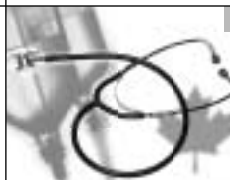


Enjeux publics

IRPP

Claude E. Forget

**L'intégralité dans
le système public
de santé :
obstacle à un
redressement
véritable**



Octobre 2002

Vol. 3, n° 11 (f)

Policy Matters

ISSN 1492-7004

Policy Matters

Claude E. Forget possède 35 années d'expérience dans le secteur de la santé, ayant été planificateur, sous-ministre et ministre de la Santé, conseiller, membre d'un groupe d'évaluation des technologies médicales, président du Conseil d'un hôpital universitaire et directeur de plusieurs entreprises liées à la recherche pharmaceutique et génomique. Coauteur de *Qui est maître à bord : Projet de réforme du système de santé canadien* (1998), et auteur de nombreux articles et communications, il a récemment présenté des exposés et agi comme conseiller auprès de la commission Romanow et du comité Kirby (Sénat canadien).

Une première version de ce texte a été présentée dans le cadre des audiences publiques de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada en mars 2002.

Résumé

Alors que les rapports du comité Kirby et de la commission Romanow sont attendus de manière imminente, on peut se demander si ces dernières initiatives permettront enfin la tenue d'un véritable débat sur la réforme et le financement de notre système de santé. En effet, nous dit Claude E. Forget, ce débat souffre trop souvent d'une dérive sémantique qui complique sérieusement les échanges publics relativement à la réforme des soins de santé au Canada. Ce problème linguistique est particulièrement évident lorsqu'on parle de l'intégralité. Les malentendus entourant la signification de ce principe de la *Loi canadienne sur la santé* brouillent les cartes, compliquent la compréhension des problèmes actuels et prêtent à confusion lorsque vient le moment de proposer des solutions. Il devrait être abandonné, affirme Forget, afin de pouvoir procéder aux réformes nécessaires.

Ce « pilier » de notre système de santé a été instauré dans un contexte historique précis pour des raisons particulières qui ne sont plus pertinentes, explique l'auteur. Or, on continue d'y souscrire et de prendre en son nom des engagements solennels, alors que le régime public, soi-disant intégral, ne compte que pour 70 p.100 des dépenses de santé totales au Canada, et que cette part continue de diminuer. On se retrouve ainsi dans une situation aberrante où, simultanément, des gouvernements qui n'arrivent plus à suivre le rythme de croissance des dépenses pour les programmes de soins établis envisagent sérieusement de mettre sur pied de nouveaux programmes pour couvrir les soins de longue durée ou les médicaments d'ordonnance.

À l'heure actuelle, le principe d'intégralité est illusoire; le système de santé canadien n'est pas intégral, il ne l'a jamais été et ne devrait pas viser à l'être. Selon l'auteur, le maintien de ce principe en dépit des faits serait irresponsable car, dans un domaine où l'innovation et la recherche sont de puissants moteurs de croissance, il en découlerait un programme politique irréalisable et même imprudent. Nous aurions alors un système doté d'un engin puissant mais dépourvu de freins.

Notre système de santé public ne se maintiendra qu'à la condition de contrôler son évolution, insiste Claude Forget, qui propose à cette fin trois mesures clés : 1. renoncer au principe d'intégralité; 2. allouer aux soins de santé une enveloppe budgétaire pré-déterminée, selon une certaine proportion de la richesse collective, de manière à ce que les revenus déterminent les dépenses plutôt que l'inverse; 3. délaisser l'approche actuelle axée sur l'offre (de médecins, d'infirmières, d'équipements, d'installations, etc.) pour une approche fondée sur les besoins et un ensemble de priorités stratégiques.

Pour déterminer les priorités en matière de santé, l'auteur identifie quatre grandes fonctions qu'il ordonne selon qu'elles appellent ou non une intervention

du secteur public. Contrairement à la plupart des propositions de réforme, qui privilégient les soins primaires et les services de première ligne, Claude Forget classe ainsi au dernier rang la catégorie des soins de routine, seule à ne pas répondre au critère de bien public. Son analyse rappelle que ces services sont offerts à la personne, non à la collectivité—par opposition à ceux que couvre la première fonction de gestion des risques. Ils sont assurables de façon abordable pour la plupart des gens (contrairement aux services requis pour pallier l'invalidité et les handicaps lourds et permanents) et ne comportent aucune des caractéristiques d'un service d'utilité publique propres aux services ultra-spécialisés associés à la recherche et au développement de nouvelles procédures thérapeutiques.

La fonction des soins de routine est la seule pour laquelle la justification d'un rôle pour l'État repose entièrement sur un objectif d'équité. Et celui-ci pourrait être atteint autrement, affirme-t-il. Le secteur public doit certes continuer de contribuer de façon substantielle au financement de ces services de manière à en assurer l'accessibilité, mais les montants disponibles pour ce faire dépendront des montants requis pour assumer les fonctions jugées prioritaires.

L'auteur admet qu'il sera toujours complexe et délicat de déterminer quels services doivent être couverts, et convient qu'on pourrait être en désaccord avec l'ordre de priorités proposé ici. Mais il demeure profondément convaincu que l'établissement de nos priorités en santé doit être fondé sur des arguments raisonnés plutôt que sur des précédents historiques.

Table des matières

Introduction	6
L'intégralité : historiquement restreinte, aujourd'hui inexistante, demain imprudente	8
Redéfinir le système de santé en fonction des besoins	11
Conclusion	21
Notes	21
Références	24

Introduction

Les termes utilisés dans le cadre des discussions publiques sur l'avenir des soins de santé au Canada n'ont manifestement plus le sens qu'on leur prêtait dans les années 1960, lorsque furent adoptées les principales politiques qui allaient définir notre système de santé. Cette dérive terminologique est sans doute normale, compte tenu des changements survenus au cours des 40 dernières années dans notre environnement politique. Toutefois, parce qu'on ne s'entend pas sur le sens des mots utilisés, cette dérive complique sérieusement les échanges publics relativement à la réforme des soins de santé au Canada — une problématique déjà fort complexe — et fait obstacle à une participation vraiment significative du grand public aux nombreuses consultations que les gouvernements multiplient à ce sujet.

