après imputations des coûts encourus dans les Services hospitaliers. Lorsqu'ils seront connus les coûts des immobilisations en équipements et instruments seront ajoutés. Le coût unitaire se calcule en fonction des unités de soins pratiquées à chaque poste et pour chaque type de soins.

Gestion de l'évaluation des coûts unitaires

La gestion de cette opération d'évaluation des coûts unitaires doit répondre à un certain nombre de principes fondamentaux. Elle doit :

- générer le minimum de dépense en temps et en espèce
- procéder par échantillonnages plutôt que par comptabilisations laborieuses
- n'utiliser que des moyens informatiques simples à la portée d'un secrétariat ordinaire.

- être éminemment souple et proposer des catégories de fonctions adaptables selon les systèmes locaux
- produire des données comparables entre les institutions pour l'essentiel
- Inciter les services à défendre leurs imputations budgétaires assurant ainsi une certaine authenticité réaliste des coûts unitaires.

La cueillette des données

De prime abord il pourrait sembler que le plan proposé constitue une autre orgie de paperasserie et de chiffres à colliger. Mais en fait la majorité des chiffres existent déjà, il suffit de les redistribuer différemment. Les données manquantes devraient pouvoir être collectées par évaluation simple, basée sur le principe des échantillonnages. Il suffirait de déterminer, avec des spécialistes en la matière, la façon sûre et efficace de sélectionner des échantillonnages ponctuels qui donnent une évaluation utilisable de la réalité. Prenons par exemple la pharmacie et le laboratoire de biochimie; sans connaître la technique il est probable que, par exemple, déterminer une répartition de jours de cueillette de données dans la semaine, répétée quelques fois à des périodes cibles pourrait donner une bonne approximation du nombre d'exams de laboratoire demandés à un laboratoire donné, en moyenne et par jour, sur un étage donné de médecine. Une opération similaire évaluerait à combien se chiffrent les coûts moyens quotidiens en médicaments d'une unité de soins spécialisée. À l'usage, diverses façons de faire pour simplifier la tâche se dessineront. Ce qu'il faut prévenir à tout prix c'est de s'embarquer dans une manœuvre massive dictée arbitrairement. Certainement, l'exercice doit être généré par le milieu pour être adapté à ce milieu.

Méthode de répartition

La méthode de répartition des budgets des Services hospitaliers variera suivant les postes en cause. Ainsi certains services administratifs répartiront leurs coûts selon la surface de plancher occupée par les services; ce serait le cas de l'entretien ménager, du chauffage et de la maintenance par exemple. D'autres répartitions pourront se faire suivant le budget des services comme pour l'Administration générale ou le Service des finances. D'autres encore utiliseront le nombre de consultations annuelles, chiffres existant déjà; Cliniques externes, Urgence.

Participation des intéressés

Tous les secteurs, services médicaux, laboratoires, services administratifs ou autres sans exception seront appelés à participer à cet exercice. Dans un tel système, il y aura avantage pour chaque unité à bien limiter le budget qu'on lui impute à ce à quoi il correspond véritablement car l'évaluation de la performance et le budget d'opération de cette Unité en dépendront. Par ailleurs, en contrepartie, en stimulant l'objectivité chaque Service Hospitalier sera forcé de répondre de la répartition de son budget.

Ce à quoi il faut atteindre, au-delà de l'évaluation des coûts unitaires des soins, c'est à l'évaluation ouverte et claire des rendements et des coûts de tous les services. Par exemple, à combien de personnel et à quel budget correspond l'administration du Nursing ou l'Administration Générale aussi bien que le coût de la chimiothérapie d'un cas de cancer comparée à celui d'un traitement de radio-oncologie compte tenu de l'équipement lourd utilisé. Comment se comparent en coûts les soins donnés dans telle institution par rapport à une autre de catégorie comparable? Ce seront les bases futures sur lesquelles devront se prendre les décisions qui changeront littéralement les patterns de distribution des soins dans la Province.

Consultations nécessaires

Il est essentiel que les administrations hospitalières, dans l'apprentissage de cette nouvelle approche, consultent et prennent exemple sur l'industrie. Dans cet univers, la production et la distribution des produits et services fonctionnent avec une froide objectivité et une logique qui dépassent entièrement les attitudes de celle que l'on retrouve chez les administrateurs *tiers-payeurs*. Des consultants s'imposent en matière de gestion par échantillonnages lorsqu'il s'agit de grands nombres. Il en va de même pour l'évaluation des coûts ajoutés aux soins par la dépréciation des équipements. Une collaboration efficace avec autres disciplines concernées sera précieuse.

Perspectives en gestion des budgets

La gestion des imputations du coût des immobilisations du système à l'évaluation des coûts des soins proprement dits relève des spécialistes. L'auteur ne prétend à aucune qualification sur le sujet. On peut cependant réfléchir sur le fait que les concepts de *per diem* utilisés pour évaluer les coûts des soins sont inadéquats. Nous constatons bien que le système possède tout un parc d'installations, que celles-ci coûtent en entretien et que cet entretien est insatisfaisant. Il est également assez clair que dans un contexte de budgets limités, quelque développement que ce soit, puisse avoir un impact direct sur l'ensemble. C'est à la budgétisation globale de la Santé et aux interrelations obligatoires qui y existent que nous voulons nous adresser.

Gestion du parc immobilier de la Santé

La valeur de tous les hôpitaux et de tous les édifices au service de la Santé constituent un investissement immobilier absolument considérable. Toutes ces institutions sont remplies d'équipements de toutes sortes, d'instruments médicaux sophistiqués. Des installations majeures, bâtisses, équipement informatique, sont dévolues à l'administration de cet ensemble. Sans même aborder la notion de valeur dépréciée, l'évaluation de cet ensemble doit obligatoirement se chiffrer par milliards. Les coûts engendrés par la maintenance courante de ces équipements s'ajoutent régulièrement aux budgets d'opération.

Mais au-delà, dans tout investissement immobilier et mobilier du genre, il est nécessaire de penser en termes de remplacement éventuel comme en terme de maintenance et d'entretien majeurs. Quelle que soit la méthode de dépréciation ou de budgétisation, il y a forcément place à une planification à plus long terme, basée sur l'expectative de vie des installations. Quand il s'agit d'instrumentation médicale, surtout lorsqu'elle est soumise à un usage intensif commandé par la pénurie, le remplacement s'accélère en conséquence. En l'absence d'une telle planification, les exigences du maintien du parc immobilier viennent s'abattre sans compensation significative sur les budgets d'opération comme des catastrophes subites à rencontrer. Le maintien du parc immobilier, au lieu de se présenter comme un support aux soins, se pose en compétition contre son budget d'opération.

Gestion des budgets de développement

Il faut bien comprendre que tout développement, dans le système de Santé, a des répercussions dans l'ensemble du système. La construction d'un hôpital ou un agrandissement d'hôpital existant exigera une augmentation proportionnelle des budgets globaux d'opération. Les besoins en effectifs s'accroîtront et les assiettes salariales négociées augmenteront. Des besoins en équipements apparaîtront en réponse à la croissance de production des nouveaux effectifs. Le développement d'un nouveau service, les remplacements d'équipements désuets, les rehaussements technologiques sont autant d'exemples de développements avec répercussions non seulement sur les budgets d'immobilisation mais aussi sur l'ensemble des budgets d'opération.

Pour une politique de budgétisation

Une conclusion simple s'impose, on ne peut gérer la budgétisation de la Santé, sans une politique de budgétisation à plus long terme tenant compte de l'ensemble des facteurs. Le principe des vases communicants obligatoires nous oblige à contrôler ces effets sous peine de déséquilibrer irréversiblement les équilibres ténus qui gardent le système de Santé fonctionnel. Les budgets d'opération ne doivent pas être en conflit avec les budgets d'immobilisation. Les choix qui seuls peuvent prévenir ces conflits doivent à tout prix être sous le contrôle d'une régionalisation lucide et efficace.

Ceci nous amène à penser que le budget global de la Santé, en plus d'être complètement séparé de celui des services sociaux, doit être différencié du Fonds consolidé de la province pour toutes ses composantes. Il serait essentiel d'identifier un *budget d'immobilisation* et un *budget d'opération* distincts l'un de l'autre. On pourrait même rêver d'un budget distinct de développement pour arriver à y voir clair. Autrement, comment peut-on être assuré que l'aventure de deux CHUs à Montréal, par exemple, à coups de milliards si on additionne tout les coûts d'opération que cela implique, ne grèvera pas pour des années tout développement et peut-être même le fonctionnement de l'ensemble du système. À moins que, puisant dans l'anonymat du Fond consolidé, cela se solde en déficit avoué ou camouflé, refilé à la génération suivante.

Chapitre 11

Perspectives globales d'une gestion objective de la Santé

Gérer d'après les services rendus

La grande révolution que permet une administration objective des services de Santé, telle que proposée, tient essentiellement au fait qu'elle se base sur une gestion fondée sur l'évaluation *service / rendement* plutôt que, comme cela se fait maintenant, sur les coûts d'opération institutionnels globaux *respectés / dépassés*. Notre gestion de la Santé n'est pas prospective, mais une de réaction aux dictats des événements; nos dirigeants n'agissent pas, ils réagissent. En arrivant à astreindre le milieu de la Santé à une discipline minimale où le service rendu, le nombre de cas et le coût justifiable commandent les budgets, les effectifs et les équipements, la vision des choses aura été entièrement bouleversée. Enfin, et ce sujet sera repris plus loin, avec la libéralisation de la profession médicale, une gestion objective des besoins en effectifs ainsi que de la définition de contrats de travail dans le secteur public deviendront possibles.

Une meilleure gestion ne créera pas d'argent. Il peut être affirmé sans l'ombre d'un risque de se tromper que le fond du sac sera quand même atteint. Tout ce qu'une bonne gestion pourra nous permettre, c'est d'obtenir plus avec nos moyens. Mais ce faisant nous aurons repris confiance dans le système et serons en meilleure posture pour gérer les changements qui nous attendent.

Remettre la pyramide des soins à l'endroit

Nous avons vu que tout, depuis des décades, tend à concentrer les soins dans les institutions de haut calibre de spécialisation, les C-3. Le résultat net est que l'utilisation des effectifs de ce qui constitue la première ligne a été déviée de son objectif primaire, la pratique générale. L'enseignement s'est trop donné en milieu universitaire tertiaire par des individus imbus de cette mentalité particulière. On a fourni, en un mot, une préparation inadaptée à la carrière qui attendait les étudiants, une formation déconnectée de la réalité. Cette génération promue à devenir la première ligne s'est sentie inadéquate; elle a été dépossédée de sa valeur propre. Progressivement elle a été perçue comme telle par la profession aussi bien que la population. La première ligne est devenue l'entonnoir du tertiaire, de la possibilité de l'accès au spécialiste *pour enfin se faire traiter*.

Le syndrome du docteur Knock a été amélioré : « tout malade qui se présente est un cas tertiaire qui s'ignore ». La réorganisation globale de la Santé sera réaliste ou elle ne sera pas. Il faut chasser de notre esprit ce phantasme inversé de la distribution des soins auquel on nous a acculés. Dans cette discussion il n'y a plus de place pour les rêves. Tous les malades, porteurs de toutes leurs maladies ne seront jamais tous traités par « *le meilleur des spécialistes du domaine sans délai aucun et sur demande, dans un CHU-Centre de la Techno-Science de la Santé envié du monde entier* ». Jamais, tous les cas de malaise dans le dos ou de rhumes pris pour des grippez ne seront vus d'emblée par cette équipe rêvée *au cas où*, le fameux *au cas où* le banal serait le premier indice d'un éventuel cas grave.

Le système devra prévoir une distribution des soins qui respecte la gravité des cas. Comme les ressources sont forcément limitées il faudra orienter les malades vers les ressources minimales habituellement suffisantes pour prendre ces cas en charge. L'économie de moyens au départ permettra de rendre disponibles les niveaux de soins les plus lourds pour ceux qui en ont un besoin véritable et de fournir l'instrumentation et les médicaments nécessaires pour donner ces soins. Cette logique est simple, facile à comprendre; ce qui est extrêmement difficile à admettre ce sont les conséquences qui en résultent.

Une telle redistribution des soins commande une formation particulière des effectifs de première ligne. Cela comprend la nécessité de leur fournir les équipements requis pour faire le travail. Il faut aussi comprendre la nécessité d'un support de consultants, fonctionnel et sur place. De cette façon seulement la première ligne pourra-t-elle devenir le tamis nécessaire pour désengorger les niveaux supérieurs. Urgences et satellisation des régions éloignées seront devenues des instruments efficaces.

En fait, il faudrait arriver à repenser régionalisation en termes de responsabilité institutionnelle. Le réseau régionalisé forme un tout organique dans lequel chacun doit participer activement en assumant sa part de responsabilité. Un exemple pour être bien clair. Un service de spécialité oeuvrant dans le centre tertiaire d'une région doit être responsable des cas de la spécialité dans tout son réseau régional, quelles que soient les circonstances. Le praticien de première ligne est un suppléant présent pour aider ce service dans sa fonction. La collaboration, la compétence et l'enseignement continu à travers la consultation, deviennent des échanges productifs d'intérêt commun pour tous.

Conséquences humaines de telles politiques

Mobilisation des effectifs et de la demande

Une telle politique de gestion des soins exige des changements profonds dans la façon de pratiquer des spécialistes. Contrairement à la coutume actuelle de traiter l'ensemble de leur clientèle dans un même hôpital, leur pratique pourra être répartie dans plus d'une institution, selon le niveau de catégorisation de ces soins. Il faudra donner accès satisfaisant à ces médecins dans les centres qu'ils auront besoin d'utiliser. Leur pratique au niveau tertiaire devra se limiter à du tertiaire. Idéalement, une bonne régionalisation doublée d'une bonne gestion des effectifs devrait permettre de concentrer le travail des spécialistes en C-3 pour la portion exclusive de leur spécialité relevant du tertiaire. On demandera également que la consultation soit assurée depuis les C-3 dans les C-2 et les C-1 et jusqu'en régions éloignées, au grand bénéfice de l'éducation personnelle de tous d'ailleurs. La localisation des spécialités devra correspondre aux exigences du travail d'équipe et aux concentrations de clientèle suffisantes pour être efficaces. Pour tout cela il faudra obtenir la collaboration nécessaire des spécialistes en leur fournissant les moyens adéquats pour rendre l'opération intéressante et rentable pour tous. Dans ces conditions, une telle régionalisation rationnelle n'inquiètera plus.

À cette mobilisation de la profession médicale il faut ajouter la nécessité de changer les mouvements de la demande de soins de la population. Qu'il s'agisse de l'urgence ou de la consultation régulière il faudra arriver à détourner une partie de la demande de soins des centres tertiaires et secondaires vers les centres de première ligne. Il faudra faciliter l'accès aux consultations de spécialité par le biais des généralistes. La population devra être appelée à collaborer à ce renversement de la pyramide des soins tout autant que la profession médicale.

Tabler sur la compétence

Réformer ainsi la pratique de la spécialité et de la demande de soins de la population, implique une profonde métamorphose dans la formation des effectifs de première ligne. Pour qu'une première ligne puisse remplir la fonction qu'on attend d'elle, celle-ci doit posséder la compétence nécessaire. Cette compétence comprend à la fois un bagage de connaissances et la possession des habiletés requises, l'ensemble ayant été rodé dans un apprentissage pratique efficace.

La pratique de la Médecine Générale s'est tellement diversifiée au cours des dernières décades que l'on peut entrevoir dorénavant trois types de formations nécessaires au même titre que l'on a distingué depuis longtemps la nécessité de former de façon particulière les médecins des urgences. Ces trois options de la Médecine Générale à venir sont, la Médecine générale telle que pratiquée dans une ville, la Médecine Générale en région éloignée et enfin la Médecine Générale orientée vers la pratique en urgence hospitalière. Il faut refuser de s'embarquer dans la dispute stérile à savoir si ces propositions sont celles de créer de nouvelles spécialités ou pas. La discussion est oiseuse et tourne généralement autour d'une question syndicaliste de rémunération en tenant compte du surcroît d'étude et/ou du partage d'une assiette budgétaire fixe. Commençons à penser, sans attendre le règlement de ces litiges.

Il semble assez clair d'emblée que ces trois types de pratique commandent des formations essentiellement différentes. On pourra entrevoir la diversification après une portion constituée en tronc commun. Quel temps de formation devrait être dévolu à ces programmes? Tout cela sera à débattre par les gens impliqués et à l'usage. Conservons au moins l'idée de la nécessité de créer une sorte de spécialisation centrée sur le service attendu de ces individus.

Ce qui ne devrait pas être discutable est le fait que cet enseignement doive sortir des centres tertiaires, prendre ses distances des spécialistes et se rapprocher de ce que constituera éventuellement la pratique vraie, concrète qui attend ces futurs médecins. L'apprentissage devrait constituer l'essentiel de cette formation, un apprentissage vrai consistant en travail monitoré, une fois accompli. Le stress du volume de travail, de la décision personnelle conséquente faisant dorénavant partie de la formation remplaceront la surprotection et l'inexpérience. L'évaluation devrait être en conséquence.

En somme il s'agit de rendre fonctionnelle, d'investir dans une première ligne qui permettra de retourner une bonne partie de la distribution des soins dans le milieu social du malade. Cela, doublé du rehaussement maximal du niveau de la médecine qui s'y pratique, constituent la base d'une véritable humanisation des soins, autrement qu'en paroles.

Gestion du risque et de la confiance

Il faut bien comprendre une chose, plus que dans toute autre profession, la pratique de la médecine est avant tout un exercice de gestion du risque. Cette pratique est, à répétition, l'exercice de la gestion du risque, au rythme des rendez-vous qui se succèdent. Il n'y a jamais de certitude dans une pratique qui se déroule en trois phases pour chaque cas. D'abord, il y a la prise de la décision en faveur de *l'option la plus probable*, puis ensuite, *l'observation* attentive des résultats et finalement la *réévaluation* de la décision initiale au besoin, en fonction de l'évolution du cas. C'est le flottement éclairé du commencement à la fin. Le médecin reste à l'affût du développement imprévu.

La gestion correcte du risque, telle que fournie par l'expérience, a comme résultante personnelle chez le médecin l'acquisition d'une certaine assurance, une certaine sécurité basée sur la confiance en soi. Sur le plan collectif cela génère une crédibilité à la fois dans le milieu professionnel et dans la population desservie. Il faut bien comprendre que cette confiance en soi du médecin n'est pas basée sur ses connaissances exclusivement. Elle s'étend à la gestion de son ignorance, cette conscience de ses limites; les références ou les consultations à des confrères spécialistes en sont la concrétisation. Et cet exercice doit arriver à se poursuivre rationnellement, dans la sérénité, faute de quoi, confiance en soi et crédibilité en souffrent.

Gestion du risque et gestion de la Santé

La gestion de la Santé suit exactement le même pattern que celui de la pratique médicale en ce qui a trait à la gestion du risque. L'insistance sur le tertiaire et les spécialistes a, avec le temps, gauchi le système. Ce fut une erreur pour laquelle nous n'avons pas fini de payer car les résultats sont entrés dans les mœurs. Mais pour apprendre à gérer la Santé il va falloir réapprendre à gérer le risque correctement, à laver les esprits de rêves irréalistes formés de négations de la réalité, d'irrationalité et du simple jeu des intérêts.

Cette étape sera d'autant plus difficile à franchir que ni la population ni les administrations n'ont quelque propension que ce soit à l'acceptation d'un mode d'action comme la gestion responsable du risque. La seule solution possible est certainement l'honnêteté dans l'information; malheureusement, notre société n'est pas gâtée sur ce plan non plus.

Troisième partie

Perspectives de solutions économiques

Chapitre 12

Santé, un bien de consommation

L'essentiel de la réforme de l'Assurance Maladie, si jamais nous réussissons à y parvenir, passera par les changements socioculturels que nous avons déjà décrits. La régénération de la Profession Médicale, la cessation des luttes vindicatives entre elle et le gouvernement, sa mobilisation volontaire dans la gestion de la Santé, tout cela constitue les fondations d'une éventuelle réforme. Mais ces aspects ne peuvent être dissociés d'une gestion de la Santé élaborée à partir d'une pensée à plus long terme par le milieu politique. De telles mesures adéquates repousseront l'éventualité d'une limitation de la couverture de l'Assurance Maladie. Ils sont les ingrédients qui fourniront une pensée socioculturelle aussi compatissante qu'économiquement viable.

Ces changements ne sont pas acquis. Ils sont même des plus difficiles à inventer. Leur réalisation constitue en fait une véritable révolution dans l'état actuel des choses. On peut même douter de nos chances de succès. Mais si jamais la société allait se diriger vers une privatisation des services de santé ou sabrer dans l'extension de la couverture des services sans avoir réussi au préalable à changer les attitudes, on peut déjà prévoir le pire; le domaine de la Santé sera un supermarché ouvert à toutes les compétitions et à toutes les exploitations. Les annonces de services à la télévision ou sur les autobus, les publicités de médecine à rabais que nous connaissons déjà ne sont rien comparées à l'exploitation sauvage des malades, par tous les prédateurs déjà identifiables qui nous guettent, si nous ne sommes pas prêts à faire face collectivement. Et pour cela, on doit le répéter, il ne faut rien de moins qu'une révolution dans les attitudes. La privatisation, même si nécessaire et admise à reculons, ne peut être laissée à elle-même.

Gérer les changements à venir

Quelque pénibles qu'aient pu l'être certains sujets traités jusqu'ici, quelque ardues qu'aient pu paraître certaines solutions soumises à la discussion, tout cela n'est rien comparé à ce que nous devons aborder maintenant. Les idées à venir paraîtront blasphématoires à certains. Nous devons remettre en question des dogmes absolus comme la légitimité de l'étatisation de la profession médicale, les avantages d'une certaine privatisation dans la sauvegarde de la meilleure assurance maladie publique possible, et, le pire, affronter des mythes comme, « *médecine à deux vitesses* » et « *privilège acquis* ».

Car détrompons-nous, le but de l'exercice est de tout mettre en oeuvre, de rassembler toutes les options rationnelles possibles pour conserver une couverture maximale pour tous. Les possédants de notre société veulent, et Dieu sait qu'ils l'ont prouvé, offrir aux plus démunis les soins de santé dont ils ont besoin et qu'ils ne peuvent s'offrir sans eux.

Ce qui peut être remis en question c'est la validité de la gestion faite par les divers paliers de gouvernements de la spirale réelle et anticipée des coûts de l'Assurance Maladie telle que conçue et à laquelle nous devons faire face. L'accumulation de bavures monumentales que nous pouvons observer, l'ingérence abusive dans des secteurs dépassant de façon outrancière la compétence propre, les concessions purement électorales, l'aberration irrationnelle des bien-pensants, la désintégration du corps médical qui en est résultée et enfin la dégradation que nous connaissons dans les soins eux-mêmes sont suffisamment de raisons pour supporter cette remise en question.

Au delà de cette gestion aberrante l'autre raison essentielle pour laquelle il faut repenser la couverture des coûts des soins de santé est simple, nous ne pouvons continuer d'offrir *tout à tous*; il faut apprendre à contenir l'explosion des coûts à laquelle nous faisons face. Que cette spirale des coûts soit mercantile, spontanée et irréfléchie ou inhérente au développement scientifique, peu importe, elle est là. Il y a une limite au-delà de laquelle nous ne pouvons aller.

Quelque changement que l'on apporte aux grands principes qui ont présidé à la création de l'Assurance Maladie telle que nous la connaissons, quelles que soient les solutions trouvées pour en sauvegarder l'essentiel ou le maximum possible, il y aura un tollé. Il faudra du courage pour orienter l'évolution vers un équilibre viable. Toutes les entreprises humaines ont une limite. Toutes les solutions qui peuvent être proposées comporteront donc éventuellement des limitations. Il faut raisonner pour la santé comme pour le reste des choses de la vie; une assurance est une assurance et, plus l'extension de la couverture est grande, plus les risques couverts sont coûteux, plus la prime est élevée. Si la prime devient inabordable, il faut diminuer l'extension de la couverture ou augmenter la franchise.

Nous vivons sur des relents de rêve, au-dessus de nos moyens. Il n'y a pas de fausse honte à admettre cette limite; aucun pays au monde ayant tenté l'expérience de la couverture universelle des soins de santé n'y échappe. La France, sans compter l'énorme apport syndical et privé qu'on y injecte par ailleurs, fait face à la faillite de son assurance santé avec des déficit évalués en dizaines de milliards de dollars par année. L'Allemagne prend des moyens drastiques pour s'en sortir. La Suède, l'Angleterre, révisent leur approche. En ce qui nous concerne, avec un peu moins d'hypocrisie, nous devrions commencer à admettre l'échec évident de cette soi-disant universalité dont nous nous targuons, doublée de notre pauvre *modèle québécois* vivant à crédit.

Santé, une commodité livrée à la prédation

Pour arriver à saisir ce qui se passe vraiment en Santé, il faut réaliser froidement qu'elle est dorénavant traitée, par tous les intervenants en cause, comme un bien de consommation ou un secteur d'exploitation, comme les loisirs, les communications, l'art, l'alimentation. La Santé est devenue une « *commodité* »; non seulement un produit de consommation mais un monde à exploiter. La Santé est une mine d'or et d'autant plus intéressante que cette mine est perçue comme sans fond car approvisionnée aveuglément, anonymement par les deniers publics. Chacun y puise selon son intérêt. Pour une bonne partie elle est source de gagne-pain, pour les autres de profit ou de consommation. Et tout ce jeu se passe en douceur, chacun ayant très habile conscience pour justifier ses positions. Dans ce vortex d'exploitation, tous se positionnent pour la prédation.

Ce qu'il faut comprendre c'est la schizophrénie fondamentale, la dissociation totale entre le discours et la façon d'agir. La Santé, « le bien le plus précieux », « appréciée par-dessus tout » est finalement réduite à une évaluation budgétaire, en crédits ou en coupures. Quand il s'agit de consommation elle est traitée comme un dû alors qu'on devrait l'évaluer en richesse acquise. On s'attend au dévouement des personnes engagées dans les soins, on réclame l'humanisation des soins dans le système mais les ententes contractuelles de service sont des contrats d'usine à chaîne de production. La compétence est ignorée. En réalité, on crée des conditions diamétralement opposées à ce que l'on souhaite théoriquement obtenir. La Santé est vécue collectivement comme un délire schizophrénique, une déconnection de la réalité à deux faces, bonne conscience et prédation.