Ce problème sémantique est particulièrement évident lorsqu'on parle de l'*intégralité*, un de ces principes auxquels les ministres de la Santé, voire les premiers ministres, ne font jamais défaut de souscrire et pour le maintien duquel ils aiment bien prendre des engagements solennels. Du même souffle pourtant, ils n'hésitent pas à affirmer, sans paraître conscients de la contradiction que cela implique, qu'il est important d'ajouter les soins de longue durée et les médicaments à l'éventail des services déjà couverts par le régime public. N'est-il pas étonnant qu'un régime dit « intégral » doive être « complété » ? L'intégralité est un concept binaire : elle est soit présente, soit absente; elle ne peut être partielle, tout au plus peut-elle souffrir de quelques exceptions très précises.

Une dissonance analogue apparaît lorsqu'on loue l'efficacité du système de santé en soulignant que la présence d'un « payeur unique » procure des économies de gestion considérables. Or, sachant que la part du financement public dans le total des dépenses de santé au Canada atteint à peine 70 p.100 et qu'elle diminue constamment, on peut certainement s'interroger sur le fondement de cette interprétation. Manifestement, il y a d'autres payeurs, outre le gouvernement. De plus, cette façon de parler « du » financement public est trompeuse. Les controverses continuelles autour de la contribution respective des gouvernements fédéral et provinciaux nous rappellent qu'il y a bel et bien dans chaque province au moins *deux* payeurs gouvernementaux.

Ces remarques ne sont pas anodines. Les mots utilisés dans le débat sur la réforme du système canadien de soins de santé ont effectivement une acception particulière, héritée d'une longue histoire, et sont incompréhensibles en dehors de ce contexte. À l'époque, il s'agissait surtout d'élaborer une orientation politique de caractère général et de mettre en place une façon de réguler les

paiements de transfert fédéraux. Il n'a jamais été question de préciser les droits des Canadiens en ce qui a trait au régime public. En cette matière, en vérité, les provinces se sont vu reconnaître une grande marge de manœuvre.

Dans le débat public actuel, les dissonances que nous venons de décrire posent de véritables difficultés. Lorsque des principes prétendument fondamentaux sont si visiblement battus en brèche au quotidien, mais continuent néanmoins d'être invoqués par les politiciens, on ne doit pas s'étonner de ce que la population vienne qu'à douter de la sincérité de ces déclarations et soit désillusionnée face au régime public. Ces dissonances brouillent les cartes, compliquent la compréhension des problèmes actuels et prêtent à confusion lorsque vient le moment de proposer des solutions.

Comme point de départ de mon analyse, je propose d'abandonner le principe de l'intégralité¹. Ce concept a été instauré dans un contexte historique précis pour des raisons particulières qui ne sont plus pertinentes. Il est inapplicable aujourd'hui et il serait imprudent d'en faire un objectif pour l'avenir.

Abandonner ce principe équivaut à reconnaître, en tout premier lieu, qu'il existe un écart important entre, d'une part, la gamme de services de santé couverts par le régime public et, d'autre part, la totalité des soins et services associés au maintien, au rétablissement et à l'amélioration de la santé. Cet écart est considérable; il a toujours existé, il persiste aujourd'hui et se perpétuera dans l'avenir.

En deuxième lieu, cela signifie que la façon dont on a au départ délimité le rôle de l'État dans le secteur de la santé, quel qu'en soit le mérite sur le plan historique, ne répond plus nécessairement aux besoins actuels. En effet, la liste des services assurés découle en bonne partie de l'interaction entre le gouvernement fédéral et les provinces qui, si elle demeure importante, reflète une situation politique qui n'existe peut-être plus aujourd'hui. De plus, elle est le fruit d'un regard segmenté où les problèmes de santé sont abordés du point de vue de l'offre : d'abord les hôpitaux, ensuite les médecins et, enfin, les médicaments ou les services à domicile. Cependant, chacune de ces ressources peut servir à satisfaire de multiples besoins, et c'est sur ces *besoins* que la réflexion devrait maintenant se tourner. C'est la réponse à des besoins qui doit être « assurée », ou non, plutôt que l'offre d'une ressource quelconque.

Il importe donc de prendre nos distances par rapport à cet héritage et, au moins conceptuellement, délimiter à nouveau le rôle de l'État dans le secteur de la santé. Pour ce faire, je propose d'adopter deux règles d'or. D'une part, aborder l'analyse du système de santé du point de vue de l'utilisateur et de ses besoins. D'autre part utiliser une hiérarchie des besoins comme guide dans la délimitation de la couverture du régime public.

L'intégralité : historiquement restreinte, aujourd'hui inexistante, demain imprudente

L'adoption du concept de l'intégralité comme règle du régime public remonte à l'instauration de l'assurance hospitalisation en 1957². En offrant d'assumer 50 p.100 des coûts d'un régime universel d'assurance hospitalisation, le gouvernement fédéral poursuivait toutefois un objectif limité puisque les provinces s'occupaient déjà de la santé mentale, de la santé publique et des soins de longue durée dans les hôpitaux consacrés au traitement des tuberculeux. Politiquement, il aurait été malavisé d'offrir de partager les coûts de programmes déjà assumés par d'autres. Dans ce contexte bien précis, la couverture *intégrale* des frais hospitaliers n'incluait donc que les soins hospitaliers prescrits par les médecins (« médicalement requis »), à l'exclusion additionnelle des honoraires médicaux eux-mêmes — jusqu'à l'introduction de l'assurance-maladie quelque dix ans plus tard.

Cette règle d'intégralité avait donc un sens bien précis et retreint. Elle visait à identifier les services dont les coûts seraient partagés entre Ottawa et chaque province, et ceux qui ne le seraient pas. Les fonctionnaires fédéraux s'occupaient de vérifier sur place l'utilisation de chaque lit d'hôpital pour soustraire ceux qui étaient réservés aux soins psychiatriques et aux tuberculeux. Pour le reste, tout service fourni par l'hôpital pour faire suite à une ordonnance médicale était éligible au partage des coûts. L'intégralité était donc une règle claire entre fonctionnaires. Pour le patient, cela signifiait simplement qu'il ne recevrait plus de facture du centre hospitalier où il avait été traité. À cette époque, il n'était pas question de soins ambulatoires, de services à domicile ni d'assurance-médicament pour patients à l'externe.

À la fin des années 1970, on a adopté un nouveau régime de contribution globale pour certains « programmes établis », ce qui modifia le mode de calcul de la part d'Ottawa dans le financement de la santé en le basant sur des indicateurs tels que le PNB. La conséquence principale de cette loi fut d'éliminer la nécessité d'une évaluation précise des coûts des services admissibles au partage. Le temps avait permis d'établir une contribution fédérale de base, et seule la question du rythme de croissance des transferts fédéraux demeurait en suspens. Logiquement, ce changement aurait dû entraîner la disparition du concept même d'intégralité, car, désormais, Ottawa contribuait de façon globale à l'ensemble des dépenses provinciales en santé, lesquelles dépassaient largement les services strictement admissibles au partage³. Les services assumés par les provinces n'étaient certes pas complets non plus, mais ils l'étaient davantage que ceux qui étaient couverts par les seules ententes fédérales-provinciales. Toutefois, ces services, même combinés, ne constituaient guère un régime « intégral ».

Après ce changement dans le mode de calcul, les quatre principes d'universalité, de portabilité, d'administration publique et d'intégralité, quoique demeurant formellement en vigueur, n'avaient plus en réalité de signification légale ou pratique, de l'avis même du gouvernement fédéral. Toutefois, l'adoption en 1984 de la *Loi canadienne sur la santé*, pour faire face au problème de la surfacturation et des frais dissuasifs — un problème pour lequel ces quatre principes n'étaient pas pertinents — modifia la situation. La Loi réaffirmait les quatre principes de base, en introduisant un cinquième — celui de « l'accessibilité » — et autorisait le gouvernement fédéral à imposer des pénalités financières aux provinces qui autorisaient de tels frais.

L'objectif très étroitement circonscrit de cette loi fut atteint, mais au prix d'une polarisation des enjeux⁴, ce qui fut particulièrement néfaste à l'égard de l'intégralité. La loi réaffirmait un principe qui n'était visiblement pas respecté : il était faux de prétendre que le régime public des soins de santé au Canada était « intégral » selon l'acception courante de ce mot. Il ne l'avait jamais été, mais personne jusque-là n'avait prétendu le contraire ni ne s'en était soucié. Avec l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* toutefois, les germes de la confusion étaient semés. Il en découlait un programme politique irréalisable qui était pour ainsi dire créé de toutes pièces : il faudrait donc étendre la couverture du régime public afin de rendre la réalité conforme au principe déclaré. Pour certains, cet élargissement devait même se faire selon des règles uniformes valables pour tout le pays, comme à l'époque où le partage des coûts s'effectuait sur la base de règles d'admissibilité précises.

En transposant dans un nouvel environnement des concepts hérités d'un passé mal compris, on a pris pour acquises des décisions qui n'avaient jamais été prises ouvertement ni, à plus forte raison, débattues publiquement, en prenant en considération toutes les autres options possibles. On se retrouve ainsi dans une situation aberrante où, simultanément, des gouvernements qui n'arrivent plus à suivre le rythme de croissance des dépenses pour les programmes de soins établis envisagent sérieusement de mettre sur pied de nouveaux programmes pour couvrir les soins à long terme ou les médicaments d'ordonnance. Certaines provinces ont même déjà adopté de tels programmes.

Certains observateurs ont bien compris que l'intégralité devrait inéluctablement être remise en question, ainsi qu'on l'a fait dans le rapport Mazankowski par exemple. Pour l'heure toutefois, cette remise en question demeure timide et insuffisante. On propose ainsi de référer la question à des experts pour décider de ce qu'il faudrait retrancher du régime public. Cette délégation à des experts est probablement inspirée de l'ancienne règle de partage des coûts du régime d'assurance hospitalisation selon laquelle tous les services « médicalement requis » prodigués dans les hôpitaux étaient admissibles. Cependant, encore une fois, on semble oublier que cette règle, à l'origine, était une *règle d'inclusion*. Les décideurs fédéraux de l'époque

s'étaient gardés la responsabilité de décider ce qu'ils ne souhaitaient pas assurer, par exemple la tuberculose, la santé mentale, la santé publique, les soins dentaires, la chirurgie esthétique, le suivi psychologique et la chiropractie. Les médecins, à qui la Loi délègue la responsabilité de déterminer ce qui est nécessaire à leurs patients, sont pour leur part guidés par une règle fondamentale d'éthique professionnelle : celle de conseiller tout traitement qui peut soulager, sans nuire. Or, pour choisir une couverture d'assurance sociale, il faut faire appel à d'autres règles et à d'autres considérations; les experts peuvent sans doute aider dans l'application des règles, mais ils ne peuvent prendre les décisions qui doivent découler de choix publics.

Nous avons vu que, dans le passé, la notion d'intégralité avait un sens précis, qui s'est perdu puisque l'environnement a changé. Aujourd'hui, cette notion est illusoire; elle ne peut servir ni à décrire la réalité ni à définir un objectif réalisable. De plus, il serait carrément imprudent de continuer d'y adhérer dans l'avenir car elle légitime toute augmentation des dépenses qui pourrait découler de pressions internes au régime actuel ou provenir de facteurs incitatifs ou de carences de gestion dans un secteur d'activité où la recherche et l'innovation constituent une impulsion puissante au changement. Nous aurions alors un système doté d'un engin puissant mais dépourvu de freins. Déjà dans le régime actuel, les services couverts ne correspondent plus nécessairement à nos priorités mais plutôt aux possibilités découlant des structures établies.