Les prédateurs

Au risque de se répéter reprenons un à un les principaux groupes d'intervenants. Les gouvernants s'en donnent à cœur joie en brandissant la Santé comme slogan politique. La décision administrative est balisée par l'électoratisme. Les visions à long terme, les projets de société sont soumis aux exigences de la conservation du pouvoir.

La profession médicale laissée pour compte s'est pelotonnée dans une attitude syndicale doublée d'abdication; elle ne parle plus que de rémunération « comparable » de bénéfices ou de conditions de travail ou encore de qualité de vie, rarement de principes, de devoirs. Et ce sont là, avec les politiciens, les deux principaux acteurs.

L'industrie abuse à fond en répondant d'ailleurs à la demande qu'elle entretient quand elle ne la crée pas. Les médias, les techniques de marketing perfectionnent l'approche et servent l'électoratisme et la consommation. Les organismes de représentation accusent essentiellement une monovalence égoïste. Les intellectuels quand ils existent ne sont pas entendus. Le milieu académique a failli à sa tâche. Ne parlons même pas des syndicats! Et, dans tout cela, la population gavée, assoupie, consomme de façon aveugle, sans comprendre.

Regardons froidement un tel bilan; chacun profite à sa manière. Le système est là pour être utilisé sans qu'on se préoccupe suffisamment de sa survie pour le repenser, le supporter dans ses difficultés.

Chapitre 13

Les spirales des coûts de la Santé

Croissance économique et santé

Nous avons pu décrire la Santé comme simplement une autre commodité offerte à l'exploitation. Il ne faut cependant pas, conserver que cette seule impression déprimante. Tout cela se situe dans le grand contexte socioéconomique actuel. C'est d'une philosophie sociale qu'il s'agit. « Exploitation de la santé » ne se veut pas plus péjoratif ni plus accusateur que « libre échange » ou « libéralisme économique ». Il faut aussi comprendre que notre société est mue par des concepts comme excellence, aller de l'avant, inventer, créer. Un indice de vitalité accepté de tous est celui de la brièveté du temps qui s'écoule entre une découverte et son application commerciale. La recherche est signe d'excellence. On s'attend à ce qu'une profession médicale qui se respecte se maintienne à la fine pointe des développements. Le malade se présente maintenant souvent avec une idée du plus récent traitement de sa maladie, fourni par les nouvelles ou obtenu par internet.

Le développement fait partie de notre culture. L'économie de nos pays en dépend. La croissance économique est devenue, dans cet univers de compétition, la condition même du maintien des niveaux de vie. Faut-il s'étonner si on s'adresse à la santé avec la même mentalité. Dans une économie comme le nôtre, le développement en Santé n'entraîne pratiquement qu'une consommation intérieure accrue, financée directement par le trésor public. Faut-il dès lors s'étonner de l'augmentation des coûts réclamés au système public?

La spirale des besoins

Tous ceux qui s'adressent à la question du financement de la Santé sont unanimes à prévoir une augmentation des coûts en relation directe avec le vieillissement de la population. C'est certainement exact et la documentation actuarielle sur les conséquences abonde. Mais au-delà de la constatation de ces données il faut bien comprendre qu'il y a de nombreux autres facteurs contribuant à la spirale des besoins.

Parmi les facteurs les plus importants qui agissent sur l'augmentation des coûts des soins de santé il faut compter précisément la réussite de ce système de couverture universelle des soins. C'est la réussite qui, en partie, nous étouffe et cela de plusieurs façons. Notre médecine a allongé la durée moyenne de la vie. Nous guérissons des individus qui s'ajoutent à la population qui devra être supportée médicalement par la suite. Ces individus ont déjà coûté cher à guérir; ils coûteront encore cher à leur prochaine maladie car on meurt rarement de bonne santé. Enfin, nos traitements deviennent de plus en plus sophistiqués et cette sophistication a un prix.

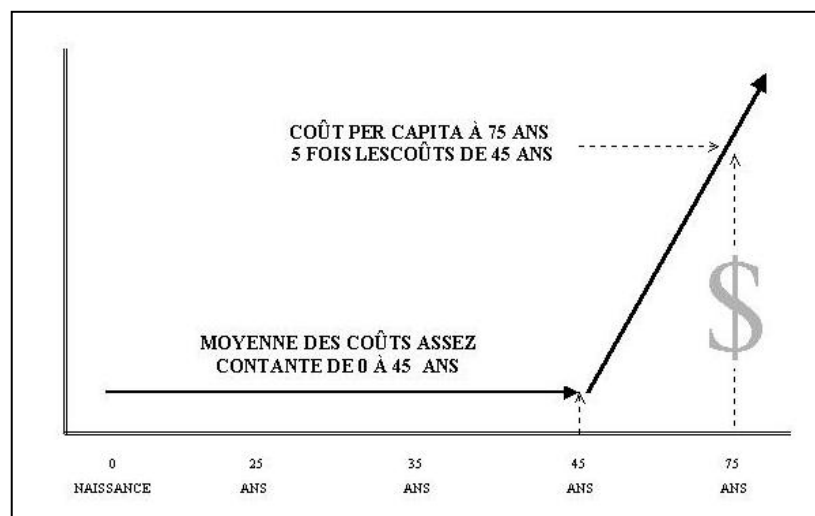


Figure 15 Les besoins en soins augmentent de façon considérable à partir de 45 ans en moyenne. Ils sont de 5 fois plus élevés à 75 ans qu'ils ne le sont à 45. L'impact de l'augmentation de la longévité de la population est donc considérable.

Démographie et soins de santé

Cela est incontournable; la population vieillit, la demande en soins augmente avec l'âge et il y aura de plus en plus de gens âgés et de moins en moins de jeunes pour supporter le système. Il n'y a aucune prétention ici à jouer aux spécialistes, les données pullulent. Bien que ce que l'on lise ne fasse généralement que répéter un certain nombre de données dont on ne peut vérifier l'exactitude, il y a vraisemblablement une situation qui se corse dans les décades à venir. Le rapport Ménard déjà cité, fournit à ce sujet, un excellent bilan de la situation.

La longévité augmente. L'espérance de vie est passée de 60 ans en 1921 à plus de 75 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes actuellement. On aura beau triturer les statistiques comme on voudra, chanter l'éloge de l'âge d'or, avec l'âge, les maladies chroniques s'aggravent et l'incidence des maladies augmente au moins en ce sens qu'à mesure que la vie dure, les maladies s'additionnent ou les chroniques s'aggravent parce qu'elles durent. Alors que la consommation de soins demeure à peu près constante de la naissance jusqu'à 45 ans la courbe d'utilisation s'accroît de façon considérable à ce moment. À 75 ans l'individu moyen consomme environ 5 fois le niveau de soins qu'il a utilisé jusqu'à 45 ans. (Figure 15) Et la courbe continue de grimper.²² Et même si elle ne continue pas de grimper cette courbe, il n'y a aucune raison pour qu'elle diminue. Il faut considérer que dans l'éventualité d'une guérison, on reporte l'individu guéri un peu plus loin sur la courbe, là où ses prévisions de consommation augmentent.

Une autre constatation bouleversante est le fait que plus de la moitié des coûts des soins de santé, parmi les plus lourds, est engagée dans le traitement de personnes qui décéderont dans les mois suivants. Les soins terminaux, en d'autres termes, sont notre plus grosse dépense de santé. Cela va de soi qu'on ne traite pas les bien-portants mais surtout et plus abondamment les malades graves. Pourtant, une réflexion devra suivre sur les indications thérapeutiques que l'on gratifie du terme « d'acharnement thérapeutique » porteur d'une aura accusatrice contre les médecins. Un regard plus honnête mettrait en contrepoids dans la balance « l'acharnement des malades eux-mêmes », « l'acharnement des familles à exiger » ou encore, « l'ostracisation médiatique et juridique » dans toute discussion ou action rationnelle dans ce domaine.

On connaît bien le phénomène démographique des 'Baby boomers', cette cohorte importante de naissances apparue après la guerre, en 1945. Nous considérerons cette question en essayant d'être ni alarmiste ni aveugle en laissant les spécialistes nous fournir les réponses. Les chiffres nous sont fournis partout et en quantité; ne retenons que l'essentiel. Le phénomène consiste en une augmentation considérable de 85% des naissances qui a culminé vers 1960. Puis les naissances ont diminué par la suite, chutant de 30% vers 1975. Plus simplement cela signifie que le phénomène baby boomers produira à un moment donné, une plus grande proportion de gens âgés qu'actuellement. Pourtant, le groupe jeune qui les suit, celui qui pourvoira financièrement à leurs besoins de soins de santé par ses impôts, sera proportionnellement plus petit. Vers 2030, chaque citoyen en âge de travailler devrait, pour rencontrer ces coûts, augmenter sa productivité de plus de 50% pour subvenir aux besoins de personnes à charge. La situation sera donc doublement plus critique que maintenant par le simple jeu de la démographie. D'autres disent que ces prévisions sont alarmistes. Cette augmentation du contingent de retraités puisera dans ses fonds de pension détaxés jusqu'à ce moment. Ils ajouteront à l'impôt sans réclamer de salaires. Leurs dépenses ne requièrent pas de revenus prélevés sur l'économie mais ajouteront à celle-ci. Il reste à clarifier certaines de ces données.

²² Marshall, Victor W., *Aging in Canada, Social Perspectives* (2e édition) Fitzhenry & Whiteside, Markham, 1987, p. 255.

Il n'y a pas que cet aspect direct de la diminution des recettes fiscales. Plus de gens âgés, même au-delà des besoins de soins, signifie une plus forte demande de services sociaux. L'ensemble entraînera un ralentissement de l'économie. L'inévitable inflation s'ajoutera. Et les belles années exceptionnelles de l'économie du pays seront choses du passé. En somme, à assez brève échéance, non seulement nous devons faire face à une sérieuse augmentation des coûts de la Santé mais notre capacité d'y faire face déclinera, semble-t-il progressivement.

La spirale des exigences

Le prix du progrès

L'augmentation des coûts de la santé, dans beaucoup de cas, est engendrée par le prix du progrès lui-même. Un exemple parmi tant d'autres permet de le montrer clairement. L'insuffisance coronarienne, la grande responsable des maladies du cœur peut être traitée relativement simplement par une dilatation des coronaires, les artères nourricières du cœur. L'intervention est faite en passant un fin tube, un cathéter, depuis le bras jusqu'au cœur et consiste à dilater le vaisseau responsable. Elle nécessite à peine une brève observation de 24 heures par sécurité et pratiquement aucun suivi par la suite. L'intervention peut être répétée plusieurs fois.

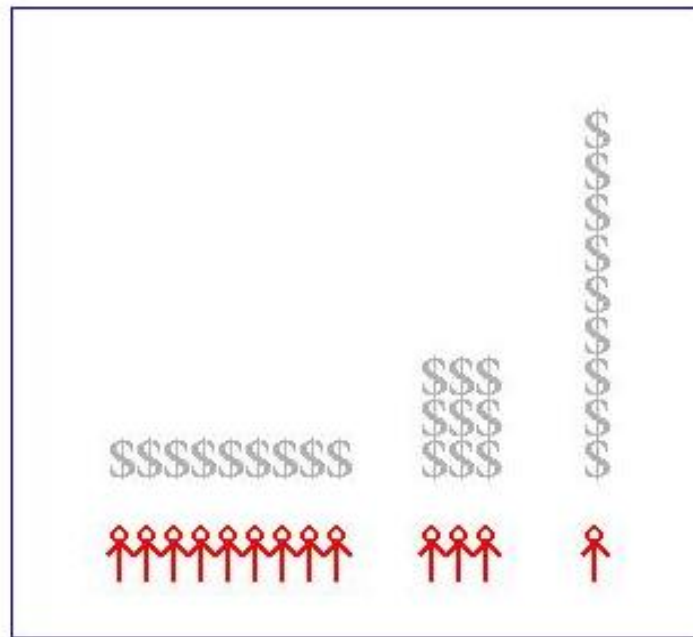


Figure 16 Sans préjugé aucun sur l'opportunité des différents traitements, du point de vue coûts, un exemple fictif est donné : une greffe cardiaque peut représenter approximativement 3 fois les coûts d'un pontage coronarien et 9 fois ceux d'une dilatation coronarienne en hémodynamique. Le choix : 9 dilatations ou 1 greffe?

Lorsque le traitement par dilatation des coronaires n'est plus possible on peut envisager une chirurgie cardiaque pour effectuer un pontage coronarien (coronary bypass). Il faut pénétrer

dans le thorax chirurgicalement et pratiquer une circulation extra corporeale pendant qu'on effectue le pontage. L'opération mobilise une équipe complexe, un équipement coûteux et dure des heures. Il faut une hospitalisation de plusieurs jours et un suivi sérieux. Enfin, au-delà du pontage, lorsque cœur et vaisseaux sont détériorés au point de ne plus pouvoir fonctionner, on envisage le troisième niveau de traitement, la greffe cardiaque. La technique consiste à greffer le cœur d'un donneur en remplacement du cœur malade du patient. Cela implique la mobilisation de l'équipe de prélèvement, le transport de l'organe et son implantation après exérèse du cœur malade par l'équipe d'implantation. L'hospitalisation est longue de même que le suivi complexe. La prévention du rejet implique une lourde et coûteuse médication et un suivi constant pour le reste de la vie du patient. Voilà des développements majeurs, des progrès inouïs impensables il y a quelques décades seulement; merveilleux et coûteux

Ce sont trois types de traitements d'une même maladie pour lesquels on peut pour le besoin de la discussion, attribuer des coûts théoriques. Si on donne la valeur 1 (\$) à la dilatation coronarienne, on peut évaluer le pontage à trois fois ce coût (\$\$\$) et la greffe cardiaque à trois fois le coût du pontage (\$\$\$\$\$\$\$\$). (Figure 16) À partir de là on peut proposer des scénarios. Dans une situation à budget fixe, le cas de tout hôpital, faut-il permettre 1 greffe cardiaque plutôt que 9 dilatations. Combien de pontages coronariens l'institution peut-elle se permettre par semaine sans risquer d'allonger les listes d'attente dans les autres spécialités; la liste d'attente de certaines chirurgies, moins coûteuses pourtant, s'allongent déjà. Sur un strict plan comptable, il faudrait refuser de traiter certains patients car leur guérison engage des dépenses considérables pour l'avenir. Voilà le genre de dilemmes auquel ont à faire face médecins, chirurgiens et administrations hospitalières. Et pourtant, jusqu'à maintenant on a à peu près réussi, par toutes sortes de subterfuges, à ne pas paniquer la population en cachant bien ce genre de choix pénibles. On ne discute pas ces choses en public. Il ne faudrait pas croire pour autant que les problèmes ne se posent pas déjà. Il ne faudrait surtout pas croire que cela sera réglé par un injection budgétaire; nous n'en avons pas les moyens!

Les coûts engendrés par la guérison

Guérir, ouvre la porte à l'occurrence de nouvelles maladies et à leurs traitements éventuels au cours de la survie gagnée. C'est une constatation pénible à admettre. Le fait de le guérir, permet à l'individu de poursuivre sa vie. Tôt ou tard il récidivera ou développera une autre maladie. De toutes façons, dans la grande majorité des cas, il décèdera d'une maladie qu'on devra traiter. Aussi difficile que cela puisse être à admettre, si on sauve la vie des malades en les traitant, la longévité augmente et les coûts aussi en conséquence. Les exploits pour permettre la survie de certains prématurés extrêmes dont les trois quarts ne produisent que des hypothéqués lourds sont un autre bon exemple pour permettre la réflexion.

Le bassin de population malade augmente donc avec les progrès de la médecine. Il en va de même avec l'augmentation de l'expectative de vie. De nombreuses maladies sont directement reliées à l'âge comme le diabète, le glaucome, l'incidence du cancer, les maladies arthritiques, les maladies dégénératives et beaucoup d'autres. Les individus porteurs de maladies à incidence familiale ou héréditaire, maintenus en vie, peuvent se marier, avoir des enfants et reproduire leur maladie. Toutes ces causes entraînent une augmentation nette du nombre de cas à traiter en perspective. (Figure 17). Cette augmentation est la rançon d'une bonne médecine.

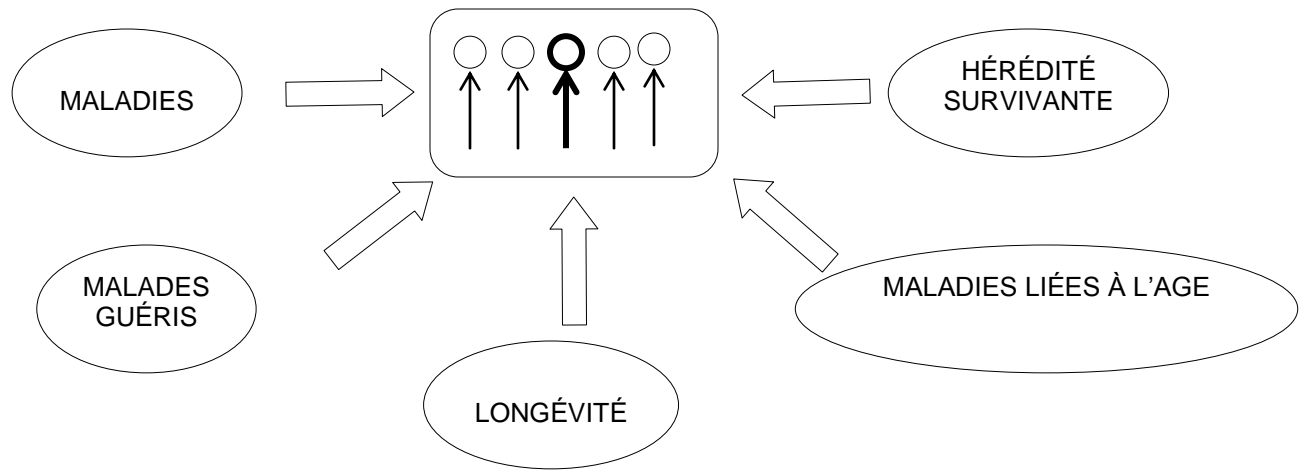


Figure 17 Aux maladies encourues normalement au cours de la vie s'ajoutent celles qui frapperont ceux qui ont été sauvés par des traitements efficaces. Les maladies héréditaires traitées se multiplieront. L'augmentation de la longévité accroît l'incidence de la maladie et permet l'augmentation et l'aggravation des maladies liées à l'âge. Ces facteurs représentent la rançon du succès de la médecine.

Pouvoir aux coûts de l'assurance maladie

Environ 10% du Produit National Brut du Canada est consacré actuellement aux soins de santé. Fait plutôt méconnu, ce financement public ne couvre pas la totalité des dépenses en soins de santé au pays actuellement. Le secteur privé paie directement, dit-on, environ 30 % de coûts supplémentaires de diverses façons. Tous ces chiffres sont du domaine public, accessibles à n'importe qui sur Internet. Les statistiques à l'appui sont même fournies par les paliers fédéral et provinciaux de gouvernement; on ne peut donc pas plaider l'ignorance.

L'augmentation des coûts de la Santé s'annonce littéralement impossible à rencontrer et ce dans un avenir presque immédiat. La capacité de taxation a atteint un maximum, dit-on, et peut difficilement augmenter beaucoup. Alors que 40% de la population ne paie pas d'impôt, 14% défraient à eux seuls 60% de l'impôt personnel. L'explication est assez simple, c'est tout simplement que la population est en grande majorité pauvre et n'arrive pas à défrayer sa cote part des dépenses. 72% des contribuables gagnent moins de \$35000 par année et 57% moins de \$25000. (Figure 18) On peut vraiment encore se poser la question, est-ce que nous vivrions au dessus de nos moyens?

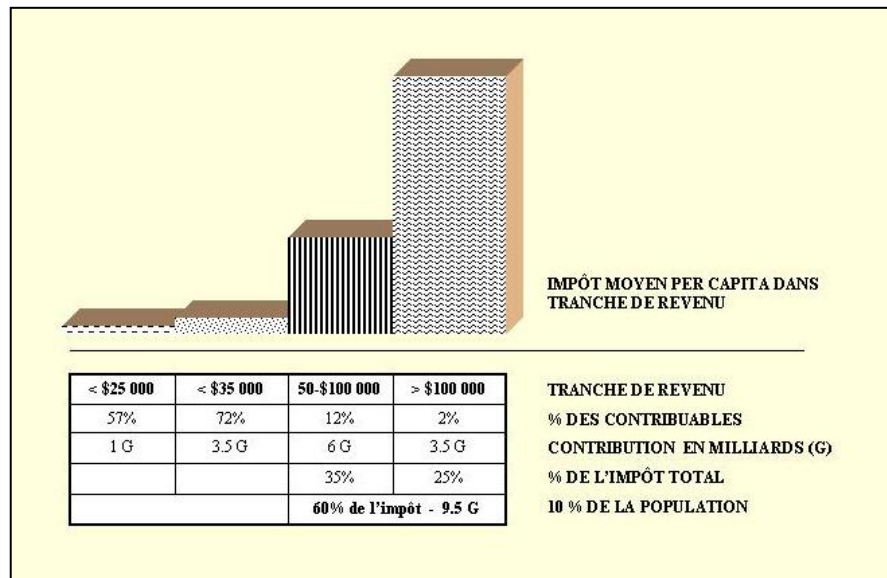


Figure 18 Dans une population où les $\frac{3}{4}$ gagnent moins de \$35 000 par année, la $\frac{1}{2}$ moins de \$25 000, 40% ne paient aucun impôt alors que 14 % des contribuables paient 60% de l'impôt des particuliers, peut-on encore parler de pays riche, capable de s'offrir des largesses sociales?

Hypothéquer nos enfants

En somme, si nous ne prenons pas les moyens nécessaires pour redresser l'évolution financière des coûts de l'Assurance Maladie dont nous essayons de nous pourvoir, nous devrons hypothéquer, sans aucune figure de style, l'avenir de ceux qui nous suivront. Ceux-là, ce sont nos enfants. Si nous continuons sans rien changer, il n'y a que deux éventualités possibles. Nous faisons face aux coûts de la Santé en sabrant dans d'autres secteurs comme l'éducation ou bien nous augmentons nos déficits et partant, notre dette. En somme nous chargeons nos enfants de dettes ou nous leur enlevons les moyens de s'en sortir en leur refusant l'éducation. La seule autre alternative consiste à stabiliser nos dépenses. Le dilemme est posé.

Chapitre 14

Apprivoiser l'idée de privatisation

Avant même de proposer quelque privatisation que ce soit, les dirigeants de cette société doivent bien réaliser qu'ils feront face à deux catégories d'objecteurs inconditionnels. Tout d'abord les *bien pensants* se braqueront d'emblée à la seule mention de la chose. Tous les slogans d'usage, « médecine à deux vitesses » et le reste, seront brandis, fermant hermétiquement toute possibilité de réflexion. À la seule mention du mot privatisation, ces individus subissent quelque chose comme un court-circuit intellectuel, une dérivation, qui prévient le raisonnement sain. Les seconds objecteurs systématiques seront les syndicats. Ils ne verront dans toute privatisation qu'une atteinte à leur intégrité, une forme perverse de cannibalisme de leurs acquis. Dans un cas comme dans l'autre, il n'y aura qu'une attitude acceptable, soit, avec courage, de les prendre de front en exposant le bon sens, les raisons vraies. Il sera surprenant de voir combien de gens finiront par rallier rapidement.

Dans toutes les propositions qui seront exposées, il faut comprendre qu'il ne s'agit pas de liquider l'Assurance Maladie, mais au contraire, de la poursuivre dans sa plus grande intégrité possible, en prévenant les gâchis d'une privatisation sauvage. Nous préconiserons deux approches particulières. L'une retire des mains du gouvernement la distribution de certains services. L'autre donne au gouvernement une voie de secours pour se tirer de l'impasse financière qui le guette. Dans tous les cas, il faut insister sur ce point suivant : bien gérés, ces changements laisseront le gouvernement en contrôle du régime public.

Pour discuter des relations entre Assurance Maladie et privatisation, il faut commencer par séparer les deux membres essentiels d'un système public de soins de santé comme le nôtre. Il faut distinguer entre *financement gouvernemental des soins de Santé* et *prestation gouvernementale des soins* (State funding et State Providing). On peut admettre comme principe fondamental inviolable l'universalité du partage des coûts d'un système de couverture universel des soins, au pro rata des revenus et pourtant, remettre en question le fait que l'État soit seul habilité à dispenser ces soins. C'est de cette exclusivité de fournisseur de soins unique qu'il sera question dans ce qui suit, et non du mode de financement ou de « l'universalité ». La remise en question de ce rôle de fournisseur des soins s'impose dans le contexte actuel de perte de confiance en la capacité du Gouvernement de continuer à gérer cette prestation exclusive.

Sous-contracter dans le privé

Comment peut-on s'opposer à ce que la prestation de soins spécifiques soit négociée avec le secteur privé lorsqu'il y a avantage pour tous à le faire, patients, médecins, Assurance Maladie, Gouvernement. Au nom de quoi peut-on se refuser cette approche de fourniture de services? Il ne peut s'agir que de deux choses. Ou bien, comme dit précédemment, l'obnubilation bien-pensante, la convenance politique, corrompent complètement notre capacité de penser ou bien les syndicats bloquent la décision sous prétexte de perte de postes? Il faut que ce soit l'une des deux explications ou les deux à la fois ou bien alors, nous nageons dans un blocage irrationnel incompréhensible.