La plupart des intervenants dans le débat sur la réforme du système de santé espèrent que notre régime public et universel sera maintenu. Je partage cette position. Toutefois, aucun système ne peut durer à moins de pouvoir contrôler son développement. Pour y arriver, trois constats s'imposent :

1. Le régime public ne couvre et ne couvrira jamais qu'une partie de l'éventail des besoins en matière de santé et, par conséquent, il faut *renoncer définitivement au principe d'intégralité*.
2. L'enveloppe financière globale que les Canadiens sont disposés à consacrer à même les fonds publics à un régime universel de soins de santé doit être déterminée *a priori*. Cette enveloppe, proportionnelle à la richesse collective (le PIB), pourrait évoluer dans le temps selon des règles additionnelles et grâce à des processus de décision transparents. Il importe aussi que cette enveloppe soit établie par un processus extérieur au système de santé lui-même plutôt que d'être un sous-produit du fonctionnement de ce système, comme cela semble être le cas aujourd'hui. Compte tenu du fait que le régime public n'est qu'un sous-ensemble du secteur de la santé, il faut que *les revenus déterminent les dépenses* plutôt que l'inverse.
3. Cette enveloppe financière doit être utilisée pour *assumer, à partir d'un ordre de priorité bien établi, des rôles définis en fonction des besoins de la population*. Cette façon de procéder entraînerait sans doute des modifications

importantes à la couverture des services, en plus et en moins; une période de transition sera sans doute nécessaire pour les mettre en place. C'est à ce troisième point que le reste de mon propos sera consacré.

Redéfinir le système de santé en fonction des besoins

Une fois admis le fait que les ressources publiques ne constituent qu'une partie des dépenses consacrées à la santé, il est facile de conclure que ces ressources doivent satisfaire les besoins les plus importants. La difficulté survient lorsqu'on doit préciser ce que cela signifie exactement⁵.

La première étape consiste à cesser de discuter de la santé en fonction des ressources utilisées. Cette approche, basée sur l'offre plutôt que sur les besoins, met l'accent sur des questions telles que le nombre suffisant d'infirmières, de médecins, de techniciens, d'équipement, etc. Ces questions sont certes importantes, mais elles ne doivent pas nous faire négliger d'autres enjeux tout aussi fondamentaux. Ces ressources servent plusieurs fins et permettent de répondre à différents besoins. C'est de ce côté, du côté des besoins et de leur importance relative, du point de vue de la population (usagers ou consommateurs), que se trouvent les questions à résoudre et les choix à faire.

Bien que cette approche fondée sur les besoins puisse sembler la plus appropriée pour faire progresser notre système, ce n'est pas ainsi que ce dernier a évolué jusqu'à maintenant. La couverture du régime public s'est élargie par l'addition successive de diverses catégories de ressources, sans qu'on s'interroge vraiment sur les problèmes de santé à traiter. Cette façon de procéder a toujours ses adeptes, tels ceux qui désirent inclure les médicaments ou les soins à domicile dans le régime public. Nous sommes plutôt d'avis qu'il n'est guère raisonnable d'encourager les gens à croire que la couverture intégrale des médicaments d'ordonnance pour n'importe quel problème, n'importe quel type de bénéficiaires ou n'importe quelle situation représente une manière rationnelle de définir un objectif de politique publique, et cela, dans un environnement fiscal où les ressources sont limitées, le suivi de l'utilisation des médicaments incertain et où la culture relative à l'utilisation des médicaments évolue constamment sous l'influence de choix de style de vie et de publicité agressive.

Cette façon traditionnelle d'aborder les problèmes doit être abandonnée. Les services de santé doivent être examinés selon les principales fonctions qu'ils remplissent. À mon avis celles-ci sont au nombre de 4 :

1. La gestion des risques pour la santé;

2. La compensation pour les handicaps irréversibles et lourds;
3. La solution de problèmes sévères de santé;
4. L'entretien de routine.

Chaque fonction répond à un sous-ensemble de besoins; chacune est distincte des autres de par son caractère public ou privé (dans le sens de la théorie économique des biens publics), son degré d'assurabilité, l'évolution de ses coûts, les incitations à la sur-utilisation et sa relation avec d'autres objectifs de l'action gouvernementale tels la protection de l'environnement ou la lutte à la pauvreté.

Les quatre fonctions sont énumérées dans leur ordre de priorité relative, tel que je le conçois⁶. Comme nous le verrons plus loin, cette hiérarchie entraîne des conséquences lorsque combinée au second principe énoncé plus haut, à savoir que les revenus doivent déterminer les dépenses. Voyons d'abord la nature de chaque fonction en analysant les défis que chacune pose.

Première fonction : gérer les risques

Il existe un grand nombre de facteurs de morbidité et de mortalité qu'il est possible de contrôler via l'environnement physique et social. Ainsi, encore récemment, les pays développés, y compris le Canada, ont eu à faire face à des difficultés, voire à des crises, autour de la qualité de l'eau potable (les nombreux décès qui ont résulté de la contamination de l'eau à Walkerton, en Ontario, en sont un exemple), la pollution atmosphérique et le sang contaminé⁷. De même, les maladies infectieuses, loin d'être un défi du passé, sont redevenues d'actualité, parfois sous des formes nouvelles, par exemple le sida et la maladie de Creutzfeldt-Jakob. La mondialisation, avec ses mouvements de population, contribue sans doute à la propagation des maladies tropicales dans les pays tempérés, tandis que la densification de la population et la concentration de personnes infectées dans les établissements de santé favorisent les mutations bactériennes et virales et en accroissent parfois la virulence⁸. Le contrôle sur le plan sanitaire de la chaîne alimentaire ne se limite plus à une question de normalisation et d'inspection des établissements locaux de transformation; l'importance du commerce international des denrées soulève aussi la question de la traçabilité des aliments ainsi que la capacité réelle de réglementer le processus de production. Tout cela, sans compter les risques de bioterrorisme.