Il ne s'agit pas de limiter la couverture de l'Assurance maladie mais de remplacer la prestation lourde et souvent intempestive du gouvernement, par des services que l'on peut obtenir à meilleur compte dans le privé. Le secteur public a une mission spécifique dans le domaine de la Santé que le secteur privé ne voudra jamais prendre en charge. Lorsqu'il s'agit de privatisation on ne peut pas s'attendre à de la philanthropie. Les compagnies d'aviation privées ne se précipitent pas pour desservir à perte les régions éloignées peu peuplées. De la même façon on ne verra pas les contractuels solliciter la chirurgie abdominale chez les hémophiles, traiter les problèmes cardiaques chez les obèses insuffisants respiratoires chroniques ou les cataractes compliquées. Le secteur public aura toujours l'obligation de traiter les gros cas lourds tout comme il devra continuer de défrayer les soins de ceux qui ne peuvent payer. Tout en continuant de respecter le principe d'universalité, sous-contracter dans le privé peut être dans beaucoup de cas la solution la plus logique pour alléger le système.

Sous-contracter en privé

La présentation de la question des sous-contrats en privé sera faite avec en tête un modèle bien concret, négocié par un Gouvernement provincial hors Québec, avec une clinique privée. Le service à la clientèle y est excellent, impensable même dans nos institutions publiques. Le Gouvernement y trouve son profit et sûrement que la Clinique aussi, sans cela l'entente ne se poursuivrait pas. On y opère des cas de niveau soins secondaires ou primaires plus. Le rendement et la qualité des soins sont exceptionnels. Ce que ne dit pas l'évaluation de cette expérience, c'est qu'il ne s'opère dans cette clinique « *que* » les cas non compliqués; les autres sont refoulés au Centre Hospitalier Universitaire local. Le « gros cas » n'est pas payant et n'est donc pas considéré dans l'entente. Cet exemple comporte tous les ingrédients essentiels à la

discussion qui suivra. Cet exemple n'est pas une vue de l'esprit; c'est un fait, une réalité que l'on peut visiter.

Il ne fait aucun doute que sous-contracter en privé ne peut qu'être à l'avantage économique des deux partis qui s'y engagent. Pour ce qui est du Gouvernement il s'agit de négocier à un prix favorable le traitement d'un type de pathologie qui se prête à exécution en milieu moins lourd que dans les grands hôpitaux. La manipulation de cas standardisés permet l'optimisation de la compétence des personnels et de la spécificité des équipements. On n'y rencontre pas les *impedimenta* rattachés à l'enseignement et à la recherche; on pourrait ajouter celui des syndicats de la fonction publique. C'est le niveau de l'économie sans l'habituelle image compensatrice de la diminution de qualité. On n'y traite pas les cas compliqués ou associés à des situations médicales complexes. L'opération doit être rentable.

Le déversement hors circuit hospitalier de ces cas traités en clinique privée libère des équipements publics permettant de les consacrer aux besoins du système. Il peut remplacer des immobilisations coûteuses. Contrairement à la privatisation simple, le sous-contrat permet un droit de regard sur la qualité des soins fournis dans ces cliniques puisque les conditions y sont négociées. Une gestion bien faite des sous-contrats devrait permettre de contrôler le volume des accès et permettre de prévenir des abus d'indications en fixant des normes.

Dans l'esprit d'une planification globale telle que proposée dans la discussion de la régionalisation des soins, on peut voir où pourrait facilement commencer une telle forme de privatisation, avant même de toucher les soins médicaux hospitaliers proprement dits. Les foyers d'hébergement, les centres de convalescence, en somme la majeure partie des services extrahospitaliers médicaux et sociaux, confiés au privé, permettraient un dégagement des équipements publics, ainsi rendus disponibles pour d'autres fonctions.

La négociation d'un prix unitaire pour d'éventuels actes spécifiques permettra un exercice salubre dans le milieu hospitalier public. Il faudra connaître les coûts unitaires. Dans la majorité des situations et surtout pour les cas non hospitalisés nous sommes pratiquement incapables de fournir, actuellement, un coût fiable. Il est clair que dans l'évaluation juste des coûts engendrés par les actes médicaux, le gouvernement devra inclure le coût des immobilisations, leur dépréciation et leur entretien. La clinique privée, de son côté, n'aura pas le choix de le faire.

Si le gouvernement peut trouver dans de telles ententes son avantage, il est certain que le patient pourra y trouver un service plus adapté à ses besoins. Comme la majorité des cas ne présentent pas une anticipation de complications, ils trouveront un service plus souple que dans les grands hôpitaux où les horaires sont continuellement à la merci des urgences et des cas compliqués. Même l'aménagement physique pourra être plus attrayant et plus adapté parce que spécialisé.

Location de services intra-hospitaliers

Si on met de côté les difficultés créées par les bien pensants et les syndicats, rien n'empêche de réfléchir en termes de location par le système de services médicaux intra-hospitaliers. Tout comme on conçoit facilement des contrats en privé pour la buanderie ou les casse-croutes on peut facilement entrevoir des contrats de service pour fournir, par exemple, des services radiologiques, incluant ou non la composante professionnelle, et cela dans l'hôpital actuel. Pourquoi les scanners ne seraient-ils pas loués comme on loue une voiture, si l'opération se solde par une économie ou un avantage financier? Opérer un bloc opératoire n'est certes pas plus complexe que de gérer certaines PME; ce qui compte, c'est que le service rencontre les exigences des utilisateurs et que chacun en tire son profit.

Transportabilité de la couverture assurance

Par transportabilité il faut entendre le transfert électif par le patient des prestations prévues dans le système pour certains soins, appliquées au défraiement des coûts de tels soins, reçus hors système, c'est à dire dans le secteur privé. La transportabilité des prestations est un pas de plus dans le sens de retirer au gouvernement la responsabilité de la prestation des soins. Deux situations se présentent : les soins en question sont offerts dans le système ou bien ils ne sont point disponibles. Ce sont là deux situations foncièrement différentes qu'il convient de discuter séparément.

De plus en plus de nouveaux traitements seront développés dans un avenir éminent que le système ne pourra pas se permettre d'offrir à la consommation générale. Ces traitements ou ces méthodes diagnostiques viendront s'ajouter à la gamme des services déjà offerts, le plus souvent sans les remplacer mais en s'y additionnant. Une grande caractéristique de ces nouveautés veut que pratiquement par définition ils soient de coût prohibitif. Refuser l'accès à ces traitements lorsque le système s'affiche comme obligatoirement universel et seul dispensateur prête flanc d'emblée à la contestation devant les tribunaux. Le recours à la transportabilité des prestations permettrait de défrayer partiellement ces nouveaux traitements en appliquant la prestation reconnue pour le traitement standard offert à sa place. Le gouvernement ne se verrait pas ainsi dans la position inacceptable de refuser l'accès pur et simple à un traitement.

Dans le second cas, la transportabilité s'applique à un traitement ou une procédure diagnostique existant dans le système public. On peut en effet pousser plus loin le concept de sous-contrat tel que discuté et laisser au patient le privilège de négocier lui-même les services dont il a besoin. Tout comme on accepte le principe de la chambre privée dans les hôpitaux et dont le supplément est assumé par une assurance privée, on devrait pouvoir bénéficier de l'application de la prestation prévue au défraiement des soins en privé avec couverture assurance privée pour les dépassements.

Une traduction en faits concrets

Donnons des exemples de ces deux situations en commençant par la transportabilité dans le cas de soins *couverts*. Parlons de cataractes et de prothèses de hanche. Ces deux techniques chirurgicales sont couvertes par l'Assurance maladie et utilisent des prothèses également couvertes. Dans les deux cas on peut retrouver des piliers de la vie active ou des pères de familles, qui requièrent ces soins pour poursuivre leur travail mais ne peuvent se permettre de suspendre longtemps celui-ci dans l'attente des traitements. Dans le contexte d'une option de transportabilité des remboursements ils s'adressent à une clinique privée accréditée par le système et les coûts de la chirurgie, de la prothèse et du chirurgien sont couverts par l'Assurance Maladie aux tarifs prévus. Ils sont opérés dans des délais qui conviennent à leurs obligations et remboursés par la suite au tarif de l'Assurance Maladie.

Supposons maintenant que quelques patients désirent un service plus luxueux, un séjour hospitalier prolongé de quelques jours moyennant supplément convenu d'avance ou particulier à telle clinique. Seule la portion conventionnée de la facture leur sera évidemment remboursée. Les différences peuvent exister, les choix peuvent différer dans une société. Pourquoi, contrairement à son voisin qui a opté pour un *cinéma maison*, un individu ne pourrait-il pas

choisir une clinique privée pour faire accoucher son épouse, clinique qui la gardera cinq jours de plus pendant lesquels on lui enseignera correctement et paisiblement à allaiter au lieu de la congédier presque à la sortie de la salle d'accouchement comme cela se fait actuellement? À un certain âge on préférera le confort pour une chirurgie électorale à l'automobile dernier cri; on choisira une classe affaire et un voyage d'une semaine plutôt que trois semaines et un tarif de groupe en vol nolisé. Pourquoi tout à coup ce raidissement, cette rigidité ridicule lorsqu'il s'agit de santé?

Prenons une autre situation comme exemple du second niveau de transportabilité, le cas d'une forme de traitement *non couvert* par l'Assurance Maladie. Dans l'exemple, pour un patient cancéreux ayant reçu de la chimiothérapie sans résultat, on envisage un nouveau traitement. D'après la littérature récente, un médicament non encore accepté par l'Assurance Maladie pourrait possiblement être d'un certain bénéfice. Après discussion avec son médecin, le patient décide qu'il veut ce nouveau traitement, beaucoup plus coûteux que celui disponible mais possiblement légèrement plus efficace. Pourquoi le prix du médicament utilisé couramment ne serait-il pas affecté au défraiement partiel du nouveau médicament, la différence étant assumée par le patient? Pourquoi brimer une liberté en refusant que le traitement soit administré et partiellement remboursé ou refuser que le patient puisse avoir recours à une assurance privée pour la différence comme ce fut le cas jusqu'à récemment?

Un exercice de sain réalisme

Quelques certitudes

On peut avoir la certitude qu'il y aura toujours un secteur de la population qui ne pourra pas s'offrir même les soins de santé essentiels que nous appellerons *soins de base* et qu'il faudra qu'une partie de la population assume ces coûts. Une autre certitude consiste dans le fait que ceux qui contribuent le plus aux coûts du système ont les moyens de s'offrir ces traitements non offerts par le système s'ils le désirent. On peut également être certains que ces individus ne vont pas accepter de se laisser ainsi priver longtemps dans un système québécois qui atteint déjà ses limites, en qualité et en quantité, sans réagir. Avec le revenu moyen que nous connaissons au Québec, dans un Québec pauvre en somme, on peut être certain d'une autre chose; il y a fort peu de possibilités pour que se développe dans un secteur privé une grosse demande pour des soins majeurs coûteux offerts par ailleurs gratuitement par l'Assurance Maladie. Les greffes de cœur en privé ne pulluleront pas. Face à ces données un certain nombre de questions se posent.

Quelques questions de conscience

La véritable question que nous devons nous poser est la suivante. Avons-nous le droit de mettre à risque un système de Santé relativement enviable sous prétexte que nous voulons refuser à un très petit nombre le droit de s'offrir quelques soins et services au-delà des services publics, services publics qu'ils défraient d'ailleurs eux-mêmes personnellement en grande partie?

La question suivante met en cause la simple justice sociale. Bien au-delà des besoins de base, même en présence d'une réelle abondance, avons-nous le droit de dire « *si je ne puis m'offrir ce supplément, tu ne l'auras pas non plus* »? Il y a là quelque chose de vindicatif, d'unique dans notre société

Avons-nous le droit de prendre la chance de déclencher une réaction négative, une riposte violente de la droite politique et économique pour si peu de concession et surtout pour des

concessions qui, loin de priver l'ensemble de la population, permettront de sauver le meilleur du système en le libérant d'autant?

Pouvons-nous sans rougir poursuivre l'hypocrisie qualifiée de l'attitude actuelle et tolérer plus de trente pour cent des dépenses de Santé hors système, être incapables de répondre à la demande et faire semblant de l'ignorer, tout en continuant de se pavaner en se vantant d'universalité? Avons-nous l'intention de poursuivre longtemps la réalisation d'une espèce de rêve socio-romantique de justice égalitaire réductive qui n'a jamais dans aucune société, aucun régime, réussi à exister suffisamment longtemps pour que l'on puisse parler d'implantation durable. Serait-ce là la grande particularité du « modèle québécois » que l'entêtement obtus?

Au-delà des idéologies déconnectées

Limites du système public

Lorsqu'un système d'assurance santé s'érige légalement et s'impose comme pourvoyeur unique et universel des soins il lui incombe de fournir des soins qui satisfassent à la demande en conséquence. A partir du moment où il ne peut offrir les soins requis ou que l'efficacité ou la qualité de ces soins sont mis en question ou non satisfaisants il devient inadmissible, au delà même du principe de liberté, que l'accès à une autre source disponible ne soit pas permise par les gouvernements. La couverture assurance doit être transportable au privé. Quand on a contribué à une assurance santé pendant cinquante ans, ce transfert de prestation, dans les circonstances où l'autre contractant ne peut remplir sa part du contrat, est dû au contribuable. Mais pour que soit décemment et légalement acceptable cette voie hors système, il est essentiel et surtout équitable que le dépassement de frais encouru soit payé par celui qui consulte à l'extérieur du système; une assurance détermine toujours, pour une prime donnée, les limites de couverture ou une forme de franchise.

Le présent raisonnement émerge d'une simple volonté d'équité. Une telle pratique, loin de léser ou d'affaiblir un système d'assurance maladie comme on le connaît lui fournit une dimension qui pourra être un des éléments essentiels de sa meilleure survie possible. Il permettra facilement une foule de développements impensables dans le carcan actuel. Il n'est pas sans intérêt de se rappeler que des poursuites légales sont engagées contre certains gouvernements provinciaux parce que l'assurance santé ne peut offrir certains traitements disponibles ou refuse d'en défrayer les coûts. S'engager sur la voie du braquage judiciaire, contrairement à la pratique d'une transportabilité équitable, ne peut que conduire rapidement à un éclatement incontrôlé d'un système hautement souhaitable mais devant à tout prix être repensé. Si le gouvernement ne peut pas offrir un service parce qu'il n'en a pas les moyens, la simple honnêteté requiert que ce soit reconnu et déclaré. Que le prix d'un service tel que convenu dans le système soit applicable, dans l'hôpital public ou en privé, relève de la simple équité,

Permanence inchangée du système public

Il faudrait que l'on nous explique en quoi la transportabilité de la couverture dans les exemples donnés porte atteinte au système ou diminue l'envergure ou la qualité du système public. Il semblerait au contraire favoriser un dégrèvement de la charge publique. Est-ce la comparaison que l'on craint? Pourquoi le système public ne concentrerait-il pas plutôt très spécifiquement ses efforts à ce qui lui reviendra toujours de fait, la médecine lourde, les cas graves d'une part, un service de base pour le traitement des pauvres d'autre part. Une meilleure

gestion et se débarrasser de la routine de façon contrôlée vers le privé en sous-contractant ou en permettant la transportabilité des prestations pourraient être, si on y réfléchit bien, deux atouts pour accroître l'efficacité du système public.

En fait si on s'ouvre les yeux et que l'on continue de réfléchir, la possibilité d'un accès au privé compensé par la transportabilité de la couverture ne change strictement rien en soi à l'accès aux soins de ceux qui se font traiter dans le système public. Répétons le, sur le plan des soins, sur le plan financier, cela ne change rien en soi à la situation de ceux qui demeurent dépendants du secteur public. Faut-il le répéter, ces patients qui iront au privé auraient prélevé ce coût de leur traitement de toutes façons dans l'assiette publique pour s'y faire traiter car ils ne resteraient pas de toute évidence sans traitement.

Il y a un malaise qui vient presque d'emblée avec la seule mention du mot privatisation qui fait que l'on « zap » en refusant d'y réfléchir. On accepte mal qu'un système privé puisse offrir des services mieux appréciés des malades que ce que le secteur public peut offrir; cela est perçu comme une admission de déficience du système. Mais en réalité on sait bien qu'un secteur bien défini s'adressant à une pathologie claire, simple, sans complications, sans le contexte de la lourdeur tertiaire, de l'enseignement, sans les abus des syndicats de la fonction publique, se gère mieux et à meilleur coût. Cela va presque de soi, se comprend facilement. Et c'est précisément de cette différence de contexte que doit profiter le système public sans penser qu'il trahit son objectif fondamental.

Tirer le système d'embarras

On peut reconnaître à ce concept de transportabilité au privé toutes sortes d'avantages indirects. Elle donne aux autorités gouvernementales responsables de l'assurance publique universelle un instrument permettant de ne pas accepter certaines procédures au registre des traitements admis par l'assurance sans toutefois avoir à refuser de traiter une condition particulière. La justification devient claire et permmissible; le traitement de telle pathologie consiste en tel médicament. Par ailleurs, tel autre traitement préconisé dans la littérature récente peut ne pas être accepté par l'assurance sur la base de l'impossibilité financière du système ou encore et bien justement que la preuve de sa valeur ou de la justification de son coût-efficience n'ont pas été démontrées. Par contre si un patient tient à ce nouveau traitement, en l'occurrence plus dispendieux, en place d'un autre accepté, la somme qui aurait été affectée au traitement accepté est appliquée à la facture comme remboursement partiel, le reste constituant un dépassement assumé par le patient. En somme le gouvernement justifie rationnellement sa position, démontre sa bonne volonté et évite de se mettre en position de refus de traitement, position toujours légalement intenable. Le traitement pourrait même être effectué en milieu hospitalier public.

Repenser la social-démocratie collectivante

Il faudra repenser à la fois notre façon de penser et notre façon de gérer notre secteur social. C'est encore à Claude Picher²³ que l'on doit le cri d'alarme lancé récemment dans son éditorial « Toujours en retard », mais aussi d'avoir porté à notre attention un document exceptionnellement important de Marcel Boyer²⁴ sur l'urgence de réagir : « *La poursuite d'un*

²³ Claude Picher, *Toujours en retard*, La Presse, Montréal, samedi 21 janvier 2006.

²⁴ © Marcel Boyer, *La performance économique du Québec : constats et défis (II)* Série Scientifique, 2006s-01, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, (www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2006s-01.pdf texte intégral)

idéal socio-démocrate au Québec passe par une remise en question courageuse de ses institutions, et le temps presse » Dans ce document, l'auteur dresse le tableau comparatif entre une social-démocratie « collectivante » comme celle dont nous souffrons et une social-démocratie concurrentielle capable de porter plus loin nos aspirations : « Je prendrai ici une note différente en définissant la nouvelle démocratie dite concurrentielle comme d'abord et avant tout une vision de l'homme comme être social, vision selon laquelle la poursuite de l'amélioration du bien-être des individus, l'objectif premier et central, passe par la reconnaissance explicite de trois principes fondamentaux :

- *la capacité des individus de faire des choix rationnels*
- *le partenariat social qui définit et façonne l'individu*
- *le besoin crucial de mécanismes explicites et efficaces de coordination et d'incitation permettant un usage optimal des ressources disponibles. »*

Chapitre 15

La question des effectifs médicaux

Bien sûr, il faut reconstituer les effectifs médicaux que des décades de mauvaise gestion ont décimés. Mais il faut amorcer cette correction autrement qu'en application désastreuse du principe de l'*aggravation universelle*. Il ne faut absolument pas se lancer dans l'aventure pour n'arriver qu'à multiplier, dans un avenir rapproché, les problèmes existants. Ne s'adresser qu'au nombre de médecins serait admettre que ce seul déficit en nombre soit responsable de tout le marasme actuel de la Santé. Nombre de pièges nous guettent. On ne lancera pas impunément des milliers de nouveaux médecins, certains avancent un déficit de plus de deux mille, dans l'exploitation du système actuel de la Santé, si en même temps il n'y a pas un effort manifeste pour redresser la gestion de l'ensemble.

Reconstituer les effectifs médicaux

On a récemment rouvert les écluses de l'admission en médecine.. En pratique, cela signifie que l'on s'est borné à changer les ordonnances de quotas d'admissions dans les facultés en minimisant les rehaussements budgétaires qu'ils commandaient. En somme, encore une fois, face à l'urgence, on a été forcé d'agir ponctuellement sans prendre le temps ou sans vouloir se donner le loisir de réfléchir à des solutions visant à régler les problèmes en profondeur. Mais cette volonté subite d'agir n'ira pas sans soulever une foule de nouveaux problèmes.

Ouvrir les écluses de l'admission dans les facultés de médecine sans réévaluer non seulement les normes et les méthodes d'admission mais la façon d'évaluer les programmes de formation ne règlera qu'une partie du problème; nous l'avons déjà abondamment discuté. Il serait également plus qu'opportun de réfléchir en même temps sur les modèles de médecins que nous voulons former.

Mais plus que tout, il faudra s'aventurer prudemment dans le redressement des déficits d'effectifs et soustraire l'opération à l'ingérence gouvernementale. Toute la question de la répartition entre la Pratique Générale et la Spécialité ainsi qu'entre les diverses spécialités et d'éventuelles diversifications de la Médecine Générale se posera de façon aiguë incessamment. Or les mécanismes en place se sont avérés non seulement inefficaces mais hautement incompetents pour faire face aux besoins. Nous l'avons également bien vu, une redéfinition des tâches et des lieux de travail s'imposent sous la forme d'un plan rationnel de régionalisation, basé sur une vision saine, vidée de toute idéologie.

Les normes qui ont servi à déterminer les effectifs jusqu'à maintenant sont inutilisables. On s'est servi d'elles pour fournir une justification des mesures qui ont été prises; il s'agissait de sabrer dans les effectifs. La gestion par Comités ad hoc, avec leur impact ponctuel dans le temps est vouée à l'échec. Il faut mettre en place un mécanisme permanent responsable de ses décisions et capable de gérer l'évolution de la situation. Il faut faire appel à toutes les compétences, recherche clinique, démographie, administrateurs et économistes. On a commencé à réviser les fameux et désastreux « Plans d'organisation clinique ». Mais la révision amorcée tient du même et du pareil; il faut aller plus loin. Le vieillissement et la surcharge et la désillusion seront possiblement très mauvais conseils. Ce qui est à craindre, c'est la création à brève échéance d'un engorgement subit formé d'individus inadaptés aux besoins, suivi d'une autre coupure brutale désastreuse des effectifs en formation. Et tout cela avec les pointes et les trous qui en résultent à chaque fois, dans la répartition des âges moyens des contingents successifs.

Nous osons croire qu'il est inutile de prévenir nos dirigeants contre la solution facile que constitue l'ouverture incontrôlée à l'immigration. Nous pouvions, par le passé, avoir de sérieuses exigences d'admission; nous avons recruté ainsi des candidats supérieurs. Les conditions ont changé. Au point où nous en sommes, notre milieu ne présente plus aux médecins étrangers des pays développés, l'attrait qu'il a pu avoir par le passé. Les candidats souhaitables pour nous ont de bonnes chances de trouver chez eux le milieu qu'ils désirent. Les médecins étrangers qui se porteraient volontaires à l'immigration maintenant, risquent de venir de milieux dont la qualité de formation et les conceptions sociales sont très différentes des nôtres. Il ne faut à aucun prix baisser le niveau des exigences sous prétexte de besoin urgent. La pratique restrictive en milieu académique avec clause d'acceptation conditionnelle demeure une garantie même si elle cache ses pièges et Dieu sait si nous les avons connus.

Les aspects financiers de la reconstitution des effectifs

Déjà étranglé par les budgets disponibles, comment le gouvernement pourra-t-il faire face aux dépenses en perspective? Comment paiera-t-on les 1000 à 2000 nouveaux médecins qui seront formés pour combler les manques d'effectif? En les répartissant entre spécialistes et généralistes et au salaire moyen actuel il est facile de prévoir l'augmentation de l'assiette salariale qui en résultera. On ne peut faire autrement que d'ajouter à cela les indexations qui résulteront des négociations actuellement en cours.

Ces augmentations s'ajoutent à d'autres tout aussi prévisibles. L'arrivée de 1000 à 2000 nouveaux médecins ne se fera pas sans impact sur la capacité de service du système. Simplement pour répondre à la demande de la population le nombre d'actes sera multiplié et les besoins en équipements dont ils dépendent iront aussi en augmentant. C'est par milliards de dollars d'augmentation des dépenses annuelles récurrentes de la Santé qu'il faut se mettre à penser dès maintenant. Allons encore un pas plus loin. Nous aurons à faire face à ces dépenses dans le contexte de la création irraisonnée de CHUMs dont on n'ose pas encore prévoir les budgets en effectifs et en équipements. Arrêtons-nous un moment : comment ferons-nous face? Est-ce que ce seront des coupures aberrantes encore une fois, sabrant de tous côtés sans discernement? Nous endetterons-nous encore un peu plus si nous le pouvons? Nous contenterons-nous d'une dégradation des services?

Créer un secteur privé

Il ne faut surtout pas oublier de composer dans l'équation du redressement des effectifs la nécessité de prévoir le développement d'un secteur privé de pratique médicale. On peut affirmer en toute certitude qu'il se développera au Québec un réseau de pratique médicale privée. Personne de sérieux, à ce moment de l'évolution du dossier, ne peut prévoir, avec quelque précision que ce soit, comment les choses se passeront. Trop de facteurs flottants depuis l'attitude des gouvernants, la réaction sociale qui découlera de toute évolution quelle qu'elle soit jusqu'à l'attitude de la profession médicale, joueront sur l'issue de la question. La meilleure règle de conduite que l'on puisse se donner sera celle d'accepter une évolution lente des choses, bien digérée par tous les partis en cause et guidée par une vision à long terme. D'autant plus qu'on peut être assez certain que le développement d'un secteur privé sera lent pour de nombreuses raisons.

Étonnamment, en dehors d'un certain contingent, il n'est pas donné que la profession médicale dans son ensemble accepte facilement le concept du partage des soins de Santé entre le public et le privé. Les témoins de l'autre âge, de l'époque de la pratique privée d'avant l'étatisation, sont maintenant retraités ou au seuil de la retraite. La relève, en dehors de ceux qui n'ont d'affinité avec la médecine que pour l'argent, ne comprendra peut-être pas l'enjeu et fera opposition.

Peu importent les oppositions, la réalité économique et la judiciarisation des critiques du système feront en sorte qu'il y aura médecine privée et que cette médecine privée puisera à même les effectifs reconstitués. Il faut donc prévoir en conséquence.

Des Cliniques universitaires

Une comptabilité simple de la valeur de l'acte

Rien ne sert de jouer à l'autruche; il faut bien appeler les choses par leur nom. Dans une médecine rémunérée à l'acte, la valeur de ceux-ci est établie par des moyennes. Dans une telle équation, plus les cas sont compliqués moins ils sont *payants* et vice-versa; la clientèle rêvée pour abuser, consiste à suivre des patients qui n'en ont pas vraiment besoin. La situation se rétablit grâce à un mélange équilibré de cas simples et compliqués. Cependant, ces cas complexes aboutissent dans les hôpitaux majeurs où se retrouvent les équipes et les instruments hautement spécialisés nécessaires à leur traitement. Voilà l'essentiel du problème.

Il découle cependant de ces prémisses une série de constatations. Au-delà de la référence justifiée des cas compliqués aux centres universitaires il est très facile de définir d'autres modes de référence. La définition du cas compliqué peut devenir le cas qui n'est pas la stricte routine, c'est à dire, tout ce qui peut retarder ou nuire au rendement, en d'autres mots, nuire à la rentabilité. Il faut avoir vécu l'expression « ce cas est devenu un cas de CHU » lancée par des confrères pour frémir à sa simple mention. Dans toute l'opération par laquelle sont dirigés les patients, le processus de sélection est trafiqué; certaines maladies sont stigmatisées.

La conséquence qui nous importe dans le présent exposé tient au fait que les *académiques* qui reçoivent ces cas, sont déjà les plus hypothéqués du système actuel par l'enseignement, le temps consacré à la recherche et à l'administration académique. Les revenus de ces individus sont donc très sensibles à l'équilibre entre les volumes de cas simples et de cas complexes. De plus, nous avons préconisé qu'une bonne gestion doit prévoir la sortie des cas simples des hôpitaux tertiaires. Rappelons, pour ceux qui l'ignoreraient, que les salaires universitaires, pour les rares qui en bénéficient, ne couvrent qu'une partie de la rémunération des médecins académiques; ils doivent compenser par leur pratique. Le concept même de *plein temps géographique* selon lequel toute la pratique des médecins académiques doive se dérouler dans l'hôpital universitaire et dans le système public devra vraisemblablement être révisé pour permettre une pratique mixte ouverte sur le privé. Si on veut valoriser le milieu académique et surtout le maintenir, il faudra voir à corriger sa rémunération.

Une ouverture au privé

Nous pouvons prendre pour acquis, du moins il faut tout faire pour qu'il en soit ainsi, que nous maintiendrons un secteur public robuste qui conservera la responsabilité de tout le secteur lourd des soins de même que des soins de base requis par une bonne partie de la population. Il sera le dépositaire des installations majeures. Il demeurera le centre de la vie académique. Cela est absolument essentiel dans le contexte de nos options sociales. Autrement, nous condamnerions la presque totalité de la population à une médecine déclassée.

Dans des conditions normales d'évolution il est clair que le contingent de ceux qui forment l'équipe académique actuelle conservera la même mentalité de dévotion et d'intérêt à la chose académique. Nous nous sommes pourtant privés des services d'individus valables qui refusaient de voir la totalité de leur carrière enrégimentée entre les balises limitatives imposées par ce milieu. Indépendamment du financement insatisfaisant, il y a, dans ces grands hôpitaux, à supporter les facilités souvent frustes, parfois primitives de travail qu'on y offre. Et encore, il n'est pas fait mention des équipements qui manquent.

Il est certain que le développement d'un secteur privé académique, bien balisé dans le contexte décrit, réglerait beaucoup de problèmes. Pourquoi n'essaierait-on pas de commencer l'expérience des exemples de privatisation décrits, précisément avec ce secteur académique? Privé et médecine de pointe ne sont pas des termes contradictoires. Rappelons simplement que de grandes cliniques privées américaines du type Mayo ont été les pépinières et les génératrices

de la meilleure des médecines et que nous leurs sommes redevables pour y avoir fait former à un moment de notre histoire l'essentiel de notre élite médicale. Les nantis de notre milieu s'y sont fait traiter et continuent de le faire. Les grands maîtres académiques de Johns Hopkins ont accès à des cabinets privés enviables. Un des grands pionniers américains de l'ultrasonographie n'a jamais pratiqué ailleurs qu'en privé.

Accès à des équipements spécialisés 'non couverts'

Pourquoi priverions-nous nos personnels du milieu tertiaire et académique des avantages de l'exploitation de certains nouveaux équipements de pointe non offerts ou difficilement accessibles dans les milieux hospitaliers? Un exemple s'impose. Lorsque la chirurgie réfractive (traitement Laser des myopes) est devenue disponible, l'achat de ces Lasers dont le coût dépassait le million de dollars était tout simplement impensable dans les milieux académiques hospitaliers; pas un seul hôpital universitaire, pas un seul pool ou plan de pratique académique ne permit à ces spécialistes d'acheter ces appareils. Et pourtant ils étaient si évidemment rentables que le privé n'hésita pas à investir dans ce secteur non couvert par l'Assurance Maladie. Le résultat global fut que le milieu académique fut pratiquement exclu de l'évolution d'une application chirurgicale majeure. Sans vouloir s'exposer à des poursuites pour atteinte à la réputation on peut dire que l'on a assisté à un des plus beaux spectacles de prédation médicale publique connu jusqu'à ce jour. L'exclusion effective des académiques a livré le secteur à cette prise en mains, sans contrôle effectif de qualité ou d'indication opératoire. Dans beaucoup de cas, des individus de valeur, préparés pour jouer un rôle académique sont partis vers le privé en quittant le milieu universitaire, simplement pour avoir accès à ces équipements. D'une façon générale, cette exclusion du monde académique de l'entreprise tient d'un atavisme culturel, prévenu contre tout ce qui est *affaires*. En fait c'est du dynamisme fondamental de la compétitivité que s'est ainsi vu priver progressivement le monde académique. Le prix en reste encore à payer.

Des cliniques universitaires

On peut opposer à cette évolution l'image d'une toute autre possibilité. Le support financier des académiques dans le développement de cliniques privées rentables doit être considéré pour l'avenir. Il faut voir se développer des Cliniques Universitaires privées pour redonner à cette catégorie de professionnels l'avantage concurrentiel qui leur a été enlevé. Rappelons-nous que si les instruments ne donnent pas la compétence, la compétence ne peut se manifester sans eux. Jadis, le milieu académique avait presque seul accès aux moyens hospitaliers de pointe ce qui leur donnait une supériorité de facto et permettait au milieu un certain discernement dans le recrutement; il y avait avantage à la pratique en milieu académique. Les paramètres sont changés. Tous les professionnels ont accès à tout en fonction de leur niveau de formation. Seul les académiques sont privés des avantages de l'accès à la pratique privée avec les services que seule elle permet.

Il serait souhaitable dans les mêmes conditions que décrites plus haut pour les sous-contrats, de voir se développer des cliniques privées tenues par des académiques, gérées par eux, loin de l'ingérence aussi bien universitaire qu'hospitalière et gouvernementale. On devrait même consentir à ces cliniques des transferts de coûts unitaires favorables qui auraient plus d'impact que de simples augmentations de salaires ou une réduction au salariat. Ils y pratiqueraient pour une portion donnée de leur temps. Ces individus trouveraient dans ces cliniques un revenu

d'appoint nécessaire pour compenser le temps passé à l'exploitation le plus souvent mal ou non rémunérée qu'on leur fait subir.

Ils retrouveraient un statut respectable et la jouissance d'un milieu digne d'eux, leur permettant de s'abstraire au moins périodiquement des exigences hospitalières qui les taxent. Les plus chevronnés de nos médecins seraient enfin accessibles dans des conditions acceptables par une clientèle qui les désire et les mérite, mais qui peut difficilement accepter les aléas des rendez-vous hospitaliers dans les conditions actuelles. Les conditions favorables qui en résulteraient assureraient à coup sûr un meilleur recrutement, beaucoup de candidats étant simplement rebutés par le contexte. Ce nouveau statut permettrait de compléter un mode de rémunération académique devenu parfaitement désuet, insatisfaisant et hypocrite.

Chapitre 16

Perspectives de privatisation

Apprivoiser l'idée de privatisation

Il faut entreprendre la privatisation de certains secteurs de la médecine comme une forme de gestion saine, comme une issue à des problèmes difficiles. Il faut y voir un instrument, une forme de collaboration et en faire un élément dans la poursuite d'une distribution socialement acceptable des soins. Cela s'oppose essentiellement à la perception négative que l'on véhicule contre toute forme de privatisation, stigmatisée dans la fameuse expression de *médecine à deux vitesses*. Le temps des boutades est terminé; il faut retomber sur terre si on veut sauver le maximum de l'idéal de la couverture universelle du demi-siècle passé.

Le secteur privé doit être considéré comme n'importe quel autre service dans la société, service qu'il faut apprendre à gérer. Il peut s'avérer très favorable tout comme il peut tourner au détriment de celle-ci. Le rendre serviable, agissant de pair avec une Assurance Maladie publique sera cependant le résultat d'un équilibre fragile basé sur une conception obligatoirement ouverte et réalisable uniquement à long terme. Le moteur en sera le libre jeu du marché de l'offre et de la demande, ce dynamisme propre de nos sociétés démocratiques. L'orientation devra venir de la collaboration du tiers payeur d'une part, le gouvernement, et des fournisseurs de soins représentés majoritairement par la profession médicale d'autre part. Ces deux joueurs seront

nécessairement et indissociablement unis et responsables de quelque succès que ce soit dans l'évolution de ce lourd dossier.

Il faut accepter de commencer à considérer la Santé avec en tête un objectif précis, celui d'enlever le plus possible des mains de l'état la responsabilité directe de la prestation des soins le *state providing* tout en lui en laissant la responsabilité de la vision sociale qui sous-tend notre système, ce qui est encore plus que le *state funding*.

Pérennité de notre système public

Il est plus que superflu de s'inquiéter de la pérennité de notre système public de Santé. Il y a deux raisons incontournables à cela. Il y aura toujours une population importante incapable de s'offrir les soins dont elle aura besoin et dont nous continuerons toujours d'être responsables, puis, nous sommes une société trop pauvre pour qu'il s'y développe un secteur privé important risquant de s'accaparer les soins lourds.

La mission propre du système public est claire et vaste en supposant qu'on lui conserve la capacité de remplir sa fonction ne serait-ce qu'avec les moyens actuels. La médecine lourde, les grandes interventions, demeureront toujours le territoire incontesté du public; comas prolongés, polytraumatisés graves, greffes rénales et cardiaques, maladies débilitantes chroniques. Parallèlement, les démunis sociaux continueront de confier en plus au système public la totalité de leurs besoins de soins. Ces deux domaines, cas lourds et soins de base et soins des démunis, devraient, si on veut rester fidèle à notre pensée sociale fondamentale, être considérés intouchables. Le reste de la demande entre ces deux extrêmes sera laissé libre dans le système mixte tel que préconisé, incluant sous-contrats et transportabilité, le tout à l'intérieur des capacités de payer du système de l'Assurance Maladie. La libéralisation de la profession ne vient se poser dans ce contexte que comme une collaboration sans laquelle d'ailleurs cet équilibre serait impossible.

Soyons réalistes, avec le niveau de revenu moyen que nous connaissons au Québec, pressurés comme nous le sommes par les impôts, les taxes et la dette accumulée, si nous maintenons un système public simplement du niveau que nous connaissons actuellement et si nous le gérons bien, le contingent de ceux qui se dirigeront vers un secteur privé dépourvu de compensation par l'Assurance Maladie sera pratiquement insignifiant. Le privé ne se développera de façon significative qu'avec l'avènement des sous-contrats et de la transportabilité des prestations. Or ces deux moyens donnent l'opportunité de contrôler l'évolution des choses. Dans un tel contexte mixte d'ailleurs, le champs d'action du Système public demeure vaste, essentiel et garant de la meilleure compassion sociale possible.

Tamponner l'évolution

L'évolution de notre système de Santé arrive à une phase critique; nous sommes près de l'état de crise qui dictera des prises de position graves de conséquence. Les coûts nous échappent et le progrès est inévitable. Nous passerons d'un système public rigide à une ouverture au privé qui inquiète. Cette évolution est impérieuse; le temps des choix entre les deux options est fini, il faut maintenant prévoir comment faire le passage de l'un à l'autre.

Initier le changement

Les premiers pas ne doivent pas heurter. La première étape consiste à mettre en place les moyens et les structures qui permettront de faire évoluer le changement en le dosant selon les réactions. Apprivoiser l'opinion publique, commencer à mâter les syndicats, par une approche rationnelle irréfutable. On a si bien su endormir avec des ronronnements insignifiants l'opinion publique que l'on pourra cette fois se servir de la technique pour la faire évoluer dans le bon sens. La privatisation peut commencer par un enrobage ressemblant à ce qui existe.

Jumeler public et privé

Il faut que l'avènement du privé soit intimement lié au fonctionnement public. Il est essentiel que ne se produise pas une explosion agressive du privé, vue comme une réaction à la faillite du système public. L'introduction du privé dans les institutions publiques, la rémunération mixte publique / privée, par exemple, peuvent être des formes d'indexation que le système ne peut s'offrir, une compensation pour le travail académique. Cela doit être montré comme le simple développement de la *chambre privée* actuelle de l'hôpital.

Maintien d'un contrôle de qualité et de quantité

La négociation de sous-contrats et d'autres formes de contrats avec le privé par le gouvernement garantit un contrôle de qualité en permettant la supervision des services. L'inclusion de la rémunération mixte, la collaboration académique sont autant de facteurs de sécurité. Cette approche permet même de dicter des indications thérapeutiques. En somme, une gestion contrôlée de la privatisation permet de prévenir une bonne partie des abus facilement retrouvés dans une privatisation sauvage laissée à elle-même.

Libérer le secteur public

Froidement, on peut aussi considérer que tout ce qui se donnera comme soins en privé, dans des conditions financières favorables pour le système, libèreront celui-ci d'autant. Moins d'immobilisations publiques, moins de services pour les équipements, des services à meilleur compte, une concentration des services lourds, sont autant de facteurs positifs dans une gestion objective que des hommes d'affaire ne négligeraient pas. Comme bénéfice ajouté, on peut mentionner la satisfaction de ceux qui pourront ainsi s'offrir un complément d'aménités, impossible dans le public.

Une contribution au privé décroissante

L'extension du principe de la transportabilité des prestations offre un autre avantage qu'il est presque machiavélique de mentionner. La valeur de la portion des coûts des soins consentie peut être ajustée à la baisse par le gouvernement ou simplement, de façon abusive, non indexée. Tout en diminuant la pression de la demande dans le secteur public, le transfert financier au privé deviendrait ainsi progressivement plus avantageux.

Prévenir les poursuites pour soins non disponibles

La simple possibilité d'admettre la transportabilité des prestations de l'Assurance Maladie dans les cas où certains soins ne sont pas disponibles dans le système préviendrait beaucoup de problèmes, y compris des poursuites en justice. Même, certains délais de listes d'attente pourraient être considérés au-delà desquels la transportabilité pourrait s'appliquer. Ce sont deux formes de privatisation qui représentent de véritables soupapes de sécurité pour le système, sans pour autant ne rien changer au public.

Par ailleurs, cette issue permet de ralentir le temps d'acceptation des nouvelles technologies à un rythme plus rationnel. La précipitation imposée par les sorties journalistiques et la publicité pourraient être temporisée et ainsi permettre d'attendre une juste évaluation, sous tous les aspects, scientifique, efficience-coût et politique par la recherche clinique avant de s'engager.

Prévenir un dérapage par judiciarisation

Le manque de courage politique est une porte ouverte à la judiciarisation. Les juges, fussent-ils de la Cour Suprême, ne repenseront pas notre approche sociale en matière de Santé, ils ne feront qu'adjuger les droits prescrits par les lois. Une cause récente a littéralement ébranlé l'opinion publique en tranchant en faveur du privé. Il n'est même pas certain que la Cour Suprême ait véritablement pris position en faveur de la privatisation. En opinant en faveur du privé, elle n'a fait que relever des contradictions entre les lois elles-mêmes.

Le pouvoir législatif d'un pays n'appartient pas au pouvoir judiciaire. Nous devons nous en remettre à nos hommes politiques pour repenser une orientation sociale d'une telle importance majeure plutôt que d'attendre que les poursuites successives grignotent irréversiblement notre ordre social. Une approche par jugements successifs, boiteux parce que non partie d'une vision globale à long terme, doit être prévenue.

Avantages et risques à moyen terme

Une gestion moins dépendante des effectifs publics

Un des grands avantages de la révision de la pratique médicale sera, curieusement, de recréer l'intérêt spécifique de la pratique dans le secteur public. Il sera toujours responsable de la médecine lourde intellectuellement et scientifiquement intéressante. Pour peu que l'on prenne au sérieux cette responsabilité gouvernementale du secteur tertiaire, on fournira à ce milieu académique responsable du tertiaire, les équipements et l'instrumentation de pointe que mérite le milieu. Dans ces nouvelles conditions, avec une composante privée pour comparer, la pratique dans le système public redeviendra intéressante et enviable.

Dès lors, on peut entrevoir une certaine indépendance dans le recrutement du personnel médical du secteur public. Contrairement à ce que l'on connaît aujourd'hui où tout gradué de médecine devient automatiquement fonctionnaire à vie du système, le recrutement et surtout le maintien des postes pourra être sélectif et fonction de critères et de rendements établis. Les tâches pourront être définies. En somme, avec une ouverture normale de la production de gradués des facultés et avec un marché du travail mixte public et privé, le système de Santé public retrouvera les conditions d'un employeur normal plutôt que de poursuivre l'asservissement et la dépendance que nous vivons.

Le risque de la prédation

Évidemment il y a risque, on peut même dire certitude, de prédation dans le développement d'une privatisation sous quelque forme que ce soit. Ce risque cependant est atténué par deux mécanismes amortisseurs. Nous avons déjà discuté du fait que la situation économique d'une très grande partie de la population est suffisamment faible pour prévenir un dérapage significatif. La majorité des gens opteront pour les services publics, et presque tous le feront pour les soins lourds. Par ailleurs, il ne fait aucun doute que la compétition qui jouera

inévitablement entre les services privés arriveront à diminuer les prix. On a bien vu ce phénomène à l'œuvre récemment dans le secteur de la chirurgie réfractive.

La véritable inquiétude; l'abus des gouvernements!

Le second abus à surveiller est beaucoup plus insidieux et vraisemblablement beaucoup plus grave. Connaissant la façon presque hypocrite d'agir des gouvernements, il est plus que probable qu'ils pourront vouloir en un premier temps diminuer la valeur des transferts des prestations dans le cas des actes posés en privé, transférant ainsi encore une plus grande part des coûts que nécessaire à l'usager. Cette attitude correspond, de façon déguisée, à minimiser la portion couverte par l'assurance ou en termes courants à augmenter la franchise du client.

Mais la suite est encore plus perverse. Il deviendrait dans un contexte de transfert de prestation, « *intéressant* » économiquement pour le gouvernement de fermer les yeux sur la dégradation des services dans le secteur public, de ne pas rechercher les meilleurs traitements, de ne pas se procurer les bons équipements, dans le but non avoué de motiver le plus possible de monde à se faire soigner dans le privé tout en minimisant la valeur des prestations. En somme le gouvernement pourrait, par sa seule incurie, son immobilité, s'offrir calmement une médecine à rabais sans trop de bruit; en fait laisser se poursuivre doucement la dégringolade que nous connaissons déjà en ayant la possibilité, cette fois, de faire porter la responsabilité sur le dos de la privatisation.

Un équilibre ténu

Dans cette grande aventure de la préservation de l'Assurance Maladie tous les éléments en cause ont une pondération déterminante; on ne peut en rejeter aucun. Il ne reste donc que la grande voie de l'équilibre en perspective avec ses oscillations, ses doutes, mais tablant pour réussir, sur le maintien indéfectible du cap choisi. Nous tiendrons à tout prix à notre système public mais il ne pourra survivre que grâce à une gestion rationnelle de la privatisation. Le Gouvernement devra continuer de gérer les principes de son financement mais se retirer le plus possible de la distribution des soins. Notre système devra couvrir tous les soins mais aussi tenir compte de sa capacité de payer. L'avènement d'une forme de privatisation même bien gérée ne devra pas devenir prétexte ou occasion de laisser se dégrader le système public. Le recours à la loi fera avancer les choses mais ne devra pas être le moteur du changement. Dure tâche pour une société comme la nôtre!

Chapitre 17

Prévoir le pire pour l'éviter

Même s'il ne s'agit pas de se mettre à envisager des coupures dans la couverture des soins de santé maintenant, le seul fait de s'astreindre à penser à cette éventuelle obligation ajoute du poids à la réflexion sur la gestion de la Santé. Nous avons considéré l'ensemble des attitudes socioculturelles qui minent toute tentative de solution. Nous avons constaté l'ensemble des forces qui gravitent dans la sphère de la Santé sans offrir de solutions, au contraire. Il nous a été bien évident qu'une bonne gestion commençait par retirer le gouvernement de l'administration proprement professionnelle en matière de Santé pour ne lui laisser que le devoir de financer le système et appliquer la pensée sociale voulue et exprimée par la population. Nous avons vu que toute tentative de redressement au-delà de ce qui précède passait par une connaissance claire des vrais coûts des interventions médicales; il fallait vraiment parler gestion et comptabilité comme premiers pas dans le sens d'utiliser au meilleur la libéralisation impérative de la profession médicale. Il fut question de sous-traitance et de transportabilité des prestations de l'Assurance Santé.

L'étape suivante nous conduit au cœur du problème. Quand nous aurons retrouvé confiance dans la nouvelle gestion que fera le gouvernement de nos fonds engagés pour la Santé

et que nous aurons accepté une augmentation de notre contribution financière, quelles seront les possibilités qui s'offriront à nous?. Lorsque nous aurons tout considéré, tout fait pour conserver à notre système de Santé actuel toute l'étendue de sa couverture « *universelle* » et que malgré tout nous aurons dépassé notre capacité de payer plus, que pourrons-nous faire pour conserver du système actuel le maximum de couverture possible ? Comment naviguer l'étape suivante ?

Générosité ou prodigalité

L'Assurance Santé s'est voulue, au départ, une protection collective contre les aléas de la vie que sont les risques de maladie. Il s'agissait de se prémunir contre les maladies dévastatrices comme le cancer, oui, mais aussi celles qui détruisent le cours normal de la vie. Les grandes inquiétudes consistaient à devoir cesser le travail par maladie, à ne plus pouvoir subvenir aux besoins familiaux, à engloutir les maigres économies et laisser la famille dans la misère. Prendre en charge l'inévitable poids des maladies terminales aussi. Les atteintes à la santé visées étaient des dysfonctions spontanées de l'organisme. Mais la grandeur du système résidait dans le fait que le risque de maladie et les coûts encourus par leur traitement seraient volontairement partagés collectivement par les membres de cette société.

C'est l'extension de couverture de cette assurance et ses coûts croissants qui sont en cause non son principe de financement. En situation d'abondance, à une certaine époque, il fut facile d'inclure dans la couverture, au delà de la maladie comme décrite, les accidents de travail, ceux de la route, d'autres occasionnés par les sports, d'y inclure de nouveaux arrivants au pays de toutes catégories, tous individus qui n'avaient jamais contribué au système. Mais lorsque commence d'être brandie la possibilité de sabrer dans la couverture des soins ou que cette couverture est perçue comme inadéquate pour la bonne et évidente raison que nous ne pouvons plus nous l'offrir, la situation n'est plus la même. Les citoyens moyens, ceux qui ont subventionné le plan pendant des années en prévision des maladies dont ils pourraient être victimes plus tard, ont le droit de poser des questions lorsqu'on se met à leur faire la portion congrue. Le temps, l'évolution des conditions viennent réclamer de faire la différence entre générosité et prodigalité aveugle aux dépens des autres.

La situation de l'individu qui s'expose volontairement à un risque d'atteinte à son organisme est différente de la maladie que l'on pourrait dire naturelle, une aberration de la vie. Le citoyen moyen qui attend une chirurgie avant de pouvoir retourner à la vie active parce que les budgets de son hôpital sont insuffisants pourrait ne pas être heureux qu'un alpiniste devenu légume à la suite d'une chute, un risque consenti au départ, immobilise à grand frais les soins. Il n'est pas question de limiter les activités des autres. Ce dont il sera question c'est de remettre à chacun la responsabilité des risques particuliers qu'il décide librement de prendre pour son avantage ou son plaisir. Quand on ne peut plus payer il faut couper les dépenses! Dans le cas de l'Assurance Maladie, le premier pas consiste à exclure de la couverture tout ce qui ne fait pas partie de l'esprit qui a présidé à la création de cette assurance.

Les concepts qui seront émis paraîtront durs, voir excessifs. Mais il faut se mettre dans la situation discutée, l'obligation de limiter la couverture pour continuer de permettre l'essentiel, subvenir aux besoins des démunis. Il faut se dire que les coupures consenties vous permettront, lecteur, à vous ou à votre conjoint ou vos enfants l'accès aux soins pour la couverture assurance pour laquelle vous avez cotisé pendant des décades. Un certain nombre de principes pourraient aider à la discussion.

- Toute pathologie résultant de l'acceptation libre et volontaire d'un risque devrait être exclue de la couverture et les soins qui en découlent couverts par une assurance spécifique aux frais de ceux qui s'engagent ainsi.
- Ces assurances spécifiques peuvent tout aussi bien être privées que publiques.
- Si ces soins non couverts sont prodigués par une institution donnée, le remboursement des frais doit se faire à l'Institution qui a directement prodigué les soins et non à quelque caisse centrale gouvernementale.
- Enfin, seuls les cotisants depuis un temps raisonnable ou au pro rata de leurs temps de cotisation devraient être admissibles aux bénéfices de l'Assurance Maladie, les autres devant être couverts par une agence gouvernementale autre que la Santé soit l'immigration ou les affaires sociales. Ces frais encourus encore une fois remboursés à l'Institution qui fournit les soins.
- Les réclamations devraient couvrir les coûts vrais coûts unitaires des soins incluant les coûts des immobilisations.