Mais, il n'y a pas que des mauvaises nouvelles. Des études coûts-bénéfices ont démontré l'intérêt d'activités de dépistage soigneusement contrôlées, du cancer du sein chez les femmes de plus de 50 ans par exemple ou des difficultés d'apprentissage chez les enfants. La santé publique a aussi maintenant une dimension cognitive. L'information sur l'alimentation, le conditionnement physique, l'usage de substances telles que le tabac, l'alcool, les drogues, de même que sur les services de santé eux-mêmes, l'efficacité des traitements et les effets secondaires des médicaments, peut non seulement encourager des styles de vie propices à une meilleure santé mais

encore favoriser un usage plus éclairé des services de santé. L'information sur la sécurité des programmes d'immunisation est parfois cruciale, et celle qui porte sur le taux de succès des traitements deviendra progressivement une exigence incontournable. Les campagnes de promotion de la sécurité en milieux de travail, sur les routes et dans les établissements sportifs ont démontré leur utilité.

Ces services à la communauté sont des « biens publics » par excellence. Ils ne s'adressent pas à des individus en particulier mais à l'ensemble de la population, et il y a donc peu de chances qu'ils soient jamais disponibles si l'État ne les offre pas. C'est peut-être pour cette raison que ces services sont dépourvus de l'aura médiatique dont jouissent d'autres activités du domaine de la santé et ne bénéficient pas de l'appui de groupes de pression puissants, sauf en temps de crise et pour une courte période⁹. Les controverses qui éclatent lorsqu'une telle crise survient révèlent que ce domaine d'activité souffre probablement d'un grave manque de ressources et d'attention. Pourtant, on peut plausiblement soutenir qu'il n'existe aucune autre fonction dans le secteur de la santé qui ne soit aussi étroitement et manifestement reliée aux taux de morbidité et de mortalité¹⁰. Cela devrait en faire, sans contredit, la principale priorité.

Cela étant dit, l'efficacité et la qualité des services offerts en ce domaine ne peuvent être pris pour acquis. C'est pourquoi il y a lieu d'en revoir la performance et la pertinence avant d'y ajouter des ressources additionnelles. Or, en l'occurrence, celui qui finance est aussi celui qui exécute et qui doit juger lui-même de sa performance : l'État. Une situation peu convaincante. Une réelle distance doit être créée entre ces deux rôles.

Deuxième fonction : compenser les handicaps irréversibles et lourds

Certains handicaps sensoriels, physiques ou mentaux, certaines maladies chroniques contre lesquelles aucun traitement connu n'est efficace ont un impact dévastateur sur la qualité de vie et la capacité de la personne affectée de gagner un revenu. De plus, ces handicaps font souvent porter à la famille immédiate un fardeau accablant qui, à la longue, est générateur d'autres problèmes. L'extrême vieillesse, bien qu'elle ne soit pas en elle-même un handicap, s'accompagne souvent de ce genre de problèmes.

L'objectif, dans ces situations, est de fournir un appui destiné à créer les conditions d'une vie aussi normale que possible. Pour ces personnes, la « guérison » n'est pas pensable dans l'état actuel des connaissances, mais on peut contrôler la douleur qu'ils ressentent, faciliter leur mobilité et leur autonomie, rendre accessibles prothèses et médication. Bref, on peut veiller à fournir aux patients les moyens de vivre dans la communauté, dans la mesure du possible, ou dans un milieu institutionnel de qualité, de manière à minimiser l'angoisse et les sentiments d'isolement et d'impuissance de ces personnes.

Voilà une longue liste de services coûteux. En effet, même réparti sur toute une vie, le coût de ces services est énorme et difficile à assumer, sauf pour les plus nantis.

Il s'agit là d'un ensemble de services que les économistes désigneraient comme « biens privés », mais qui sont inabordables et non assurables en dehors d'un régime d'assurance sociale obligatoire et universel¹¹. Les coûts très importants qu'entraînent les soins pour chaque personne sont compensés par l'incidence plutôt faible de telles situations dans l'ensemble de la population. La prise en charge par les gouvernements de la santé mentale et de la tuberculose, avant même l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie dite « universelle », témoigne qu'il s'agit bien là d'une priorité reconnue dans les faits — quoique imparfaitement — depuis longtemps. Les handicaps résultant d'une guerre ont également très souvent entraîné l'institution de services publics dans les pays touchés. Les problèmes reliés à la démence sénile, de même que l'augmentation de la population confrontée à ce risque, crée aujourd'hui une pression politique en faveur d'une prise en charge systématique des soins de longue durée¹².

S'il existe un raisonnement basé sur des arguments d'efficacité — soit la non assurabilité des soins de longue durée — pour expliquer la nécessité d'une intervention de l'État en ce domaine, l'incidence extrêmement inégale de ce type de problème et de ses répercussions constitue une justification supplémentaire. Notons toutefois que si une intervention publique semble justifiée sur le plan du financement de ces services, l'argument ne s'applique pas nécessairement à leur prestation¹³.

Y a-t-il aujourd'hui suffisamment de ressources attribuées à cette fonction de compensation pour des handicaps irréversibles et lourds ? La réponse est évidente. Les sociétés modernes ont déinstitutionnalisé les malades chroniques, souvent sans fournir l'encadrement nécessaire pour faciliter la réinsertion sociale de ces derniers. Nos villes, avec leur lot de sans-logis et de mendiants, illustrent certaines des conséquences de cette incurie.

À mesure que les sociétés atteignent des niveaux supérieurs de richesse, elles peuvent se permettre de plus en plus de procurer à leurs membres ce type de protection sociale. Cela, cependant, requiert un débat public comme celui qui, on doit l'espérer, se déroulera au Canada à la suite de la publication des conclusions de la commission Romanow et du comité Kirby. Nécessaire, ce débat risque toutefois de se faire en sourdine parce que les bénéficiaires potentiels ne possèdent pas une voix collective très forte et que chaque membre du public ne fait face qu'à un très faible risque de vivre une telle situation, un risque souvent perçu comme très lointain. Comme dans toute décision portant sur des biens publics, ce débat n'est pas spontané : il requiert une initiative et une campagne de persuasion.

La troisième fonction : la solution de problèmes ou la recherche et développement

Depuis le début du XX^e siècle, la médecine, profitant de l'évolution scientifique, s'est engagée sur la voie de la solution de problèmes, empruntant à la

science sa rigueur et sa méthode. Les maladies graves sont vues comme autant de problèmes à résoudre; les succès de la recherche, d'abord très modestes, se multiplient à un rythme accéléré, donnant lieu à d'énormes attentes.

Ces espoirs sont certes fondés sur une certaine réalité, mais cette réalité est loin de rendre compte de la totalité des services médicaux et hospitaliers. Le plus souvent, on peut nommer la maladie; la plupart du temps, on peut en soulager les symptômes. Dans un plus petit nombre de cas, on peut aussi guérir, ou au moins soutenir ou restaurer une fonction vitale menacée ainsi qu'une qualité de vie acceptable. C'est à cette dernière catégorie que s'applique la présente discussion.

Une caractéristique importante de ces activités axées sur la guérison est qu'elles évoluent constamment et sont très médiatisées, ce qui gonfle les attentes, accroît les coûts et les rend difficiles à prédire et à contrôler. Le processus qui détermine cette évolution ne peut pas être séparé des services cliniques eux-mêmes : la fonction « solution de problèmes » du système de santé est en état d'innovation perpétuelle, ce qui a des conséquences déterminantes quant à l'inclusion de ces services dans le régime public.

La manière dont on comptabilise aujourd'hui les coûts obscurcit, plutôt qu'elle n'illumine, la diversité des éléments qui contribuent à cette capacité à résoudre des problèmes. Par exemple, alors que l'importance du capital comme facteur de production de ces services a considérablement augmenté, nous n'en tenons pas compte rigoureusement. En effet, le coût du capital utilisé dans la production des services de santé n'est pas incorporé dans la structure de financement du système. De même, les coûts de formation ne sont que partiellement reflétés à travers ceux de la main-d'œuvre. On met à part les coûts de la recherche en négligeant le fait que, même si on peut (plus ou moins bien) distinguer les coûts de la recherche des coûts des activités cliniques, l'activité de recherche elle-même peut difficilement être dissociée de la fonction solution de problèmes. Enfin, les mécanismes de contrôle et d'évaluation, ingrédients indispensables au processus, entraînent aussi des coûts. Une prise en compte intégrale de tous ces coûts révélerait que la fonction « solution de problèmes » en santé possède les caractéristiques d'un service d'utilité publique.

Les questions relatives au prix optimal et à la régulation d'un service d'utilité publique sont de celles que les économistes débattent et raffinent depuis un siècle et demi. On ne peut donc que les résumer ici. Rappelons simplement qu'un service d'utilité publique est une entreprise dont le coût marginal est inférieur au coût moyen, si bien qu'une tarification concurrentielle — selon le coût marginal — conduirait inéluctablement à un « monopole naturel ». Si l'on considère la totalité des coûts de la fonction « solution de problèmes », il est clair que le coût (marginal) du traitement d'un patient additionnel (en termes de services cliniques) est de loin inférieur au coût total moyen par patient, compte tenu

des coûts d'infrastructure, de formation, de recherche et de gestion. En d'autres mots, il existe, tant dans l'établissement d'une capacité à résoudre des problèmes difficiles de santé dans un environnement innovateur et dynamique, que dans son maintien, des coûts fixes très substantiels qui sont indépendants du nombre de patients traités : voilà pourquoi *cette fonction correspond au modèle d'« utilité publique »*. Examinons quelques conséquences de ce raisonnement.

La première : le financement de ces activités ne peut se baser sur l'idéal d'un prix concurrentiel. Des propositions parfois faites à l'effet de financer tous les services hospitaliers non plus à partir d'un budget global mais sur la base d'un paiement « à l'acte » — un paiement forfaitaire pour couvrir un épisode de traitement, par exemple —, seraient difficiles à mettre en application à cause de l'importance de ces coûts fixes¹⁴. En effet, nous savons qu'une pratique de ce genre aux États-Unis et dans plusieurs autres pays (le financement par DRG ou Diagnostic Related Groups) a créé un risque de sous-financement des hôpitaux d'enseignement¹⁵. La difficulté provient non seulement de la présence de coûts fixes, mais aussi du fait que le coût marginal des activités cliniques varie constamment, parce que celles-ci font partie intégrante du processus de recherche et développement (R&D) dans ces institutions.

Deuxième implication, encore plus importante : un service d'utilité publique ne doit pas nécessairement être la propriété de l'État, ni être financé par les impôts. La réglementation publique peut aussi servir à empêcher l'abus de pouvoir des monopoles sur leurs clients. Ce contrôle s'exerce principalement au niveau du prix chargé aux consommateurs, mais puisqu'il s'agit ici de services de santé offerts dans le cadre d'un régime universel et dispensés sans frais à l'utilisateur, ce mécanisme est inutile. Seul le processus de R&D lui-même peut être réglementé. Or, ce processus est si complexe qu'on peut presque certainement conclure que, pour être efficace, sa prise en charge par l'État représente la seule issue possible.