Limitations de couverture

Une note préalable est requise. Il existe des formes de remboursement pour des frais encourus par des risques connus, pensons aux accidents de travail. L'auteur affirme ne pas être informé des différents plans de financement existants. Ce qui compte c'est de s'assurer que le remboursement de ces frais soit exhaustif et remis aux institutions qui ont prodigué ces soins, dégageant ainsi la totalité des implications financières encourues localement ou par l'Assurance Maladie.

Accidents de voiture Il n'est pas question de discuter ici du bien fondé d'un système d'assurance automobile du type «No Fault». À première vue, le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il n'exacerbe pas un sens des responsabilités personnelles déjà bien tenu dans notre société. Une assurance obligatoire devrait être exigée à l'obtention d'un permis de conduire couvrant les soins médicaux encourus à la suite des atteintes médicales traumatiques qui pourraient découler de l'usage d'une voiture. On pourrait à la rigueur discourir indéfiniment sur les détails; mais collons au véritable problème et prenons une situation claire. Est-il juste qu'on impose à l'ensemble de la société les frais de traumatismes encourus par la conduite automobile avec facultés affaiblies, la récurrence d'accident par conduite avec vitesse excessive, que ces traumatismes soient subis ou causés à d'autres? Comme pour les dommages matériels aux automobiles, l'assurance obligatoire à l'obtention du permis de conduire devrait couvrir le remboursement des frais médicaux, advenant un accident avec blessures. Il faut que cette couverture défraie les véritables coûts tels que nous proposons de les calculer. Il sera également impératif, encore dans ce cas, que le défraiement de ce traitement soit remis directement à l'institution. Notons l'avantage ajouté que des assureurs privés se chargeraient volontiers de majorer les primes selon les risques; elles seront vraisemblablement plus sévères pour les alcooliques récidivistes que le système actuel.

Sports dangereux La pratique de certains sports dangereux dits extrêmes, pour ne pas dire suicidaires, devrait être soumise aux mêmes exigences que la conduite automobile. Combien de millions sont consacrés par année au traitement de fractures de la colonne avec paralysies résultantes, de membres fracturés, de commotions ou de lésions cérébrales suite à l'alpinisme, le ski, la planche à neige ou la motoneige. Ce sont des risques volontaires et il n'est pas nécessaire que la société partage le prix de ces risques ou même souvent de ces manques de jugement. Je vois d'ici avec quel efficacité le privé leur fournirait une assurance médicale obligatoire au moment de l'achat de la planche à neige ou de la motoneige.

Accidents du travail Les accidents de travail assument les frais de consultation médicale, d'expertise et de compensation advenant nécessité. Je doute fort cependant que leur remboursements couvre véritablement la totalité des frais encourus par ces patients lors d'une hospitalisation par exemple. Cette facturation par l'hôpital doit être révisée à sa valeur juste incluant les immobilisations et payée à l'institution.

Les filets de sécurité sociaux Il est clairement préconisé ailleurs que les budgets de Santé soient des budgets de *soins de santé*. Autant tous les supports sociaux peuvent être vitaux pour une bonne tranche de la population, autant il est impensable de gérer les coûts d'une Assurance Maladie sans séparer frais médicaux et assistance sociale. Avec des budgets propres bien identifiés et complètement indépendant nous pourrions déterminer clairement ce que coûtent respectivement chacun de ces énormes secteurs. Il est essentiel de voir clair dans cette confusion orchestrée pour camoufler beaucoup de cadeaux électoraux et surtout acheter à couvert la paix avec les organismes de pression. Que la sécurité sociale couvre ce que l'on voudra qu'elle couvre mais que l'on n'en impute pas les coûts à la Santé.

Maladies héréditaires ou à coûts prévisibles L'expérience professionnelle dans le domaine des soins de patients porteurs de maladies héréditaires laisse une étrange impression. Un cas particulier; un jeune couple, tous deux gradués en science dont l'un professeur universitaire, donc individus qui ne peuvent plaider l'incapacité de s'informer, se présentent en clinique avec un enfant aveugle. Le diagnostic est simple et clair, il s'agit d'une maladie héréditaire et le bagage génétique des parents garantit que tout futur bébé sera aussi aveugle. Le bébé suivant naît; il est aveugle. Il n'y a pas lieu de tirer de conclusion ici immédiatement. Mais ne faudra-t-il pas dans l'avenir se pencher sur ce genre de questions? Les examens prénuptiaux pourraient ne pas servir qu'au dépistage du SIDA ou à l'évaluation de la capacité reproductrice? L'accompagnement social, souvent euphémisme pour éducation, devrait être considéré, allant peut-être jusqu'à la responsabilisation; certaines décisions vont au-delà du niveau personnel lorsqu'elles engagent la responsabilité des autres. Autre sujet épineux; combien coûte à la société le *miracle* de la survie de bon nombre de prématurés de l'ordre du kilo et avec quels résultats éventuels, quelles séquelles et à quel prix. Lorsqu'on s'indignera des les longues listes d'attente pour des maladies courantes il faudra mettre ces questions en perspective. Le sujet est ouvert.

Les nouveaux arrivants Nous sommes tous touchés par le triste sort des réfugiés dits politiques mais qui deviennent de plus en plus des migrants économiques. Nous comprenons que les nouveaux citoyens frais émigrés méritent d'être aidés lorsque la maladie frappe; espérons qu'ils n'arrivent pas malades ou justement pour se faire traiter. Mais encore une fois si le coût

fait déborder le vase et que ceux qui ont payé pendant un demi siècle se voient privés, il y a problème. Que la note soit ajoutée au budget de l'Immigration si on désire continuer mais qu'on ne l'ajoute pas à la *spirale des coûts* de l'Assurance Maladie.

Les fraudeurs du système Il n'existe qu'une documentation anecdotique sur la question des fraudeurs qui profitent de l'Assurance Santé canadienne. On mentionne une clientèle américaine dans les régions frontalières. Certains parlent même de filières amenant ici de catégories de citoyens de grandes villes américaines. Dans un autre secteur on rapporte le traitement de ressortissants étrangers venus dans leurs familles nouvellement canadiennes pour se faire traiter grâce à la « carte soleil » familiale! D'autres mentionnent des obtentions de citoyenneté canadienne ou des mariages de convenance (à répétition) uniquement pour fins de profiter des soins de santé et autres bénéfices sociaux alors qu'à toutes fins pratiques ces gens continuent de vivre dans leur pays. Que penser d'une carte d'Assurance Maladie présentée (Carte soleil) et dont le porteur a été photographié avec un voile le libérant que les yeux! Encore une fois le dossier est ouvert et on ne connaît pas vraiment l'ampleur ou simplement le sérieux du problème mais il faut y voir clair rapidement.

Consistance en matière de politique familiale. Doit-on à la fois primer les naissances, protéger les grossesses, fournir des congés de maternité, subventionner les garderies, tout cela pour les raisons justes que l'on sait, et défrayer les frais de stérilisation électorale que ce soit ligatures de trompes ou vasectomies?

Remboursements aux institutions

À plusieurs reprises nous avons insisté sur les remboursements de frais médicaux directement aux institutions où ces traitements ont été donnés. La raison est simple, si la recette se dilue dans les services généraux de l'ensemble de la province ou le Fond consolidé, comme les institutions individuelles sont budgétées pour des ensembles annuels de services, ces dépenses ne sont pas comptabilisables; elles se perdent dans le flou administratif. Si un jour nous arrivions à financer les budgets des hôpitaux sur présentation de services rendus et en tenant compte des amortissements d'immobilisations, la situation sera différente. La réclamation pourra se faire spécifiquement. La solution idéale serait vraisemblablement que la facture en question soit donnée directement au patient, à son assurance ou au ministère dont il relève.

La confusion du pseudo-médical

L'introduction de concepts pseudo-médicaux dans le contexte de l'Assurance Santé aura semé une confusion considérable dans l'esprit de presque tous les responsables. On ne peut pas mettre dans la balance et penser pouvoir peser avec le même poids des choses aussi diamétralement différentes qu'une urgence (vraie) et un service de vaccination, les travailleurs sociaux du CLSC et l'intensiviste. Bien qu'en principe selon certains ils relèvent tous de la Santé, certains «en relèvent plus que d'autres». La juxtaposition administrative d'un CLSC ou d'un Foyer d'Hébergement avec un hôpital actif ne peut qu'engendrer une sérieuse confusion dans l'esprit des administrateurs, quant à la compréhension des missions spécifiques de chacune de ces entités et surtout semer la confusion quant à la budgétisation. De tels amalgames auront certainement un effet sur le personnel et non dans le sens de l'efficacité telle que l'entend un

milieu médical actif. On a souvent le sentiment que l'on greffe le « social » sur la Santé en « *piggyback* » pour le subventionner plus facilement. La médecine est curative, lourde sur le plan thérapeutique et répond à des normes professionnelles précises. Les services sociaux répondent à d'autres exigences, de très sérieuses exigences, mais qui n'ont rien à voir avec la Médecine et la Santé. Toutes les goulantes poussées sur la prévention, par exemple, ne relèvent pas non plus de l'Assurance Maladie mais bien plutôt de l'éducation, la culture, la lutte contre l'ignorance et l'exploitation de la bêtise. Si trop d'enfants sont obèses parce qu'on les gave de fast foods, ne confiez pas le problème au budget de la Santé; nous en avons besoin ailleurs. La recherche clinique documentera des problèmes spécifiques, elle annoncera les complications inhérentes à l'état, elle les traitera, mais l'éducation, la culture relèvent des parents, des enseignants, de la culture sociale.

On ne peut pas du même souffle pleurer sur les listes d'attente en médecine et le bien-être des futurs greffés ou « l'humanisation des soins » sans fournir le personnel et les budgets qui en découlent; le milieu médical n'a déjà pas suffisamment de ressources pour accomplir sa tâche propre qui est de traiter. Il faut pour arriver à comprendre la situation, pour en arriver à décider où on veut vraiment investir nos maigres ressources, avoir une vue suffisamment globale pour mettre le plus possible d'éléments dans l'équation. Et pour cela, il faut catégoriser, identifier avec le plus de précision possible les éléments de la discussion. La confusion que l'on fait régner autour de bien-être social et Assurance Maladie est trop systématique pour qu'elle ne soit pas voulue.

Coupures vraies dans la santé

À un moment donné il se pourra que la société soit dans l'obligation de limiter l'extension de la couverture de l'Assurance maladie. Il sera nécessaire à ce moment là d'introduire dans la gestion de la Santé un peu du bon sens qui nous aide à gérer le reste de la vie. Il y aura le sentiment que certaines approches thérapeutiques, certaines persistances de traitements de cas terminaux, certaines techniques à coût littéralement trop prohibitif pour être généralisables, ne peuvent plus être assumées sans entamer les besoins de l'ensemble. Assurance Santé Universelle et limitations de couverture sont des notions spontanément incompatibles, une quadrature du cercle que l'on ne réussit qu'en rognant le cercle. Et pourtant il faudra bien faire accepter un certain destin éventuellement inévitable, plus difficilement encore, composer ensemble destin individuel et celui de collectivité.

De nombreuses questions sont soulevées et presque toutes sont sans réponse évidente immédiate. Qui décidera des couvertures à éliminer? Quelle est l'autorité qui tranchera les inévitables débats et en fonction de quels principes fondamentaux et codifiés par qui? Différents points de vue s'affrontent. Décider de limiter les soins en fonction de l'âge ou de la rentabilité sociale des individus ou de leurs responsabilités sociales; père de famille ou vieillard immobilisé? Possiblement plus logiquement le pronostic vital ou les chances de succès peuvent être invoqués. Refuser un traitement représente une économie considérable quand la survie entière ne peut que dépendre de soins coûteux de longue durée.

Une fois arrêtées les décisions, qui sera l'intermédiaire, qui expliquera au lit du patient la situation, répondra à ses questions et surtout l'orientera correctement, le médecin traitant, le Directeur des Services Professionnels, un administrateur ou un fonctionnaire du gouvernement, le député peut-être? Voici deux approches caricaturées volontairement. Un traitement

anticancéreux extrêmement coûteux est la seule chose encore possible à offrir à un patient réfractaire à tous les autres traitements. De plus il n'est pas curatif mais ne garantit, que statistiquement, une certaine prolongation en plus d'être pénible à subir. Une première attitude consiste à simplement dire qu'il faudrait un traitement mais qu'il est pas couvert par l'Assurance Maladie, le tout présenté avec une certaine attitude démontrant les limites du système. L'autre attitude, après avoir expliqué le peu de chances de réponse positive au traitement et les difficultés à le supporter, laisser le patient choisir librement de refuser le traitement en faisant comprendre que c'est probablement le choix sage, *si c'est là la pensée du médecin* et non du camouflage. La dernière attitude semble la meilleure mais il s'en trouvera, et la discussion repartira sur une autre tangente, qui diront que l'on fait la promotion déguisée d'une vérité tordue pour le besoin de couvrir le système. Actuellement beaucoup de médecins se refusent à couvrir les limitations du système, ne serait-ce que pour parer aux risques du fameux principe de la décision éclairée des patients et éviter les poursuites judiciaires. Et si rien n'est fait cette attitude s'accroîtra et sèmera encore plus et sans résultat le mécontentement, l'anxiété voire la panique

Les trois universalités

Quelque mesure que l'on prenne en matière de limitation de la couverture de l'Assurance Maladie, cela signifie obligatoirement que certains traitements et soins requis par certains malades le seront à leurs frais. Et cela encore, à condition que l'on permette l'existence parallèle de ces traitements. C'est de toute évidence créer une brèche dans le système universel idéal que nous nous croyions nous être offert. Mais le mot universel couvre, dans l'esprit des gens, trois réalités. Premièrement, il signifie que tous sont bénéficiaires au même titre de cette assurance. Deuxièmement, tous les soins de santé sont universellement couverts par le système. Finalement le coût de cette assurance est universellement réparti entre les participants.

Cette dernière universalité a été la première, presque par définition, à être limitée dans son acceptation. Les coûts ne sont pas assumés universellement mais au pro rata des revenus des individus. Cette attitude de compassion sociale fait en sorte, on l'a vu, qu'au moins, le 40% de la population ne produisant pas de rapport d'impôt ne contribuent pas. Cet accroc à la troisième « universalité » est acceptée généreusement par tous.

Le second aspect de l'universalité touche à la question de la couverture universelle des soins. A partir du moment où le système n'offre pas les meilleurs et tous les soins disponibles il n'est plus universel. Donc le système de l'Assurance Maladie n'est plus universel dans l'acceptation de l'extension des soins qu'il offre; l'assurance n'arrive pas à couvrir ou même refuse de couvrir certains soins. Dans certains secteurs la qualité décline; cela aussi est une atteinte sérieuse à l'esprit de l'universalité de la couverture. Ce second aspect d'universalité est actuellement déjà très largement hypothéqué.

Et comme la première universalité stipulait que tous étaient bénéficiaires comment peut-on arriver à justifier de ne pas rembourser celui qui se fait traiter dans des hôpitaux autres que ceux du ministère lorsque que les soins tardent à venir ou ne sont pas disponibles. Nous l'avons suffisamment dit, universalité n'implique pas exclusivité.

Un système dépassé

En somme, quelle que soit la façon de regarder cette question d'universalité, son application lui a donné une forme qu'il est impossible, de bonne foi, de dire correspondre à la

définition originelle. Une question qui se pose est la suivante, quel est le sens véritable qui fut accepté au départ pour définir notre Assurance Maladie? Elle a été définie par des gouvernants pénétrés d'un sens social profond, à une époque et dans des conditions particulières, sociales, économiques et scientifiques. Est-ce que les responsables politiques du moment ont pu imaginer en aucun temps la fonte du pouvoir économique du pays, la spirale des coûts générés par les découvertes, l'augmentation du bassin de population âgée avec ses conséquences? Si ces données avaient été prévisibles, faut-il taxer de stupidité nos prédécesseurs et penser qu'ils n'auraient pas inclus dans le système les mesures nécessaires aux corrections? Il s'agit d'un challenge créé par de nouveaux faits qui réclament de nouvelles approches.

La responsabilité des gouvernants : les grands choix budgétaires

Les plans de coupure possibles

Le raisonnement est assez simple pour commencer la réflexion. Il y a deux avenues. La première consiste à éliminer purement et simplement la couverture de certains traitements ou de déterminer les conditions requises pour y accéder. Voici des exemples; on n'accepte plus de couvrir une greffe de cœur après 60 ans, un second pontage chez ceux qui n'ont pas manifesté de compliance dans le traitement de leur cholestérol ou n'ont pas cessé de fumer. Autres exemples, les médicaments de chimiothérapie pour le cancer acceptés sont limités à ceux définis dans un formulaire donné; l'extraction de la cataracte du second œil chez un grabataire ou chez des patients d'un certain âge, opérés avec succès pour leur premier œil, n'est pas couverte.

La seconde approche consiste à limiter le montant consacré par l'assurance aux divers traitements ou aux individus. Les variantes sont multiples. On peut remettre au patient le coût accepté du traitement, libre à lui de l'appliquer en défraiement partiel d'un traitement plus onéreux non couvert. Cela peut être un ticket modérateur ou une franchise sur les réclamations comme en France, variable ou pas suivant le revenu. Certains ont parlé de 'banque' individuelle de couverture par l'Assurance, couvrant la vie ou annuelle. Une autre approche veut que les frais soient assumés par les patients jusqu'à un maximum au-delà duquel l'Assurance Maladie prend charge. Généralement ces frais tiennent compte de la capacité de payer du patient.

Il n'y a pas lieu ici de poursuivre ces discussions ou d'opiner en faveur de l'une plutôt que de l'autre approche. Laissons cela aux spécialistes capables de nous éclairer et au jugement de la profession médicale pour en évaluer les applications et les conséquences concrètes. Il y a là besoin impérieux d'un long processus de maturation. Les responsables politiques jaugeront l'applicabilité des propositions. Tous ensemble ils auront à répondre à la population et en fait, à eux-mêmes et à leurs enfants. Tout en se préparant à une telle réflexion, nous pouvons espérer n'être acculés à de tels choix que dans le plus long délai possible, si jamais cela se produit.

Une réflexion concernant la dette nationale accumulée exprime bien la responsabilité des gouvernements : *on ne peut quand même pas en plus d'hypothéquer l'avenir de nos enfants couper en éducation, la seule chose qui leur permettrait éventuellement de s'en tirer*. Cette phrase élargit à juste titre tout le problème des grands choix en matière de financements sociaux. Une forte dose de réalisme pourrait être inculquée dans l'esprit de tous les intervenants en alignant clairement, on pourrait dire honnêtement, côte à côte les principales sections de la ventilation des budgets gouvernementaux. De ce seul fait s'impose encore avec plus d'urgence la

séparation claire de tout ce qui est Santé de tout ce qui est aide sociale. Santé, Éducation et Aide Sociale sont les gouffres budgétaires qu'il convient de présenter à la population clairement, simplement, sans pirouettes ni échappatoires comptables, sans colonnes, pages après pages, de *programmes* de façon presque délirante et qui n'ont probablement d'égal que le gaspillage qui en résulte. Si l'on veut regagner la confiance de la population il faudrait cesser de la tromper.

Démunis devant la tâche

Mais malheureusement, nous pouvons être inquiets sur l'éventuelle évolution des choses. Si les responsables actuels ont collectivement réussi à permettre depuis les périodes d'abondance qui permettaient de joindre les bouts, d'en arriver au marasme actuel, que les mêmes réussissent à prendre en mains seuls et redresser la situation tiendrait à quelque chose comme du miracle. Il est difficile d'espérer un miracle.

Il ne s'agit pas de passéisme goutteux; il y a eu un moment où fleurissait encore la préséance de vertus morales, sociales ainsi que le sens de la dignité du métier. Ce monde a eu la valeur scientifique et professionnelle nécessaire pour hisser notre médecine à un niveau de qualité mondiale enviable. Ce monde a eu la générosité, ne l'oublions jamais, de se donner son Assurance Maladie. Pendant que se réalisaient ces options sociales la vague des grands changements culturels de l'époque, dans tous les domaines, a déferlé. Le cap n'a pu être navigué correctement et nous en vivons les résultats. Répétons-le, il n'y a pas *un* responsable, mais une responsabilité collective de la société. La relève, malheureusement est issue du maelström; s'il faut tabler sur les seuls visionnaires, le changement peut être long à venir. Mais nous n'avons pas le choix, nous devons avancer; reste à choisir la direction.

Avant d'en venir à des extrêmes, est-il certain que la population réalise ce qu'elle reçoit comme bénéfices sous le système actuel; en a-t-elle seulement la moindre idée? Le seul fait de savoir pourrait peut-être l'inciter à des attitudes plus rationnelles, à un effort de compréhension un peu plus courageux. Et pourtant, si les gens savaient ce qu'ils reçoivent comme services et la sécurité qui en découle, serait-il encore vrai que nous avons atteint la limite d'acceptation des augmentations de taxe, pourvu qu'on ait l'assurance d'une saine gestion? Comment trouver non pas une franchise dite dissuasive mais bien plutôt incitative à la collaboration? Voilà autant d'avenues de réflexion qu'il faut à tout prix explorer avant que des embardées inacceptables ne soient provoquées. Il faut à tout prix éviter le coup de balancier qui pourrait nous porter vers une extrême droite comme on la sent déjà faire surface dans beaucoup de secteurs et dans beaucoup de pays. Cela est aussi important à éviter que de balancer des fonds considérables nouveaux dans la gestion aberrante que nous vivons.

Quatrième partie

Une proposition

Même après le constat d'impuissance collective face à l'impasse actuelle de la Santé où nous nous retrouvons, il n'en reste pas moins que seule cette société, la force intellectuelle de ses membres, leur volonté, nous permettront d'en sortir. Même pour accueillir une solution extérieure toute faite, cela exigerait exactement la même participation essentielle de tous les intervenants et encore faudrait-il en plus l'adapter. Les éléments de solution ne peuvent être réunis que là, cueillis parmi nous. Il s'agit donc de se donner une structure qui nous permette d'identifier ces individus porteurs, de les mobiliser, de leur donner un cadre fonctionnel; autant d'étapes incontournables. Mais comment faire?

Une structure pour nous en sortir

Il semble bien, après avoir fait un inventaire complet de toutes les structures, de tous les organismes dont dispose notre société, que tout a contribué à la création du marasme actuel en Santé. Il nous est impossible de déceler dans ce qui existe, tel que cela existe, quelque possibilité que ce soit pour prendre en mains la restructuration; tous les moyens dont nous disposons nous ont fait défaut. Force donc est de repenser le système lui-même, de cesser de réfléchir avec les mêmes arguments, les mêmes méthodes qui ont causé le problème.

Nous allons proposer une structure. L'originalité de l'approche, jusqu'à un certain point du moins, la nouveauté de son application à la gestion de la Santé, surprendront plusieurs. Il faut cependant réaliser qu'elle se fonde sur une longue expérience dans un autre domaine, presque aussi difficile à gérer que la Santé. Elle vaut la peine, dans la situation actuelle, d'être au moins considérée.

La structure dont nous avons besoin pour réfléchir sur la Santé et fournir la base d'une gestion rationnelle doit répondre à quatre critères fondamentaux :

Mobiliser l'expertise et la collaboration Cette structure doit être une tribune pour tous ceux qui peuvent apporter une expertise quelconque. Il est essentiel de mobiliser ceux qui se sont tus comme d'écouter ceux qui n'ont pas été entendus. Elle doit être ouverte à toutes les disciplines aussi bien qu'à tous les organismes de représentation. Plus encore elle doit être un forum stimulant pour tous les éléments actifs. Son fonctionnement devra lui permettre de provoquer la collaboration, de mobiliser la compétence et l'expertise.

Informer Après avoir recueilli les données, ses fonctions consisteront, à terme à résumer les positions et à conclure. Souvent ceci consistera à formuler des options. L'ensemble des travaux devra être du domaine public, formulé d'une façon simple et claire, dégagé des enrobages de l'intérêt déguisé, facilement accessible. Le simple fait de fournir cette information changera en soi le niveau du discours social et politique. Ces activités permettront de formuler au Gouvernement des recommandations fermes sur la gestion et les grandes orientations en matière de Santé. On verra que la responsabilité finale ne peut d'ailleurs que relever de l'autorité légitime, le gouvernement.

Être dépolitisée La structure extrait du milieu compétent les données qui mènent à des conclusions pratiques. Le gouvernement doit mettre l'application de ces conclusions en perspective avec les autres exigences d'une administration responsable de l'ensemble des contingences. Pour que le mécanisme joue correctement, bien que les décisions reviennent au gouvernement, il doit libérer les gouvernements de toute préoccupation électoraliste. C'est, il semble bien, la seule façon de permettre des visions à long terme.

Être permanente La structure qui verra à fournir les politiques documentées en matière de Santé ne peut être qu'une structure permanente. L'élaboration de ces politiques se fera avec le temps en évoluant avec l'expérience et à long terme.

L'ensemble de la solution que sera proposée comporte trois volets essentiels indissociables l'un de l'autre. La base consiste en la création d'une Commission Nationale à la Santé répondant à des critères bien précis. Cette structure endossera le mode de fonctionnement administratif reconnu dans le monde de la recherche scientifique, soit, l'évaluation par les pairs. Elle devra tabler à fond sur la recherche clinique. Elle deviendra ainsi le conseiller privilégié des gouvernements. Enfin le produit intellectuel de l'opération de la Commission doit absolument être du domaine de l'information publique. Cette information à la portée de tous servira autant à l'usage de la gestion objective de la Santé, à l'élaboration de politiques de santé qu'à l'éducation de la pensée sociale de la population. Une *Commission Nationale*, la *Recherche clinique* et l'*Information* seront les trois piliers du renouveau qui s'impose.