Le cadre réglementaire que les gouvernements devraient envisager pour la fonction « solution de problèmes » des services de santé ne devrait pas se restreindre aux seuls établissements tertiaires. Ayant financé l'infrastructure de base hautement spécialisée nécessaire à cette fonction, l'État a intérêt à s'assurer que le coût énorme qui lui est rattaché soit réparti sur une assiette clinique aussi large que possible, de manière à bénéficier au maximum des coûts moyens décroissants. Il faut, pour cela, éviter une « inflation de rôle » dans les institutions extérieures à cette infrastructure. En d'autres mots, concevoir les établissements tertiaires comme des entreprises d'utilité publique devrait entraîner, pour des raisons autant d'efficacité que d'efficience¹⁶, un taux élevé de concentration des activités tertiaires dans un très petit nombre d'établissements extrêmement bien dotés. On en arrive ainsi à la création plus ou moins articulée d'un « système » de santé où chaque composante joue un rôle bien défini. Un système où on retrou-

ve, d'une part, un nombre relativement considérable de cliniques et d'hôpitaux communautaires fournissant des services établis selon des lignes directrices bien définies à des patients sans complications et, d'autre part, un nombre restreint d'établissements de recherche où les cas complexes sont traités et des approches innovatrices développées et évaluées, mais où on offre aussi des services établis.

Cette façon d'envisager la réglementation du processus de R&D rejoint, d'une certaine manière, l'opinion courante parmi les experts, qui recommandent que les services de santé soient basés sur des preuves scientifiques, et le bien-fondé de toute procédure, évalué en fonction des résultats obtenus. Cependant, il est important de noter qu'une telle réglementation, quoique essentielle pour évaluer les procédures à la lumière des résultats obtenus, ne peut pas servir à décider quels services seront inclus dans le régime public; sinon, comment obtiendrait-on l'expérience nécessaire à l'évaluation? Une procédure doit être assurée, et continuer de l'être tant et aussi longtemps que le processus de perfectionnement se poursuit si l'on veut en faire l'évaluation. Il s'agit là d'une distinction importante, car le processus de solution de problème en santé est un processus en évolution constante. C'est pourquoi de bons mécanismes de vérification seront plus efficaces que tout effort en vue de contrôler les coûts au moyen d'une politique d'exclusion — c'est-à-dire par la désassurance des services. On devra donc adopter des règles strictes pour s'assurer que le processus d'expérimentation et d'innovation se déroule dans un environnement approprié. L'inclusion d'un service dans le régime public doit nécessairement être accompagnée de telles règles de même que de mécanismes rigoureux de contrôle interne.

La procédure utilisée dans l'industrie pharmaceutique offre une idée de la manière dont pourrait s'articuler une telle approche dans le milieu de la santé. Avant leur commercialisation, les médicaments doivent subir une série d'évaluations successives; il s'agit d'essais cliniques (phases 1 à 4). On pourrait exiger des procédures médicales qu'elles soient soumises à une discipline analogue comme condition d'inclusion parmi les services assurés. Notons que le contrôle serait effectué à l'échelle globale et s'appliquerait à l'ensemble du système pour des procédés bien définis. Il faut aussi comprendre que le processus d'innovation en question embrasse toutes les étapes, depuis l'émergence du concept jusqu'à sa stabilisation comme procédure accréditée.

Les procédures nouvelles (diagnostiques ou thérapeutiques, médicales ou chirurgicales) ne seraient incluses dans la couverture des services assurés que si elles étaient mises à l'essai dans une institution reconnue. Dans la phase 2 (la phase 1, qui implique des sujets volontaires en bonne santé dans le cas de l'évaluation des médicaments, est sans objet ici), qui devrait être administrée dans le centre tertiaire à l'origine du nouveau concept, une procédure expérimentale et définie comme telle auprès des patients-candidats serait offerte selon un protocole rigoureux d'évaluation. Ce protocole comporterait presque toujours un groupe témoin et respecterait les règles les plus exigeantes d'une évaluation scientifique.

Dans la phase 3, la procédure innovante serait mise en pratique dans d'autres centres tertiaires selon un protocole approprié à cette phase, pour l'évaluer sur une plus longue période et auprès d'un plus large échantillon de patients. Les résultats de cette évaluation mèneraient, en cas de démonstration réussie, à la généralisation de la nouvelle procédure comme « procédure accréditée », accompagnée d'indications précises sur son champ d'application (qui est susceptible d'en bénéficier) et, si nécessaire, sur ses conditions d'utilisation (exigences de formation spéciale, d'équipement ou de volume minimum, etc.).

Dans tous les cas, et pour toutes les phases d'évaluation, aucun établissement ne serait autorisé à offrir une procédure en voie d'accréditation sans qu'elle ne soit accompagnée d'un programme structuré de maintien de la qualité des services comportant, pour chaque programme ou service intégré, des objectifs précis d'amélioration de la qualité, des équipes multidisciplinaires dédiées à leur réalisation, des indicateurs de performances reliés à ces objectifs et un seuil de performance minimal.

Paradoxalement, l'innovation continue est à la fois la meilleure caractéristique des services de santé, dans leur fonction « solution aux problèmes », et le facteur qui rend la croissance des coûts d'autant plus difficile à comprendre et surtout, à contrôler. Dans l'euphorie de la découverte, tout semble possible, et on s'inquiète peu des moyens à utiliser. Or, si le secteur public doit certainement assumer et rendre accessible à tous, sans réserve, toute procédure qui a fait ses preuves et dont les bienfaits sont clairement démontrés, on ne peut faire l'économie, pour y arriver, d'une approche rigoureuse tant par sa méthode que par ses conséquences. Ce qui implique de désassurer les soins qui ne font pas le poids. Nul ne saurait dire d'avance combien de services se verraient ainsi exclus, mais on peut croire que des économies importantes pourraient en résulter. Toutefois, des engagements publics clairs quant aux standards de qualité à atteindre pourrait aussi entraîner des coûts supplémentaires.