Chapitre 18

Une Commission Nationale à la Santé

L'expérience de la recherche en santé

Le mode de gestion qui sera proposé est calqué sur une expérience qui fut un véritable succès dans un domaine presque aussi complexe, fluide et illusoire que la gestion de la Santé, celui de la gestion du développement, de l'évaluation et du financement de la recherche scientifique. C'est l'histoire d'un succès indéniable, celui de l'implantation d'un réseau vigoureux de recherche en Santé au Canada et plus particulièrement en ce qui nous concerne, ici au Québec.

Il y a un peu plus d'une cinquantaine d'années, les gouvernements décidèrent de développer le secteur mal structuré et fort limité de la Recherche en Santé. Des conseils de recherche, le Conseil de la Recherche Médicale du Canada (CRM) et le Fonds de Recherche en Santé du Québec (FRSQ) furent créés l'un par le Fédéral et l'autre par le Provincial, un peu à l'image de ce qui avait fait ses preuves aux USA (NIH). Ces organismes furent dotés d'une *autonomie entière* d'action à l'intérieur d'un *mandat précis* et d'une *enveloppe budgétaire*. C'est l'opération à « *arm's lenght* » des anglophones; indépendance dans le spécifique de l'action mais mandat spécifique quant à la mission. En somme pour le moment rien de bien neuf. Mais,

l'aspect particulier du développement de la recherche en santé fut l'implantation d'un mode de gestion particulier au monde de la recherche scientifique, celui de l'évaluation par *Comités de Pairs*. Ce « Peer Review system » fut l'élément qui permit de littéralement créer le secteur florissant actuel de recherche en santé que nous connaissons, capable de se mesurer honorablement avec ce qui se fait dans les autres grands pays développés, compte tenu de notre taille.

Précisément à cause de la diversité et de la spécificité scientifique des domaines de recherche, les seuls individus capables d'évaluer les projets et les idées soumises pour financement sont forcément des chercheurs relevant de domaines suffisamment connexes aux projets soumis pour leur permettre de comprendre, savoir lire et finalement évaluer les propositions. Ces individus sont les *pairs* et, formés en comités, constituent les Comités de Pairs en question.

La grande particularité de fonctionnement de ces grandes agences commanditaires pour arriver à produire de la bonne recherche est de faire appel aux ressources humaines existantes en lançant des concours et de sélectionner parmi les candidats qui appliquent, par Comités de Pairs, ceux qui semblent les meilleurs. Le financement des projets suit les recommandations selon les possibilités du budget alloué. Malgré les flottements, à force de favoriser l'excellence, la qualité du milieu s'améliore progressivement, les exigences augmentent et le contingent de chercheurs de qualité augmente aussi. Avec le développement progressif d'un bassin de membres qualifiés possibles, les Comités de Pairs, reflétant le milieu, deviennent eux aussi, à l'image du milieu dont ils sont issus, progressivement de meilleure qualité, de plus en plus exigeants et la roue se met en marche. Le principe de gestion par Comité de Pairs possède cette qualité inhérente remarquable de générer son propre dynamisme d'auto rehaussement de sa qualité.

À l'expérience, on se rend compte de la flexibilité extraordinaire de ce mode de gestion. Les programmes de recherche, les appels d'offre sont créés pour répondre aux besoins et peuvent être ajustés en conséquence à volonté. On peut donc orienter le développement en ouvrant de nouveaux secteurs spécifiques. Les Comités de Pairs sont quant à eux, formés des compétences requises pour évaluer les propositions. Le roulement des membres, défini de façon statutaire, rehausse l'objectivité de l'opération.

Les Comités de Pairs sont-ils à l'abri des errements humains? Évidemment non. Cependant, encore une fois, l'expérience montre que même si dans un cas donné, selon une opinion particulière, le choix ne se porte pas sur le meilleur des candidats finalistes, celui qui est choisi est certainement toujours parmi les meilleurs. Au pire donc on reste dans l'excellence. L'ensemble de la structure des Comités de Pairs, rotation régulière des membres, choix des membres sur présentations de listes de candidats, respect de la représentativité et de l'expertise font en sorte que dans l'ensemble ils donnent les résultats escomptés.

C'est une adaptation de cette expérience vécue avec un remarquable succès dans le domaine de la recherche scientifique qui sera proposée pour gérer la Santé. Comme on le verra cependant, dans le cas de la Santé, le rôle de cet organisme, ne pourra être que consultatif auprès du gouvernement. Figure 19

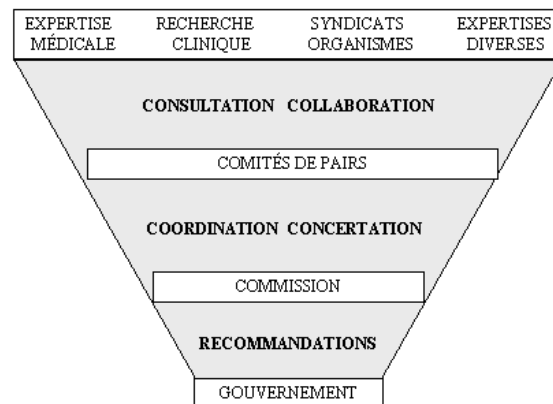


Figure 19: Organigramme dynamique de la structure de la Commission. Les Comités de pairs assurent une large collaboration. Les recommandations sont cordonnées au niveau du Conseil et le Commissaire recommande au Gouvernement qui décide.

Mandat de la commission

L'énoncé officiel du mandat de la Commission devrait, d'une façon ou d'une autre, pour répondre aux besoins de la gestion objective de la Santé, répondre aux caractéristiques suivantes : mobiliser l'expertise, informer, être dépolitisée. Bien que la formulation exacte relève des spécialistes en législation, on peut déjà affirmer que ce mandat devrait cependant comprendre spécifiquement les éléments suivants :

Conseiller régulièrement et sur demande dans la gestion de la santé les divers paliers de Gouvernement.

À cet effet, rassembler, évaluer et produire, par comités de pairs, l'information nécessaire, en mobilisant toute l'expertise et la compétence du milieu ainsi que la recherche clinique.

Conseiller régulièrement détermine le principe d'une fonction permanente plutôt que d'une Commission ponctuelle, sans suite et donc incapable de responsabilité quant au suivi de ses recommandations. *Gestion de la Santé* couvre tous les aspects de la gestion de la Santé depuis les politiques fondamentales qui la sous-tendent jusqu'à la gestion concrète des effectifs et des équipements. Par *divers paliers de Gouvernement* le mandat implique la collaboration des

divers partis politiques, aussi bien de l'opposition que du gouvernement en place. Cela implique également collaboration avec les divers paliers administratifs gouvernementaux. *Rassembler toute l'information nécessaire* indique la nécessité d'exhaustivité dans l'acquisition des données. *Évaluer et Produire* implique l'obligation de pondérer et de rendre publique la documentation recueillie. Il est nécessaire de mentionner le principe de fonctionnement par Comités de Pairs; il est le fondement même du fonctionnement de la Commission dont on ne doit à aucun prix déroger. *L'expertise et la compétence existantes* impliquent la nécessité d'inclure les compétences médicales et extra médicales requises. Il est essentiel que la *recherche clinique* soit mobilisée avec l'ouverture que cela implique de la possibilité de collaboration à l'étranger.

Structure de la Commission

La Commission Nationale à la Santé est dirigée par le Commissaire à la Santé et deux Commissaires adjoints. Les Commissaires sont assistés dans leurs fonctions par un Conseil d'Administration formé au moins des présidents des principaux Comités de Pairs pour assurer uniformité d'opération, les communications et la concertation. Chaque Comité de Pairs est composé d'un minimum de cinq experts ou personnes ressource sous la direction d'un président. Le président est assisté dans ses tâches de gestion par un officier qui se rapporte administrativement à la permanence de la Commission. Cette structure dérive de la structure fonctionnelle des grandes agences commanditaires de recherche en Santé.

LES COMMISSAIRES

Statut des Commissaires

Il faut donner au Commissaire national à la Santé ainsi qu'aux deux Assistants Commissaires un statut respectable. Nous comptons d'ailleurs qu'ils agissent dans le même esprit et avec le même statut que celui de juges d'une cour de justice. Le rôle du Commissaire devrait être de garantir l'objectivité et l'équité du fonctionnement. Un juge dans une cause jugée par jury n'aura pas toujours la même lecture des preuves que lui présentera le jury. On n'attend pas des commissaires qu'ils fassent passer leurs idées personnelles mais qu'ils possèdent plutôt le niveau intellectuel, l'ouverture d'esprit, la culture nécessaires pour extraire les conclusions valables des propositions qui leur seront apportées et protéger l'intégrité du processus. Les Commissaires peuvent toujours orienter l'opération de la Commission en créant des Comités de Pairs avec des missions spécifiques.

Le processus habituel de sélection et de nomination des cadres supérieurs de l'administration gouvernementale ou de la magistrature suffiront vraisemblablement dans le cas des Commissaires. Restera à définir le terme des mandats. Il est nécessaire que les postes ouverts soient publiés et les candidatures libres. Évidemment non seulement les choix devront être endossés par l'opposition et même les divers partis qui forment l'Assemblée nationale mais ils devraient participer collectivement au processus de sélection. Un vote libre en Chambre devrait être considéré pour les choix finals. On comprendra que le souci de voir une continuité se poursuivre à travers les régimes politiques successifs est le fondement même d'une gestion à long terme.

Il est nécessaire d'adjoindre deux adjoints au Commissaire National en Santé. La tâche de Commissaire est complexe et surtout extensive. Ils pourront se répartir les divers secteurs

d'activité. La prise en charge de comités dans certains cas par un Commissaire ajoutera au prestige des opérations. Le roulement des termes de mandat permettra une continuité. Toujours, par souci d'objectivité et d'équité, un tel triumvirat agira comme contrepoids aux dérapages toujours possibles induits par les tendances personnelles ou les influences (balance du pouvoir).

Rôle consultatif de la Commission

Les Commissaires sont le point de confluence des recommandations de tous les Comités de Pairs ainsi que de celles de leur Conseil d'Administration. Ils constituent l'autorité suprême de la Commission. Ils répondent, selon leur mandat, au Gouvernement. La Commission Nationale de la Santé n'a en aucune façon à déposer ailleurs qu'à l'autorité légitime ses rapports et conclusions. Le Gouvernement de son côté a toute autorité pour appliquer, modifier ou rejeter les conclusions de ces rapports. Il ne peut en être autrement car seul le Gouvernement constitue l'autorité responsable légitimement élue et portée au pouvoir.

Pourtant, la Commission a mandat de publier ses travaux et surtout ses recommandations. Ces recommandations seront donc mises à la disposition aussi bien du public en général qu'à celle de tous les députés en chambre, au moment où elles seront déposées au Gouvernement. Cette transparence pourra mettre le gouvernement dans la position de justifier toute dérogation à ces recommandations qu'il croira nécessaire. En toute objectivité il en portera la responsabilité; les erreurs, les biais ou les succès pourront lui être imputés. Le langage électoral en sera d'autant rendu rationnel et éclairant. Si, pour des raisons assez évidentes, certaines décisions telles que recommandées par la Commission, s'avéraient électoralement difficiles à accepter, ces décisions pourraient être portées à l'attention de l'Assemblée nationale et votées par vote libre non partisan, libérant ainsi le gouvernement du stigmate électoral de décisions non spontanément populaires mais néanmoins essentielles.

Les rapports du Commissaire ne pourront pas toujours parvenir à conclure définitivement dans certains dossiers. Parfois la recommandation prendra la forme d'options pondérées et documentées. La responsabilité des grands choix restera toujours aux mains du gouvernement. Il pourra également s'avérer que dans un cas particulier les données ne fournissent pas ce qu'il faut pour conclure; le rapport conclura à la nécessité d'une étude supplémentaire, d'une enquête ou d'une recherche.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration sera composé, en plus des Commissaires, des Présidents des principaux Comités de Pairs. Cela est essentiel pour assurer une uniformité de fonctionnement et surtout une coordination des décisions des comités entre eux. Mais il y a plusieurs autres raisons. Les rapports des divers Comités de Pairs seront faits par ces Présidents. Ces rapports ainsi présentés et discutés assureront une collégialité de l'information mettant en lumière les dépendances et impacts des décisions des divers comités dans leurs domaines respectifs. Cet éclaircissement collégial pourra être rapporté aux divers Comités de pairs. Une fonction importante du Conseil sera donc de pondérer les recommandations des comités en regard des recommandations des autres comités; cette fonction devrait nous priver des recommandations déconnectées de la réalité que l'on rencontre trop souvent. Par exemple, une construction nouvelle sera mise en balance avec les restrictions des budgets d'opération ou de médicaments qui pourraient en résulter.

Il n'est pas exclu que d'autres membres soient inclus dans le CA, au contraire. Il est important cependant que ces membres soient informés et rodés au fonctionnement de la

Commission. Il faut en exclure à tout prix les *représentations statutaires* de groupes et d'organismes qui viendraient faire obstruction systématique à tout ce qui ne flatte pas les intérêts de ceux qu'ils représentent. Ils auront eu l'occasion de faire valoir leurs points de vue dans les divers comités de pairs lors des consultations. Il faut oublier les vieux mécanismes paralysants des nomination de membres de Commissions du passé. La présence de quelques individus reconnus pour leur envergure intellectuelle et culturelle serait souhaitable au CA. Le processus de nomination au Conseil méritera une sérieuse réflexion.

La présence d'une représentation du Ministère n'est pas exclue non plus, surtout en matière de grandes politiques générales ou de répercussions sociales ou budgétaires majeures anticipées. Le Conseil sera le niveau par excellence où se discuteront les options pour contenir les recommandations des divers comités à l'intérieur des enveloppes budgétaires allouées par le gouvernement. Ce sera également sa responsabilité de rendre officielles et surtout publiques les conséquences prévues des limitations budgétaires annoncées. Il va sans dire que le Conseil comme tous les autres comités devra bénéficier sur demande et tabler sur, la collaboration des divers départements administratifs des ministères, de leur données et de leurs services.

LES COMITÉS DE PAIRS

La présentation détaillée de ce que sont les Comités de Pairs tels qu'ils sont utilisés dans le monde de la recherche scientifique paraîtra entièrement oiseuse à ceux qui ont l'expérience de ceux-ci. Pour les autres, il est absolument essentiel que leur mode de fonctionnement soit décrit dans le détail pour en comprendre toute la portée.

Composition et fonctions des comités de pairs

Les Comités sont composés habituellement d'un Président et de cinq ou six membres ou plus selon les comités. Les membres, comme le Président d'ailleurs, ne sont pas nommés pour faire valoir leurs points de vue personnels, promouvoir leurs opinions ou représenter des intérêts de groupes mais bien pour leur compétence propre pour évaluer les propositions qui leur sont soumises. Leur fonction consiste à extraire de la consultation dont ils sont responsables les idées et les propositions et de conclure par consensus à leur évaluation. Si des concepts considérés essentiels sont absents dans les recommandations reçues, le comité le signale dans ses conclusions et peut recommander la reprise de la consultation. Chaque comité étant désigné pour traiter d'un sujet particulier les membres représenteront un échantillonnage de compétence et d'expertise apte à couvrir les principaux aspects de la question. C'est la définition même du Comité de Pairs. Ils doivent représenter ensemble, une gamme suffisante de compétence et d'expertise pour être considérés aptes à évaluer ce qui relève de leur comité. Ce sont des individus impliqués, actifs et non des théoriciens ni des fonctionnaires planant au dessus des conséquences de leurs décisions. Il existe une procédure de recrutement bien rodée pour maintenir une liste de noms d'individus aptes à servir et un mécanisme assurant un roulement des membres. Le FRSQ sera un conseiller précieux dans l'instauration d'un tel système.

La valeur objective des Comités de Pairs vient du fait qu'on ne raconte pas d'histoires à des initiés. Il est très facile quand on est du métier de lire à travers les enrobages statistiques, le jeu facile des émotions brandies comme argument ou les camouflages stratégiques utilisés pour dissimuler. Ce sont ces faux arguments ou ces manques de mise en perspective, conduisant trop souvent aux décisions aberrantes qui sont facilement dépistés par les Pairs.

Présidents de Comités de Pairs

Les Comités sont dirigés par leur Président. Ils sont à la fois des membres seniors respectés de la communauté et des individus rodés à la dynamique des Comités de Pairs. Leur fonction principale est de pourvoir leur comité de membres compétents et bien sélectionnés en fonction du mandat du comité qui leur est confié. A cet effet il fait maintenir une liste d'éventuels candidats pour assurer la rotation.

Dans le cas particulier de la Santé, la seconde fonction majeure des présidents consistera à s'assurer que les consultations de son comité soient adéquatement publiées pour assurer une collaboration adéquate. La tenue de la consultation des comités doit de toutes façons être rendue publique.

Enfin, il répartit les documents reçus et à évaluer parmi les membres du comité, deux membres servant d'arbitres internes pour chaque document déposé. Selon les comités, s'il il y a lieu, il désigne des arbitres externes. Il voit à ce que les documents ainsi que les rapports des arbitres externes soient circulés à tous les membres du comité. Le Président est responsable de la conformité du fonctionnement de son comité avec les règles et coutumes de l'activité de la Commission. Comme membre du Conseil d'Administration il situe les travaux de son groupe dans le contexte général de la Santé comme d'ailleurs il est tenu de faire valoir les recommandations de son comité et leur impact sur l'ensemble des conclusions de la Commission.

Officiers

Chaque comité bénéficie de l'assistance d'un officier administratif de la Commission. Ces individus sont des permanents responsables de deux fonctions particulières. La première consiste à libérer les présidents de toute la charge administrative exécutive comme la circulation de la documentation, la correspondance statutaire du comité et autres aspects de communication. Rappelons que les membres des comités et leurs présidents sont des gens actifs, accaparés par leurs pratiques et leurs fonctions normales. Ils maintiennent avec les présidents les listes de candidats aux divers postes sur les comités. Les officiers sont une source de renseignements sur le fonctionnement de l'ensemble de la Commission et de ses Comités. Ils possèdent une connaissance de l'historique des décisions. Ils assurent une certaine uniformité de fonctionnement entre les comités. Ils n'ont aucune autorité sur les décisions des comités, leur responsabilité se résumant à s'assurer que les règles soient respectées.

Mandats

Les modes de nomination et la durée des mandats relèvent de la régie interne de la Commission. Selon les règles de prudence élémentaire il est clair que les rotations des membres, conçues pour éviter les biais de tels comités, doivent tout de même être de durées suffisantes pour assurer stabilité, compétence et efficacité.

Mode d'opération des comités de pairs

La mission spécifique d'un comité déterminera son mode de fonctionnement. Certains comités agiront un peu comme les commissions classiques. Leur rôle consistera en évaluation de propositions, de documents, de mémoires ou de résultats de recherche sur des sujets spécifiques. Certains seront permanents et siégeront régulièrement, Comité sur les immobilisations majeures

(constructions, agrandissements, instrumentation majeure) Comité sur la régionalisation, alors que d'autres seront ponctuels, pour répondre à un besoin précis (Comité du CHUM, Comité sur les admissions en médecine). Un comité pourra être créé spécifiquement pour concilier les recommandations d'autres comités ayant étudié des aspects spécifiques (Comité du Conseil d'Administration sur les effectifs médicaux réunissant les conclusions des Comité d'admission en Médecine, Comités des plans d'effectifs, Comité sur les effectifs académiques). On peut certainement envisager déjà la création d'un Comité sur les grandes Politiques de Santé dont l'activité élaborera les politiques à long terme. En somme tout est possible et devra s'ajuster aux besoins.

Les modes de consultation

Gardant bien en vue que l'objectif fondamental de la Commission et de ses comités est d'aller puiser dans le milieu toute l'expertise possible et tout particulièrement celle du milieu médical et hospitalier il est essentiel que les avis de demande de consultation soient le plus vaste possible tout en étant bien ciblés pour que cela ne tourne pas en une insignifiante « ligne ouverte ». L'appel de contribution sera ciblé sur un sujet précis avec ou sans soumission d'un projet préliminaire préparé au préalable par la Commission ou le Comité responsable et soumis comme canevas pour la discussion. Certains appels de soumission concerneront les divers aspects de la recherche en Santé et seront discutés plus loin. Dans tous les cas les avis de lancement de consultation seront nécessairement publiés dans le journal écrit et sur le site Internet de la Commission.

Les activités de certains comités auront comme point de départ une opération régionale (Comité sur les plans d'effectifs régionaux). L'évaluation du rapport de la région devra vraisemblablement se faire en région par des individus d'autres régions et comprendre, en plus des rapports, des entrevues avec les principaux impliqués au besoin. La prise en charge par un Comité central de ces évaluations régionales assurera l'objectivité et l'uniformité du processus. C'est à partir de ces données que s'élaboreront les grandes politiques sur les plans d'effectifs. Toutes les instances compétentes y seront mobilisées, associations syndicales professionnelles, milieu académique, disciplines spécifiques comme l'actuariat, la démographie et autres spécialistes jugés nécessaires. Tout projet d'investissement immobilier majeur ou d'équipement majeur devrait de la même façon, relever de comités centraux. Dans leur opération, des membres du comité pourront être appelés à faire des visites sur place (*site visits*). Plus simplement les Comités pourront aussi parfois inviter les protagonistes de projets ou ceux qui déposent des rapports à préciser de vive voix leurs propositions et répondre aux questions.

Les comités de la Commission devront inclure dans leurs invitations à collaborer toutes les disciplines intellectuelles, toutes les spécialités capables de fournir un apport constructif. Les sciences humaines et non médicales, le monde des affaires, les experts de la fonction publique devraient tous être appelés à contribuer lorsque le travail des comités touche leur compétence.

Soumission des contributions

L'insistance sur le format, des soumissions de projets, des contributions et des rapports pourra paraître d'un formalisme excessif. L'expérience a prouvé que, sauf exception, il n'y avait pas de projet si complexe soit-il qui ne puisse être avantageusement concentré en cinq ou six pages sans risque de limiter le contenu au point de ne pouvoir se former un jugement sur sa valeur. Cette concision a, en particulier, le don d'éliminer la dilution si souvent dissimulatrice d'intérêts cachés ou de faiblesse de contenu ou encore d'empiler les éternelles reprises de lieux communs. Cette technique générale de soumission des contributions, des demandes de

subventions et des rapports d'avancement utilisée en sciences est le résultat d'une longue expérience au fil des années. Cette approche répond à une foule de besoins dans le processus d'évaluation.

Tout d'abord, la discipline rigoureuse dans le respect des délais et échéances est essentielle. Publication de l'appel de contribution, date de tombée des dépôts, calendrier de la circulation des documents, remises des évaluations des arbitres et sessions des comités et de dépôt de leurs rapports rendent le système efficace.

Le format de dépôt de projet adopté par les grandes agences commanditaires de recherche en santé mérite qu'il soit étudié et adapté. Dans le cas des agences il s'agit toujours de demandes de subvention alors que dans celui de la Commission il s'agira souvent de soumissions qui seront des énoncés d'opinions, des propositions de solutions et autres prises de position. Il faudra ajuster la procédure.

La page frontispice comprend l'identification des auteurs avec leurs titres et postes de façon à identifier compétence et conflits d'intérêt. Lorsqu'il y a lieu, un curriculum vitae pourra être exigé et ceux-ci, conservés en archive et disponibles, finiront par former une banque de données sur les compétences. La page suivante est un résumé succinct du contenu du document utilisable pour publication dans les archives de la Commission, comme référence rapide ou comme matériel à diffusion. On devrait exiger des mots-clé qui serviront aux archives de la Commission pour indexer les contributions. La soumission ne devrait pas dépasser cinq ou six pages incluant les références. Des annexes ne pourront être jointes que dans certains cas précis. S'il s'agit d'un dépôt de projet impliquant financement, une page est consacrée à la présentation du budget. Évidemment le format sera modifiable selon les cas et l'envergure des soumissions demandées.

Dans le cas des agences de subvention de recherche, en plus de curriculums standardisés l'organisme possède un dossier stipulant les octrois et subventions dont les auteurs ont déjà bénéficié dans le passé. Il pourrait être extrêmement intéressant pour la Commission d'exiger un rapport de suivi pour tout projet d'investissement retenu; résultats obtenus comparés aux résultats escomptés dans le projet. Un suivi des résultats d'un financement récurrent pourrait être exigé. Un exemple vient à l'esprit, quel est le bilan budgétaire après une période donnée de fonctionnement d'un projet annoncé au départ comme auto finançable? Demander la démonstration comptable de cette prétention pourrait justifier que soit poursuivi le financement récurrent.

ÉVALUATION DES CONTRIBUTIONS ET RAPPORTS

Encore ici, il s'agira d'adapter la procédure aux besoins spécifiques de la Commission et des Comités en cause. Disons simplement que pour les Comités de Pairs, il ne suffira pas de recevoir un projet ou la soumission d'une position sur un sujet donné. Encore faudra-t-il évaluer ce projet ou cette opinion et pondérer ceux-ci en fonction des autres dépôts. Tous les documents à évaluer dans un Comité donné sont distribués à chacun des membres. Ils sont également fournis à des arbitres externes s'il y a lieu et leurs rapports sont aussi circulés. Chacun des documents à évaluer est confié à deux membres du comité qui ont pour mission d'étudier à fond les documents. Ils présentent séparément au comité leurs conclusions, avec dépôt de document écrit à l'appui. Enfin on procède à l'évaluation finale par mode de consensus, méthode variable suivant les agences. Notons en passant que lorsqu'un membre du comité peut présenter un conflit d'intérêt dans une évaluation donnée il se retire temporairement du comité.

Dans le cas de concours comme dans le cas de subventions, l'évaluation aboutit à l'attribution de cotes qui permettent de classer par ordre de priorité les projets et de financer selon les budgets disponibles, en fonction des cotes. Dans le cas de la Commission la situation sera forcément très souvent différente. L'appel de soumission consistera à demander des opinions, des justifications de positions. Autrement dit les soumissions seront des énoncés d'idées. Ce cas se prête mal aux cotes uniques. Un même document pourra contenir des arguments de valeur inégale et ceci entraînera une évaluation pondérée du contenu.

Une adaptation du Comité de Pairs pourrait être la suivante. Supposons la discussion d'un problème dans lequel deux hypothèses de solution peuvent être envisagées. Les soumissions pourront supporter l'une ou l'autre. Les arguments pourront être valables ou non valables. Un exposé simple et clair des arguments valables, peu valables et rejetés pourra être dressée pour chacune des deux hypothèses avec référence aux soumissions qui les proposaient. Avec en mains non seulement les soumissions mais aussi une opinion documentée de la compétence et de l'expertise des auteurs, le comité pourra conclure : proposer une des hypothèses ou prioriser les hypothèses, en somme offrir un choix éclairé aux autorités. Il pourra également conclure qu'il y a, suivant l'opinion du comité, insuffisance de données pour arrêter une décision et que le problème doit retourner à l'étude. D'autres suggestions venant des membres pourront, sans remplacer le reste, être déposées par le comité. Le rapport d'activité que le comité fournira, par son président, au Conseil d'administration, comprendra le résumé sommaire des argumentations proposées et ses conclusions.

Évaluations rationnelles vs affirmations

Il faut comprendre le fonctionnement de ces Comités de Pairs comme étant des agents d'évaluation technique des positions soumises dans les propositions. Une affirmation n'a de valeur qu'en fonction de la qualité de la preuve apportée. Si, par exemple, une affirmation table sur des statistiques, l'échantillonnage et la légitimité des conclusions seront évaluées ou jaugées avec d'autres données. Lorsqu'une opinion est émise, la documentation à l'appui, la revue des connaissances sur la question, la compétence des auteurs, détermineront le poids à accorder à celle-ci. En réalité les Comités se posent comme critiques compétents de la validité des preuves à l'appui des positions émises et ces positions une fois évaluées sont comparées entre elles en vue d'arriver à une conclusion. L'échantillonnage de compétences autour de la table, l'évaluation en profondeur et la possibilité d'en appeler à des arbitres externes constituent une source de rationalité considérable.

Considérations générales

Relations avec le gouvernement

Si vraiment les Gouvernements ont la moindre volonté de vouloir venir à bout de la gestion de la Santé ils ne peuvent que voir venir d'un bon œil une structure qui en plus de leur fournir des données objectives mobilise le monde médical et toute la compétence du milieu. Mais ce qui pour eux devrait représenter encore un plus grand avantage, c'est que cette façon de procéder les libère du piège électoraliste. Une décision impopulaire auprès des syndicats, une mesure imputant le moindre coût aux usagers suffisent pour que ce gouvernement perde l'élection suivante. Une révision rationnelle de l'Assurance Maladie suffirait pour que toute la

meute des bien pensants garantisse une défaite. Ainsi laisser aux aléas électoraux la gestion de la Santé nous apparaît un crime de *lèse société*. Seule, une structure ayant les caractéristiques suggérées dans la proposition de Commission Nationale mise de l'avant pourrait changer le cours des choses.

Responsabilité gouvernementale

Autant il peut être important que la gestion de la Santé soit dépolitisée autant on ne peut la soustraire à l'autorité du gouvernement responsable. Dans une démocratie parlementaire le gouvernement est, en principe du moins, élu par le peuple pour ses idées fondamentales sur la gestion du bien commun. La Santé, aussi importante soit-elle, n'est qu'un des grands challenges auxquels il doit faire face; pensons à l'économie, au chômage, à l'éducation, au social. La Santé doit donc être mise en perspective avec les autres aspects majeurs de l'administration du pays.

La Commission devrait donc permettre aux données objectives de gestion qu'elle produit de passer à travers les mailles du filet que l'électoratisme tend. Jamais, une Commission de la Santé ou un Commissaire isolé, répondant directement à un Ministre pourront-ils réussir cela. La Commission doit être libre d'ingérence gouvernementale dans son opération et ses conclusions. Elle est un processus de démocratie consultative. Pour arriver à concilier les deux volets de ce qui dans l'esprit actuel des choses apparaît comme inconciliable il n'existe qu'une voie possible.

Organigramme possible de la Commission

Au-delà de la nomination du Commissaire et de ses deux adjoints et du principe de la constitution d'un Conseil d'Administration incluant les Présidents des Comités de Pairs, l'organigramme de la Commission se définira à l'usage. On verrait bien par exemple que chacun des Commissaires adjoints assume une responsabilité particulière sur un des deux grands secteurs majeurs probables de l'activité de la Commission, les Politiques de Santé et la Gestion des opérations. Le nombre, les secteurs d'activité et les caractéristiques des Comités de Pairs varieront avec les mandats et l'évolution du dossier de la Santé. On peut déjà prévoir, comme déjà signalé, un certain nombre de comités permanents alors que d'autres seront ponctuels, répondant à des mandats spécifiques.

Définition des Comités

Il n'est pas question ici de définir un ensemble théorique de comités. Cependant une simple logique permet d'entrevoir un nombre de problèmes sur lequel la réorganisation de la Santé doit cibler ses efforts. Ces secteurs sont précisément des domaines où, en l'absence d'une structure comme la Commission, les gouvernements ont eu à plonger et prendre les décisions peu éclairées dans le passé. On verrait très bien que les opérations de la Commission se divisent en deux secteurs principaux, les *Politiques de Santé* et la *Gestion des opérations*. Il ne s'agit pas à ce moment de définir des nombres de comités mais de voir ce sur quoi il y a lieu de travailler. (Table E) Il est absolument inutile de s'étendre sur la définition des Comités de Pairs qui pourraient être envisagés. Ce qu'il faut retenir c'est que chaque sujet éventuellement jugé suffisamment critique pour bénéficier d'une consultation d'experts pourra être mis en place et maintenu tant qu'il sera considéré utile.

EXEMPLES DE POSSIBILITÉS DE COMITÉS	
GESTION DES OPÉRATIONS	
	PLANIFICATION DE LA DISTRIBUTION DES SOINS
	CATÉGORISATION DES ACTES
	CATÉGORISATION DES INSTITUTIONS
	RÉGIONALISATION
	COÛTS UNITAIRES
	LES EFFECTIFS
	ADMISSION
	PROGRAMMES DE FORMATION
	PLANS D'EFFECTIFS RÉGIONAUX
	IMMOBILISATIONS
	CONSTRUCTIONS ET
	AGRANDISSEMENTS
	INSTRUMENTATION LOURDE
	MAINTENANCE DES ÉQUIPEMENTS
	DÉVELOPPEMENT TECHNOLOGIQUE
	MÉDICAMENTS
	REPLACEMENTS - REHAUSSEMENT
POLITIQUES DE SANTÉ	
	POLITIQUES DE FINANCEMENT
	PRIVATISATIONS
	PROGRAMMES
	DÉVELOPPEMENTS
	SUIVIS

Table E Liste de sujets suffisamment complexes pour possiblement bénéficier des services d'un Comité de Pairs au sein de la Commission Nationale à la Santé.

Il existe de nombreuses structures qui participent déjà à la gestion de la Santé. Prenons par exemple tout ce qui gère le choix des médicaments devant être inclus au formulaire, c'est à dire dont les coûts sont destinés à être défrayés par la Santé. Il n'est pas question de mettre en cause ni la nécessité d'une telle structure ni la compétence de ceux qui en font partie. Cependant il est clair que leur mode de fonctionnement devrait se plier au système d'évaluation par les pairs tel que proposé. La nomination et le renouvellement des membres seraient soumis aux mêmes règles que les autres Comités de pairs. Toute la compétence de la recherche clinique serait disponible dans la structure de la Commission. Mais surtout, les propositions seraient automatiquement basées sur une consultation du milieu en cause; on pourrait alors espérer une meilleure évaluation coût-efficacité ou prévoir les répercussions des décisions. Ces conclusions seraient mises en perspective avec les autres obligations du système de Santé avec les conséquences que cela implique; évaluation des coûts et transferts de budgets impliqués; répercussions sur les autres postes budgétaires. Tous ces aspects ne paraissent pas faire partie du mandat de la structure actuelle si on en juge par certains résultats.

Les grandes Commissions mises sur pied par les gouvernements ont par le passé, dans plusieurs cas, produit une pensée sérieuse, très valable. Mais combien souvent une fois produites

ces recommandations n'ont-elles été que partiellement appliquées, trahies dans le processus ou simplement rangées sur les tablettes. Aucune de ces grandes Commissions n'a survécu pour assurer la poursuite des projets proposés ou leur incorporation dans l'ensemble des problèmes de la Santé. Une des rares Commissions qui ait bénéficié d'un suivi dans son application fut la Commission Rochon; devenu ministre il a pu en appliquer les principes. On peut juger par les résultats ce que garantit un suivi dans l'application des projets; cette application désastreuse est le seul exemple que nous ayons. La proposition d'une Commission Nationale ne vient pas porter ombrage ou minimiser la puissance des Commissions, au contraire, elle institutionnalise leur fonction. Elle ne fera que leur redonner vie dans un cadre différent, permanent cette fois et capable de supporter à long terme leurs projets.

Il serait probablement sage de commencer l'opération de la Commission dans un secteur proche de la pratique qui mobilisera la collaboration du corps médical. Un bon exemple serait la planification des effectifs, la mise à jour des fameux plans d'effectifs. Ce serait l'occasion rêvée de commencer à gérer depuis la définition des besoins, des consultations, des actes posés et des listes d'attente puis, de là, définir la commande en équipements qui en découle. La contribution des associations verrait sans aucun doute à établir d'emblée les conséquences salariales des décisions. Nous aurions enfin une approche globale de la question.

Critique du système de comités proposé

On peut d'emblée prévoir un tollé justifiable face à la proposition, encore une fois, de nouveaux organigrammes, de nouvelles structures et surtout, de nouveaux comités! Le milieu a été tellement saturé de telles aventures, qui n'ont toujours fait que rajouter des niveaux à l'inefficacité fondamentale, un peu comme une nouvelle couche de peinture pour solutionner le défaut de structure. On peut effectivement réagir de cette façon et faire de cette proposition une démarche inutile si on ne prend pas la peine de comprendre ce qui est proposé.

La Commission telle que proposée est une voie directe entre la compétence et l'expertise d'une part et les décideurs responsables d'autre part. Elle ajoute en prime la participation du milieu des exécutants éventuels au lieu de créer des antagonismes. Elle est un instrument de promotion d'une culture de la participation sur toute la ligne. Quelle que soit la façon d'envisager la chose, elle constitue une amélioration sur le régime actuel qui n'alloue aucune prise au milieu.

Lourdeur du système proposé

L'idée de gérer la Santé en comité évoque l'image du proverbial chameau, cheval dessiné en comité. La grande différence cette fois est que le comité est composé de pairs c'est à dire d'individus « qui savent lire », d'individus du milieu qui subiront les effets des conclusions proposées. Le processus est ouvert à tous. On est loin des grandes décisions sous-ministérielles déconnectées. Les recommandations de ces comités seront élaborées par des individus qui connaissent la question et qui auront à vivre leurs décisions. Les nouvelles structures ne doivent pas venir se superposer, s'additionner aux précédentes. Elles viennent les remplacer.

Ces comités, craindra-t-on, sont ouverts au jeu des influences et des intérêts. Cette critique ne tient pas. Non pas que la structure prétende à la perfection mais parce que les possibilités d'influences indues seront infiniment moindres que ce que nous connaissons

maintenant. Le système ne peut qu'être préférable à se laisser emporter par les rêves d'idéologues, de théoriciens, de fonctionnaires ou encore être soumis à l'accumulation d'erreurs et la gestion à court terme que nous connaissons. Et, pardessus tout, ces structures sont essentiellement dynamiques, renouvelées de façon statutaire et ouvertes à tous.

Avantages

En contrepois de toutes les critiques que l'on formulera, il faut en toute justice considérer les avantages. La structure mettra un temps avant de commencer à bien rouler. Mais le jour où elle sera en place elle générera son propre dynamisme créateur. Les petites réalisations s'additionneront pour faire masse. La contribution au mouvement s'étendra lorsqu'on aura compris qu'elle est une tribune, un forum écouté, produisant des résultats concrets à tous les niveaux aussi bien localement dans sa propre institution qu'au niveau gouvernemental.

Si jamais nous parvenions à instituer une Commission vraiment autonome, les plus grands bienfaits seraient les suivants. Elle libérerait les gouvernements de la tyrannie électorale; ils pourraient, au moins dans le domaine de la Santé, commencer à afficher un langage politique plutôt qu'électoral, développer enfin une pensée à long terme. Elle rendrait possible de faire le pont entre les ministres successifs et même entre les régimes.

La nouvelle structure vise à faire disparaître les antagonismes odieux entre médecins, administrateurs, fonctionnaires et gouvernement. La participation de ceux qui implanteront les décisions inversera le processus de gestion actuel depuis le sommet déconnecté vers la base. Peut-être ne revivrons-nous plus les délires planificateurs que nous avons connu. La gestion par les pairs a ceci de terrible qu'elle permet de voir clair immédiatement dans les « histoires » que l'on raconte. Elle aura un don particulier pour affaïsser les « soufflés » administratifs!

Enfin au-delà de dépolitiser et de mobiliser les compétences, la structure permet d'accéder à une pensée unifiée de la gestion de la Santé. On ne parle plus des effectifs ou de la construction d'un CHU ou d'une liste d'attente. Tout se pose à sa place permettant de mettre en évidence les impacts réciproques de chacune des composantes, de chacun des projets, de toutes les décisions les unes sur les autres. Les questions qui se poseront seront possiblement éclairantes. Quels seront les impacts sur l'accès aux soins des deux CHUs de Montréal? Aurait-on accepté le programme d'Assurance Médicaments tel que proposé malgré ses déficits prévisibles? Quels besoins en équipement commanderont les nouveaux effectifs; quels budgets supplémentaires? Pour la première fois nous aurons une vision d'ensemble. Pour la première fois, opérations courantes, immobilisations et développements seraient évalués de front.

Chapitre 19

Utiliser la recherche clinique en gestion de la santé

La recherche en Santé ?

Lorsque nous présentons la recherche comme second pilier d'une réforme de la gestion de la Santé il y a un fort risque que la proposition soit prise avec un certain sourire condescendant, limité au « *lip service* ». Parler de recherche dans le concret, lorsqu'il y a des budgets chiffrés en milliards et des gouvernements d'impliqués, évoque l'image du précieux, du luxe, peut-être même du farfelu. Le Québécois moyen porte encore le poids des boutades de l'époque clérico-Duplessiste sur l'éducation, le savoir. Il y a une fracture dans le milieu médical comme dans celui de la Santé en général entre les praticiens et les gestionnaires d'une part et ceux que l'on relègue *en recherche*. Cette fracture se retrouve même dans ce milieu que l'on dit *académique*. Elle est tellement profonde que ce milieu médical académique, pour toutes sortes de raisons que l'on n'a pas à discuter ici, a laissé glisser entre ses mains l'exploitation du financement de la recherche vers les départements de sciences fondamentales, vers l'asservissement au rendement économique.

Et pourtant, plus de 3 milliards de dollars par année de fonds publics gouvernementaux, l'argent de nos taxes, sont consacrés directement et annuellement par les grandes agences

commanditaires canadiennes, à la recherche médicale et aux structures qui la supportent. Certains évaluent à près de 8 milliards la totalité des investissements qu'elle représente annuellement. Et malgré tout, les grandes agences elles-mêmes, ont été forcées de prendre conscience, d'admettre l'état de crise; la recherche clinique, à peine présente au tableau, est en voie de disparition. Un organisme comme le Conseil de la Recherche Médicale du Canada (CRM-MRC) s'est vu forcé de réorienter ses politiques pour devenir les Instituts Canadiens de Recherche en Santé (ICRS-CIHR) avec comme mission dictée par le gouvernement fédéral de faire place à toutes les disciplines, aux sciences humaines et aux préoccupations politiques et gestionnaires de la Santé. La contrainte majeure des grands projets est devenue la collaboration multidisciplinaire.

Il y a dans l'esprit de recherche une valeur intellectuelle, un dynamisme, un mode de pensée dont ne peuvent se passer les efforts de renouveau qui s'imposent en Santé. La recherche clinique est un outil qu'il serait absolument pénible et même coupable de ne pas mobiliser. C'est une opportunité à ne pas manquer. Il faut le faire et les structures, le potentiel humain sont à notre portée pour le réussir. Ce qui est proposé en somme comme mode de fonctionnement de la Commission pour gérer la Santé, c'est de faire sienne l'approche pratique, logique, rationnelle qu'a utilisé avec succès depuis plus d'un demi-siècle le monde de la recherche scientifique.

Comment exploiter la recherche clinique ?

La première chose que nous apprendra l'utilisation de la recherche en Santé, sera de nous montrer à formuler les problèmes. Les réflexions confuses, les approches partielles, les intérêts déguisés sont toujours par définition voués à l'échec lorsque acceptés comme justification ou comme motivation. Plus les difficultés sont complexes, plus il faut savoir les cerner pour amorcer le processus de solution. C'est à partir de là que la contribution de la recherche commence à être utile.

Le fait de définir un problème est d'emblée un indicateur de l'échantillonnage de compétences dont on doit solliciter la collaboration pour essayer de le régler. De cette ouverture initiale découlera la recherche collaborative et multidisciplinaire. Il faudra dès le départ attacher une attention particulière à cette sollicitation multidisciplinaire en l'étendant aussi bien à l'aspect culturel et scientifique que social et économique.

Une fois assurée la formulation des problèmes et une collaboration valable on peut s'attendre à ce que des résultats en sortent. La culture de recherche fournira la compétence requise pour interpréter les résultats. Le fait qu'une opinion ou une publication soit d'ordre scientifique ou statistique, issue d'une discipline prestigieuse, lui donne une aura de certitude. Mais précisément, non; une proposition scientifique doit obligatoirement être évaluée quant à la valeur de la technique utilisée et de l'expertise des auteurs. Elle doit être interprétée en tenant compte de la qualité du traitement des données. Enfin elle doit être située dans le contexte des connaissances du moment. L'interprétation de données nouvelles est aussi importante que son élaboration dans le cheminement de la connaissance. Cela devrait être valable en gestion de la Santé comme en Science.

En appliquant à la solution des problèmes de la Santé ces trois instruments fondamentaux de la recherche, formulation adéquate des problèmes, mobilisation de la compétence requise pour essayer de les résoudre et enfin critique rationnelle des résultats on ne peut pas ne pas arriver à

trouver les meilleures solutions possibles. C'est une approche neuve aux antipodes des éjaculations ponctuelles biaisées que nous connaissons depuis des décades en gestion de la Santé.

ÉVENTAIL DE PROBLÈMES DE RECHERCHE CLINIQUE

La grande réflexion provoquée par la création des Instituts Canadiens en matière de recherche clinique devrait faire réfléchir. Même si les conclusions auxquelles ils sont parvenus peuvent ne pas être entièrement partagées, cette réflexion permet de déduire toute l'implication que doit prendre la recherche clinique dans le renouvellement de la pensée sociale, économique et politique qui s'impose en Santé. On peut puiser dans les conclusions qui ont présidé à la définition du mandat de ces Instituts canadiens. À partir de là il est facile de se faire une idée de l'ampleur possible de la vocation de la recherche clinique en gestion de la Santé. (Table F)

Recherche sur les populations

Beaucoup d'importance est attachée aux grands phénomènes actuels de l'évolution des populations comme dénatalité, vieillissement, immigration et leurs conséquences sur les politiques de gestion de la Santé à long terme. On a souvent le sentiment que les données sont lancées et même cultivées pour convaincre la population d'accepter des changements de politiques non désirés. La manipulation des données actuarielles et démographiques est tellement facile qu'il importe d'en obtenir une évaluation objective. Il est également important, si l'on désire adapter le système de Santé, de l'ajuster suivant les besoins propres anticipés de ces populations plutôt que de réagir aux problèmes constatés. Les particularités régionales et ethniques et leurs effets sur les populations doivent entrer en ligne de compte. Ces données ne s'improvisent pas et si elles sont souvent disponibles elles ne sont que partielles ou fragmentaires. Ce qui reste à faire c'est de les intégrer avec les données fournies par d'autres expertises, économiques par exemple; c'est ce que veut dire la recherche multidisciplinaire. Ainsi, progressivement pourraient se définir des prévisions valables, des étapes dans l'application des mesures, pour prévenir les crises.

Politiques de Santé publique

Tôt ou tard des problèmes fondamentaux nous assailliront. La rectitude politique permet de croire que l'on peut offrir à tous la totalité des soins disponibles sous le soleil. Pouvons-nous continuer longtemps de prétendre le faire? De toutes façons, si on se sent mal à l'aise avec cette affirmation il faut bien admettre que, effectivement, il vaut mieux commencer à réfléchir à la question avant d'être acculés à l'obligation d'agir en conséquence. Politiques en matière de couverture de soins et politiques en matière de financement de cette couverture doivent devenir l'objet d'une évaluation rationnelle.

Quand viendra le moment de couper dans les soins sous une forme ou une autre, nous serons bien aise de pouvoir compter sur un instrument comme une recherche clinique multidisciplinaire bien rodée pour évaluer les possibilités et nous permettre des choix intelligents.

La recherche évaluative

Nouveaux traitements Il s'agit de la forme encore la plus courante de la recherche clinique parce que financièrement intéressante. Cette recherche a été accaparée par les compagnies pharmaceutiques pour faire les essais des nouveaux médicaments. Mais oubliant une telle exploitation souvent prouvée comme biaisée, il faut faire appel à une véritable recherche

clinique multidisciplinaire pour pousser à ses véritables conclusions pratiques l'évaluation des nouveaux médicaments dans le cadre de notre système de Santé. Il n'est pas tout de savoir si une nouvelle drogue a un effet bénéfique « statistiquement significatif » sur un individu porteur d'une maladie donnée et sans effets secondaires indésirables passibles de poursuite. Au delà de cette évaluation de base il y a encore à évaluer l'utilisation courante à plus long terme. Les résultats sont-ils vraiment à la hauteur des prétentions de départ? Quelles en sont les indications valables? Les résultats justifient-ils la différence de coût par rapport aux médicaments déjà utilisés? Combien de temps d'utilisation faut-il attendre avant de décider de le distribuer à coup de millions dans le système public et, surtout, créer les besoins et les attentes dans la population?

A grand coup de publicité et de pression émotive on a récemment accepté un médicament dont le coût se chiffre en millions par année dans chaque institution où il est utilisé. La facture du médicament accepté a été refilée au budget de ces hôpitaux sans compensation. On refuse dans ces spécialités des développements jugés essentiels car les budgets ne le permettent plus à cause de cette médication dont on a accepté l'utilisation. L'accès au médicament devenant difficile, il a été offert dans le privé. Les patients, peu enthousiasmés par les résultats, évaluant que le coût-bénéfice ne valait pas la peine, ont volontairement cessé de s'en prévaloir (documenté). Puis par la suite la littérature médicale confirme; ce qui était pressenti dès le départ et qui aurait pu être prouvé ou même déjà trouvé dans la littérature, que les résultats n'étaient pas significatifs. Enfin, il est facile de deviner la suite tellement elle est classique, l'industrie pharmaceutique a produit un nouveau médicament, qu'elle gardait probablement dans sa manche en attendant que la vérité soit reconnue, celui-là miraculeux comme toujours au lancement, mais, oui, beaucoup plus cher que le précédent. Il y a certainement beaucoup de matière à réflexion dans cet anecdote. Il est également certain que dans ce cas, une bonne recherche clinique dès le départ aurait été plus rentable pour le système de Santé que la décision ministérielle unilatérale cédant au chantage des journaux, orchestrée en sous-main par la compagnie pharmaceutique, comme ce fut le cas.

Au delà de la rentabilité de l'investissement (*cost effectiveness*) même adéquatement établie, il y a plus. Lorsque dans un système de gestion comme la Commission Nationale proposée on arrivera à mettre dans la balance décisionnelle tous les choix cloisonnés qui se font, les questions se poseront différemment. On pourra enfin traiter de choix comme, aurait-il mieux valu consacrer les millions dépensés dans l'exemple précédent à ce traitement particulier ou bien à diminuer la liste d'attente des prothèses de hanche ou à rehausser techniquement les appareils de radiooncologie désuets. On pourra ce jour là poser les vraies questions, évaluer les réponses avec compétence et décider selon une vision d'ensemble responsable.

Évaluation des attitudes thérapeutiques (outcome evaluation) La nature même de la pratique médicale, ses limitations comme ses succès rendent sa pratique éminemment conservatrice. Il faut un certain courage pour remplacer une approche thérapeutique « qui marche » par une nouvelle, théoriquement meilleure, mais dont il faut encore faire la preuve dans ses mains. Procéder autrement qu'avec l'esprit de recherche serait de l'irresponsabilité. Mais l'évolution des choses, les nouveaux développements doivent permettre de remettre en cause la nécessité de certains traitements, de certaines attitudes. Devant la complexité grandissante des connaissances il devient essentiel de promouvoir des règles de traitement standard, des guides thérapeutiques pour appuyer la gestion des décisions de la pratique quotidiennes.

Cette approche critique de la pratique doit également dorénavant s'étendre à la préoccupation économique dans laquelle s'insère cette pratique. Une réflexion bien documentée, comme seule peut en fournir une recherche clinique de qualité, fera accepter à la profession des

changements qu'aucune autre approche ne réussirait à faire accepter. Il sera toujours impossible de convaincre un médecin d'accepter de ne pas proposer à tout prix un nouveau traitement porteur d'une certaine promesse de résultat mais de coût exorbitant si on ne lui fournit pas la preuve documentée de la relativité des résultats escomptés ou celle d'un bien commun supérieur. Pour cela il faut des données, il faut convaincre : il faut une recherche clinique de qualité. C'est mettre en évidence la différence entre le langage commercial et le langage réel.

RECHERCHE CLINIQUE	
Recherche sur les populations	
	Données actuarielles et démographiques
	Prévention
	Éducation
	Particularités régionales
Politiques d'Assurance Maladie	
	Politiques en matière de couverture de soins
	Politiques en matière de financement
La recherche évaluative	
	Évaluation des patterns et résultats de traitement
	Évaluation des nouvelles technologies
	Essais cliniques des nouveaux médicaments
La gestion du système de Santé	
	Effectifs, plans d'effectifs et admissions en médecine
	Distribution des soins; répartition des équipements
	Gestion des urgences
	Couverture des soins en régions éloignées

Table F Aperçu du vaste domaine que devrait couvrir la recherche clinique au service de la gestion du système de Santé dans le cadre d'une Commission Nationale à la Santé.

La gestion de la Santé

La gestion de base de la Santé offre d'emblée un certain nombre de grands aspects à considérer. Un simple regard sur ce qui s'est fait jusqu'à maintenant devrait suffire à nous convaincre qu'il faut vraiment s'arrêter et réfléchir. Le premier secteur est celui des effectifs. Les solutions ne consistent pas à arbitrairement ouvrir les vannes des admissions en médecine qu'on avait tout aussi arbitrairement fermées. Effectifs, normes d'admission dans les facultés, répartition entre généralistes et spécialistes, répartition entre les spécialités, conséquences financières à moyen terme sont autant d'aspects à gérer simultanément. On comprendra que l'on a besoin de plus que la sagesse ponctuelle d'un ministre aussi brillant qu'il fut pour gérer cette énormité dont les données lui seront fournies souvent presque arbitrairement ou motivées par les intérêts déguisés. Aller puiser dans l'ensemble des compétences, du génie collectif y suffira à peine à nous éclairer.

La gestion de la distribution des soins comporte un autre volet, celui de la répartition des équipements dans l'ensemble du territoire. Enfin cette répartition est la clef de ce que l'on appelle la régionalisation des soins. On doit y ajouter la gestion de l'utilisation optimale. Encore ici, la meilleure gestion possible des effectifs ne portera pas les fruits escomptés si les équipements comprenant édifices et instruments font défaut. Il faut mobiliser toutes les compétences pour répondre adéquatement aux exigences de cette gestion.

Enfin deux problèmes particuliers devraient être les cibles d'une évaluation intensive, la gestion des urgences et celle des soins en régions éloignées. Ici les problèmes et les solutions possibles dépassent la simple augmentation des effectifs et les investissements ponctuels. C'est d'une approche globale qu'il s'agit, d'une prise en charge responsable par tous ceux qui sont impliqués directement ou indirectement par les conséquences des décisions qui seront prises qu'il s'agit.

En somme, il devient plus qu'urgent d'instituer une structure qui permette ce genre de réflexion globale collaborative. Elle est totalement inexistante actuellement et certainement improbable à moins de prendre les moyens qu'il faut. Les moyens sont doubles, une recherche assainie par l'évaluation par les pairs et, les résultats situés dans l'ensemble d'une vision globale à long terme que seule peut fournir une structure de l'ordre de celle proposée.

Pour une politique de recherche clinique en gestion de la santé

S'offrir la recherche

Il nous faut nous convaincre que nous ne pouvons pas nous priver, dans la gestion de la Santé, de cet instrument disponible, que constitue la recherche clinique. Aucune réflexion saine peut conclure autrement. Il suffira de la structurer, de l'encadrer de façon à la rendre efficace, productive, pour qu'elle réponde aux besoins. Si on se convainc de la valeur d'une Commission de la Santé on ne peut qu'endosser le besoin de la recherche clinique dans l'élaboration des grands principes de gestion de la Santé.

Planter la recherche clinique

Créer une structure aussi complexe qu'une série de Comités de Pairs, avec un cadre de gestion de l'ensemble, représente un projet d'envergure. Nous avons cependant la chance d'avoir sous la main une source remarquable d'expertise, le Fond de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ). C'est à cet organisme que nous devrions nous adresser pour aider à concevoir l'implantation de cet instrument de gestion; il en a l'expérience pour l'avoir opéré depuis des décades avec succès. Il s'agit simplement d'adapter la fonction.

Le FRSQ devrait assister la Santé dans l'élaboration des comités de base et l'implantation d'un système de recrutement des premiers effectifs des comités. Éventuellement, plutôt que de créer un système parallèle de programmes de recherche, le FRSQ devrait gérer les programmes spécifiquement de recherche de la Commission de la Santé. Celle-ci garderait le contrôle de l'orientation des thèmes et leur financement de façon à maintenir le cap de ses préoccupations et prévenir les dérives. Dans une telle politique la Commission devrait éventuellement négocier un budget de recherche qui lui soit propre. On se rendra vite compte que bien géré, faire appel à la recherche et y investir, est une opération rentable.

Chapitre 20

Contrecarrer la désinformation

Pourquoi, ce qui est évident dans la gestion personnelle des choses de la vie, en affaires ou en science, est-il si obstinément refusé dans le domaine de la Santé? Avant de prendre une décision importante, la règle universelle n'est-elle pas de rechercher toute l'information possible, de consulter le spécialiste du domaine? Pourquoi, à faire le contraire, accumule-t-on tout particulièrement en Santé autant d'erreurs, de discours parfaitement déconnectés? Comment peut-on, dans ce domaine, lancer publiquement des affirmations aussi singulièrement irréfléchies, non documentées, que ce que l'on nous sert parfois?

Comment s'en sortir?

Il n'y a qu'une seule façon de se sortir de l'impasse dans laquelle est coincée la compréhension de la gestion de la Santé à tous les niveaux; il faut tabler sur l'information juste. Ce sera long, mais c'est le seul moyen. On ne peut ensuite qu'espérer que ces connaissances fassent, à la longue, tranquillement, leur chemin pour prendre place dans le jugement de plus en plus d'hommes et de femmes de bonne volonté. L'information est le troisième pilier de la révolution de la gestion rationnelle proposée pour la Santé. Une Commission en est le centre, le

moteur. Pour agir elle table sur la mobilisation et la collaboration du milieu. Elle utilise le principe des Comités de Pairs et la recherche. Mais tout cela ne servira à rien si l'information, les données recueillies ne sont pas circulées et utilisées.

Pour cela, l'information doit être facilement disponible pour tous, aussi bien, les administrateurs de tous niveaux que les exécutants médicaux et administratifs, que la population en général. Le niveau collectif d'information doit être rehaussé. Un discours rationnel à longue portée ne doit plus constituer un piège pour le gouvernement mais au contraire répondre à une attente de la population. L'information doit être cumulative en plus d'être accessible, permanente, en quelque sorte permettre les critiques, les additions, l'évolution comparative. Tout comme en recherche ou dans le monde scientifique, une opinion émise doit pouvoir être vérifiée par d'autres données sur le même sujet. Il faut à tout prix pouvoir contrôler les affirmations gratuites, incomplètes ou carrément fausses véhiculées à tort et à travers.

Gestion de l'information

À une époque où l'internet donne, en quelques clics, accès à toutes les banques de données imaginables, la gestion de l'information dont nous avons besoin est de toute simplicité. Elle est à portée de tous et les frais d'exploitation sont négligeables compte tenu de son importance. Toute administration officielle étant devenue du domaine public il n'y aura aucune objection à ce que toutes les soumissions et tous les rapports aux divers comités de la Commission soient archivés et accessibles. Sans entrer dans les détails, l'utilisation des mots-clé requis dans les soumissions et un banal moteur de recherche pourraient donner accès immédiat aux résumés et, au besoin, à un renvoi au rapport intégral. En toute objectivité toutes les soumissions devraient être archivées y compris celles dont le contenu n'est pas retenu dans le rapport du Comité. Les commentaires et les rapports des Comités eux-mêmes au Conseil d'Administration seront aussi archivés et accessibles. En somme toute l'activité de la Commission sera connue et fera foi de justification des recommandations finales au Gouvernement. Mais au delà de la gestion interne, ces bases de données seront accessibles à tous ceux qui sont responsables d'émettre des opinions, d'endosser des programmes, voir, de voter.

Le même site web de la Commission fera la diffusion courante des programmes d'enquêtes et de recherche des Comités en vue de solliciter la participation du milieu. Les autres paramètres comme la liste des membres des comités, les appels de candidature, les échéanciers et autres données administratives pourront y être retrouvées. Il va sans dire que toutes les communications internes des comités, circulation des documents et évaluations se feront par correspondance électronique sécurisée

Une information sûre déjà analysée

Tout en permettant l'accès aux données brutes l'information fournie par la Commission devrait fournir en première instance un résumé organisé juste et honnête des positions avec références seulement aux originaux. En somme l'information doit être palatable plutôt qu'un amoncellement inserviable. Ce sera théoriquement le rôle des rapports des divers Comités de la Commission. Il en ira de même des décisions documentées et justifiées de la Commission au gouvernement.

Une revue de calibre international

Pour rehausser le statut des travaux et résultats de recherche qu'engendrera l'activité de la Commission, il serait important qu'une revue centrée sur l'étude des politiques de gestion et de financement des systèmes publics de Santé soit fondée et publiée régulièrement. Elle répondrait aux exigences d'un comité éditorial comme toute grande revue. Tous les problèmes de financement et de gestion de la Santé auxquels nous faisons face sont partagés par l'ensemble des sociétés occidentales actuellement; nous ne faisons pas exception. Une telle revue de calibre international acceptant les contributions venant d'autres pays dans les deux langues française et anglaise enrichirait notre réflexion tout en stimulant l'intérêt de nos meilleurs intellectuels. Dans un tel contexte, le Québec pourrait s'inscrire dans le peloton de tête de cette réflexion.

Cinquième partie

Un résumé, une conclusion

Il n'est ni besoin de perspicacité ni de talent de devin ou de compétence particulière pour se rendre compte que la Santé se dirige en droite ligne vers des difficultés économiques majeures dont l'issue risque la dégradation progressive de notre Assurance Maladie. Ce qui est encore plus pénible que ce constat, c'est le fait qu'il n'y a aucune évidence que les structures ou les partis en cause n'aient la capacité ou même la volonté de s'attaquer aux problèmes en profondeur comme il le faudrait. Cette société est en état de stupeur endémique qui se traduit en impuissance collective face aux problèmes de la Santé. Allant un pas plus loin encore, le nombrilisme, les intérêts particuliers quand ce n'est pas la franche prédation s'opposeront à tout changement, à toute modification du statu quo. Cette résistance viendra de tous les milieux, de tous les niveaux.

Le schéma de démarche proposé comporte deux aspects essentiels, la création d'une structure dépolitisée, mobilisatrice, capable de repenser le système de Santé, de le faire évoluer par étapes, progressivement. La proposition comporte d'autre part, une série de suggestions. Car ce ne sont pas des solutions qui sont mises de l'avant mais des axes de réflexion pouvant se résumer en une série d'approches. Chacune d'entre elles, tout en facilitant les autres, est suffisamment distincte et comporte ses vertus propres, ce qui permet, de tout engager simultanément si on le veut. En voici le résumé.

Des décisions gouvernementales

Le premier pas consistera à créer une Commission Nationale à la Santé dépolitisée qui libèrera le gouvernement du joug électoral. Cette Commission, de par la structure et le mode de fonctionnement proposés, mobilisera les compétences du milieu et surtout, la collaboration de la profession médicale.

Il sera essentiel de séparer gestion et budgétisation de la Santé de celles des Services Sociaux. Ce sera la seule façon d'y voir juste ou encore de faire appel à une éventuelle contribution financière encore plus grande de la population, spécifiquement pour la Santé.

Assainir la gestion

Il faudra tout mettre en œuvre pour assainir la gestion de la distribution des soins en la fondant sur des données objectives. La clé d'une telle gestion est la catégorisation des soins en niveaux de lourdeur. De l'application de ces concepts découleront catégorisation efficace des institutions, régionalisation et budgétisation objective selon les services rendus.

Il faut à tout prix commencer par déterminer les volumes de soins dans chaque catégorie pour arriver à déterminer les besoins en effectifs et en équipements de chaque niveau plutôt que de gérer les effectifs et les équipements pour ensuite constater les problèmes qui en découlent.

La détermination des effectifs pourra être calculée selon des critères objectifs de besoins de services. Parallèlement, les admissions et les curriculums pourront être ajustées selon ces besoins. Un dialogue pourra être engagé avec les fédérations professionnelles sur ces divers aspects de même que sur l'équilibre de la valeur monétaire des actes à l'intérieur des spécialités cause actuelle de toutes sortes de distorsions.

Une gestion étagée contrôlée de la privatisation

Il faudra ensuite sortir du giron gouvernemental toute prestation de soins qui peuvent être donnés dans de meilleures conditions et à meilleur compte en privé. Il faut briser l'intransigeante copulation malsaine du financement gouvernemental de la Santé et de la distribution gouvernementale des soins, en comprenant que cette division n'atteint en rien au système public.

Malgré tous les hurlements de la meute syndicale de la fonction publique, il faut verser le plus tôt et le plus possible dans l'utilisation du sous-contrat avec le privé sous toutes ses formes.

Il faudra ensuite considérer que le système doit permettre, à ceux qui le désirent, de se faire traiter dans des institutions privées en allouant le transport des prestations du système public au privé. Ceci est une ouverture majeure libérant le gouvernement de l'obligation légale actuelle de faire face à toutes les exigences possibles en Santé.

Enfin, pour permettre cette évolution, il faudra redonner à la Médecine son statut de profession libérale, tout en conservant le contingent requis par le secteur public, l'enseignement et l'activité académique dans une forme de rémunération mixte.

Finalement, procéder par évolution contrôlée

Ce n'est qu'après avoir réussi cette longue démarche qu'on pourra accepter de penser en termes plus douloureux de limitation de couverture. Nous devons surveiller les gouvernements pour qu'ils ne se déchargent pas allègrement de leurs responsabilités par incurie, dans ce nouveau contexte. Nous devons peut-être en venir aux grands choix, taxations supplémentaires, diminution des transferts au privé, limitation des soins dans le public, en somme une sérieuse réflexion. Mais il faut tout faire avant d'en arriver à cette étape ultime qui consistera à sabrer dans l'extension de la couverture de l'Assurance Maladie; jamais avant! Il faut redresser la gérance de la Santé et la culture du milieu d'abord; cela sera de toutes façons nécessaire, quelles

que soient les décisions et les orientations que nous ménage l'avenir. Il faut surtout suivre l'évolution des choses et poursuivre selon une vision à long terme.

Une démarche telle que proposée aura un double avantage. Le premier consistera à prévenir un dérapage agressif, par judiciarisation ou autrement, vers la privatisation en même temps qu'une détérioration sourde, hypocrite, progressive de la qualité et de l'extension de la couverture des soins. Secondement, l'exercice aura mobilisé la collaboration gouvernement-médecine et nous aura forcés dans une gestion plus objective, plus efficiente de la Santé.

On pourra refuser de suivre un agenda tel que proposé. Il est cependant inconcevable qu'un gouvernement responsable, même face à une population réactionnaire, ne trouve pas au moins une voie applicable, au moins partiellement, dans ces trois axes d'évolution. Avec le recul que nous avons maintenant, la poursuite du statu quo, les politiques de replâtrage, les courtes vues, si elles étaient inacceptables avant sont devenues pour les gouvernements actuels et ceux qui suivront, purement et simplement coupables. Continuer de souscrire à l'aggravation universelle devient délit de lèse-société.

Si cette société espère vraiment se sortir du marasme actuel de la Santé par des injections budgétaires, elle a vraiment un gros problème en perspective.

Un appel à la profession médicale

Il est pénible de se sentir jouer le rôle de prêcheur mais il le serait encore plus de se taire. En rétrospective, il est maintenant facile de voir que la Profession Médicale a manqué le virage de l'implantation de l'Assurance Maladie. Elle a été mise de côté non seulement dans la gestion de la Santé mais menée à la laisse dans la gestion interne même de sa profession. Ce qu'il faut maintenant réaliser c'est qu'il se dessine, incessamment, une autre mutation majeure.

La profession sera prise d'assaut au niveau de sa pratique individuelle; c'est l'acte médical lui-même qui est devenu l'enjeu. Une privatisation non gérée mettra le médecin en compétition avec un système commercialisé possiblement fort peu souhaitable. Quantité d'individus dans le monde extra médical commencent déjà à convoiter la gestion de l'acte médical lui-même. Les coûts engendrés par les actes médicaux seront supputés. La façon de traiter sera évaluée, mesurée, comptée quand ce ne sera pas dictée. Le rendement de la pratique individuelle, en nombre de patients, en épaisseur de la pile de dossiers peut-être, comme dans certaines fonctions publiques dit-on, sera jaugé. On pratiquera où on dictera de pratiquer. Le message est le suivant : après avoir exclu la profession de la gestion de la Santé, on mettra le médecin de côté dans la gestion de l'acte médical. Et tout se passera sous la coupe irréfutable de la rationalisation; une certaine rationalisation, en l'absence des médecins. Ce ne sont pas là des exagérations farfelues; il ne s'agit pas de sinistrose. Les médecins, n'ont qu'à regarder leur pratique; c'est déjà amplement et sournoisement commencé.

La seule chance qui s'offre pour la profession c'est de plonger dans la participation, d'offrir à la société une collaboration multidisciplinaire dans un cadre valable et compétent dont elle soit le pivot. Une approche telle que proposée, une adaptation de celle-ci, offrent au monde de la Santé, hommes politiques compris, tous les ingrédients essentiels pour nous sortir du marasme actuel.

La Profession médicale ne peut pas se permettre de rater le virage cette fois.

Annexe 1

Catégorisation des soins et des institutions

Première étape - Catégorisation des soins

Une description simple des équipements et services de base offerts par les hôpitaux dits de catégorie de soins primaires, secondaires et tertiaires devrait être précisée pour commencer. Elle inclura une certaine variation permettant de couvrir l'ensemble des situations existantes. Cette description des services de base des différentes catégories d'hôpitaux permettra de préciser, lorsqu'il y a lieu, les conditions requises pour les déclassements acceptés en C1+ et C2+. Une description sommaire de ces trois catégories d'hôpitaux est proposée à la Table F à titre d'exemple seulement.

C1	Service de médecine générale; consultation de spécialité Soins intensifs (observation) niveau 1 Salle d'opération de base; soins post-op mineurs Urgence capable de traite les cas de niveau C1 avec service de garde 24/7 Laboratoire; hémato, Biochimie,, Bactério ... etc Radiologie simple; appareil et technicien
C2	Services variables de spécialités de médecine et de chirurgie, gynéco-obstétrique et psychiatrie d'un bon hôpital général Services hospitaliers en conséquence; salles d'opération, soins intensifs,
C3	Services majeurs de Spécialités; Médecine et Chirurgie Cancérologie, Hémodynamique, Radiologie et équipements ultra-spécialisée; IMR, PET, Laboratoire hautement spécialisés

Table F : À titre d'exemple approximatif seulement, liste des services médicaux et hospitaliers de base, suivant catégorie de l'institution.

Procédure

Étant donnée la fonction spécifique impartie à une Commission sur la catégorisation des soins et services, les membres de cette commission doivent inclure un éventail de spécialités, adapté au secteur particulier en évaluation. La description des comités de pairs qui sera donnée éventuellement démontrera que toutes les spécialités n'ont pas à en faire partie. Notons également que l'opération doit rester essentiellement bien que non exclusivement médicale.

Sur le plan de la gestion globale de la Santé où nous nous posons, il s'agit aussi de se former une idée sur les pourcentages d'activité de chaque catégorie (C1 à C3) posés dans chaque spécialité. On comprendra qu'un effort tout particulier sera requis de tous pour ramener le plus possible au niveau de catégorisation minimale les pratiques, pourvu que soient respectées les conditions sine qua non requises pour les niveaux de catégorisation acceptés. Rappelons qu'à ce niveau d'élaboration du projet ces catégorisations s'adressent à la spécialité en soi, dans son ensemble; ils ne se correspondront forcément pas, uniformément, aux particularités de la pratique de tous les services des divers hôpitaux actuels. Un exemple est donné à la Figure 20.

Pour prévenir les complications, une première ébauche de classification devrait être faite par la Commission en consultation spécifique auprès de quelques membres de chaque secteur. Ce document de travail sera circulé dans la spécialité en spécifiant bien qu'il n'est qu'un plan de travail préparé par des confrères identifiés.

Non seulement toutes les spécialités seront-elles appelées à procéder à cette opération mais chaque secteur prodiguant ou supportant des soins et services spécialisés aux malades le sera aussi. La liste des services médicaux et des unités de Soins Spécialisées est sommairement présentée dans la Table G

UNITÉS DE SOINS		UNITÉS DE SOINS SPÉCIALISÉE
Médecine Générale Médecine Allergie Cardiologie Dermatologie Endocrinologie Gastro-entéro. Néphrologie Rhumatologie Pneumologie Pédiatrie Psychiatrie	Chirurgie Cardiaque Générale Ophtalmologie ORL Plastie Thoracique Urologie Vasculaire Gynécologie Obstétrique	Chimiothérapie Hémodialyse Radio-oncologie Bloc opératoire (majeur, mineur) Soins intensifs majeurs, mineurs, spécialisés Salles d'obstétrique Hospitalisation externe Techniques endoscopiques Néonatalogie Urgences Radiologie d'intervention

Table G Liste, à titre d'exemples, de services médicaux et d'unités de soins hospitalières dans lesquelles se posent des actes thérapeutiques nécessitant catégorisation

On devrait à la fin de cette première étape de catégorisation des soins aboutir pour chaque secteur à des grilles ressemblant à l'exemple fourni dans la Figure 20. Elle donne pour chaque bloc d'actes de nature similaire de la spécialité, le pourcentage qu'il représente par rapport à l'ensemble des activités de la spécialité ou du secteur par Catégorie de niveau de soins. Toute dérogation à une classification proposée devra être justifiée.

Deuxième étape - Catégorisation des Institutions

L'étape suivante consiste à catégoriser les institutions globalement compte tenu des spécialités et services hospitaliers qui y sont présents. On appliquera pour cette évaluation les valeurs obtenues à l'étape précédente, fournissant la répartition entre les divers niveaux d'activités des services et spécialités. Ces valeurs devront vraisemblablement être modulées selon les particularités des institutions. (Figure 21)

La compilation inclura une évaluation approximative du pourcentage global de l'activité de l'hôpital que représente l'ensemble des activités de la spécialité ou de l'unité. On inscrira également le nombre des personnes par catégories engagées dans les activités en question, en distinguant entre médecins spécialistes ou généraliste et personnel technique et nursing spécialisés. Ces données seront importantes lors d'évaluations de regroupements ou de déplacements possibles. Avec un minimum de calcul il sera possible d'évaluer globalement et avec une bonne approximation le niveau d'activité d'une institution.

	Unité de soins
	Unité de soins spécialisée
	Urgence
	Clinique externe

UNITÉ :

EXEMPLE : spécialité X

NIVEAU HOSPITALIER	% de l'activité de la spécialité	ACTES	JUSTIFICATION CONDITIONNELLE
C1			
C1+	45	Cliniques externes, consultation Urgence spécialisée	Équipement spécialisé de clinique
	40	Chirurgie de la spécialité	Équipement spécialisé
	5	Décrire catégorie d'actes	Nécessite équipement s. d'opération et anesthésie
C2	4	Évaluation de cas	CTScan
C2+			
C3	5	Consultation, médecine, pédiatrie	Équipement clinique spécialisé
	1	Polytraumas, chirurgie chez grands malades	Équipement salle d'opération spécialisé
C3+			

Figure 20 Formulaire pour la catégorisation des actes des spécialités et des services hospitaliers

HÔPITAL : _____

SPÉCIALITÉ SECTEUR	% activité globale hôpital	% du global réparti dans chaque catégorie						EFFECTIFS			
		C1	C1+	C2	C2+	C3	C3+	SPÉC.	GÉN.	TECHN.	INF.
TOTAL HÔPITAL	100%										

Figure 21 Formulaire type pour la catégorisation des institutions.

Annexe 2

Coûts unitaires

Exemples de catégories d'Unités de soins et d'Unités de services hospitaliers utilisables pour déterminer les coûts unitaires.

UNITÉS DE SOINS
À titre d'exemples seulement. La subdivision des unités de soins variera avec les institutions. Les grands Départements seront subdivisés en fonction des spécialités
UNITÉS HOSPITALIÈRES DE SOINS (étages de lits)
Médecine
Chirurgie
Pédiatrie
Gynéco-obstétrique
Psychiatrie
UNITÉS DE SOINS SPÉCIALISÉES
Chimiothérapie
Hémodialyse
Radio-oncologie
Bloc opératoire (majeur, mineur)
Soins intensifs (Généraux - spécialisés, majeurs - mineurs)
Salles d'obstétrique
Hospitalisation externes
Endoscopie d'intervention
Radiologie
Radiologie d'intervention
URGENCE
CLINIQUES EXTERNES
Médecine
Chirurgie
Pédiatrie
Gynéco-obstétrique
Psychiatrie

Table H Exemple de liste d'unités de soins hospitalières

SERVICES HOSPITALIERS

L'énumération des services et leur regroupement en grandes Directions variera évidemment suivant les institutions et ne sont fournis qu'à titre d'exemples

SERVICES ADMINISTRATIFS

- générale
- direction médicale
- direction des soins infirmiers
- direction des ressources humaines
- direction des finances -
 - comptabilité
 - service d'approvisionnement
- direction des services techniques
 - opération : chauffage, électricité etc
 - maintenance (batiments, terrains, équipements)
 - GBM (service des équipements, contrats de service)

SERVICES GÉNÉRAUX

- Centrale de Rendez-vous
- Archives
- Admission
- Sécurité
- Transport
- Informatique Communications
- Buanderie
- Cuisine - cafétéria
- Entretien ménager
- Approvisionnements

SERVICES MÉDICO-HOSPITALIERS

- Laboratoire d'hématologie
- Lab. de pathologie
- Lab. de bactériologie
- Lab. de biochimie
- Laboratoire d'isotopes
- Radiologie
- Pharmacie
- Hémodynamique
- Laboratoire de cardiologie
- Neurophysiologie
- Lab. de pneumologie
- Exploration fonctionnelle
- Ergo, physio, réadaptation
- Psychologie
- Diététique
- Orthophonie
- Audiologie
- Enseignement aux patients (diabétiques, stomatologie)

Table I Exemple de liste de services hospitalières