Il ne s'agit pas d'interdire aux professionnels et aux établissements qui persisteraient à croire que de tels standards sont trop exigeants et sévères d'offrir leurs services sur une base privée. Cependant, leurs patients devraient être avertis que seule leur confiance plus ou moins aveugle justifie alors ce recours. Nous ne devrions pas être indisposés par une telle éventualité.

Quatrième fonction : l'entretien de routine

L'entretien de routine se déroule dans des cadres variés et de bien des façons. Il se fait surtout dans les lieux consacrés aux soins primaires et secondaires (cliniques publiques et privées, hôpitaux) mais aussi dans les établissements dits tertiaires.

Il faut préciser que cette fonction ne se limite pas aux visites qu'on peut faire chez un médecin ou un autre professionnel de la santé pour le traitement de malaises légers ou pour l'établissement d'un premier diagnostic avant d'être référé à des services spé-

cialisés. Les services visés dans cette quatrième fonction peuvent inclure l'hospitalisation, par exemple, pour des accouchements sans risque ou des appendicectomies. Ils peuvent comprendre le suivi médical de conditions telles que la cholestérolémie ou la tension artérielle modérément élevée, le diabète pour des patients à risques modérés chez qui, par exemple, on ne retrouve aucun facteur de complication. Le coût de chacun de ces traitements est relativement modeste parce qu'on y fait usage d'une technologie simple et abordable et ce, dans un contexte fort différent de celui de la recherche. Cependant, il ne s'agit pas d'un ensemble statique de services mais au contraire d'un univers qui progresse au rythme de la stabilisation et de la diffusion des résultats des activités de R&D. La fonction d'entretien de routine, comme toute autre activité humaine, évolue en outre dans son organisation et ses modes d'opération.

Il est coutumier d'aborder la discussion des services de santé par ce bout de la lorquette. Certes, les services primaires sont les plus fréquemment utilisés et constituent en quelque sorte la porte d'entrée du système. Un grand nombre d'études se sont penchées sur cet aspect du système de santé. Pour ma part, je tiens à souligner un point important : il faut éviter que la prise en charge par l'État de cette fonction dépossède le patient de toute influence sur la manière dont ces services lui sont offerts. Il est encourageant de voir que cette idée semble avoir fait son chemin depuis quelques années.

Le fait que l'on fasse de plus en plus souvent la distinction entre le *financement* et la *prestation* des services permet d'envisager la possibilité que l'État adopte un jour une nouvelle formule de financement où « l'argent suivra le patient » et où il remboursera ce dernier plutôt que de payer ou de financer directement les professionnels et les établissements de santé. De cette façon, le patient serait véritablement le maître des services de santé qu'il reçoit plutôt que son objet impuissant et passif¹⁷.

Cela dit, on doit observer que la fonction d'entretien de routine se retrouve finalement au bas de notre liste de priorités. Mais pourrait-elle vraiment se trouver ailleurs ? Ce n'est pas par hasard que la plupart des services non-assurés par les gouvernements se retrouvent dans cette catégorie. Le régime public exclut les soins dentaires, les services des pharmaciens, des optométristes, des psychologues, des chiropraticiens, des acupuncteurs, ainsi que les médicaments prescrits hors de l'hôpital (même en Saskatchewan et au Québec, le secteur privé finance environ un tiers des coûts des médicaments¹⁸). Le régime public n'assume donc déjà qu'une partie des services primaires, et il est intéressant de noter que, contrairement à ce qui se passe relativement à certains services couverts par le régime public, il ne se pose guère de problèmes de disponibilité à l'égard de ces services.

Il est absolument exclu que l'État se retire complètement du secteur des services primaires et secondaires. Le secteur public doit continuer de contribuer de façon substantielle au financement de ces services de manière à en assurer l'accessibilité. Toutefois, si nous partons du principe que les gouvernements doivent établir la part totale — ainsi que son évolution au cours des années — des ressources publiques qu'ils sont en mesure

de consacrer à la santé, il s'ensuit que les montants disponibles pour cette dernière fonction dépendront des montants requis pour assumer les fonctions jugées prioritaires.

On peut naturellement conclure que l'ordre de priorités proposé ici n'est pas le bon. On doit cependant tenir compte du fait que les trois premières priorités que nous avons identifiées sont, d'une façon ou d'une autre, essentiellement des « biens publics », alors que la dernière fonction, elle, ne l'est pas. Les services primaires et secondaires sont offerts à la personne, non à la collectivité — par opposition à ceux que couvre la première fonction de gestion des risques. Ils sont assurables de façon abordable pour la plupart des gens (contrairement aux services requis pour pallier des handicaps lourds et permanents) et ne comportent aucune des caractéristiques d'un service d'utilité publique propres aux services ultra-spécialisés associés à la recherche. La quatrième fonction est la seule pour laquelle la justification d'un rôle pour l'État repose entièrement sur un objectif d'équité, et celui-ci pourrait être atteint autrement.

Conclusion

L'abandon du principe « d'intégralité » découle de l'irréconciliable contradiction entre ce principe et la réalité courante et future. Continuer à prétendre à l'intégralité serait irresponsable. Il faut amener les citoyens à ajuster leurs attentes envers le régime en fonction des engagements réels de l'État.

Le secteur de la santé est porteur d'une dynamique évolutive très puissante. Pour cette raison, il serait imprudent de lier l'évolution du fardeau fiscal au développement imprévisible de ce secteur. Les citoyens, à travers leurs institutions politiques, doivent décider de l'équilibre qui prévaudra entre les services de santé assurés et d'autres objectifs publics auxquels ils tiennent. Si cet équilibre passe par la progression du niveau actuel de financement du régime public de santé d'environ 6 p. 100 du PIB à 7 p. 100, soit. Voilà une décision importante qui exigera du courage politique. Quelle que soit la proportion retenue, la décision devra refléter une plus grande honnêteté intellectuelle que ce n'est le cas aujourd'hui, et elle devra aussi être prise de manière plus rigoureuse. En outre, elle devra entraîner un engagement ferme de l'État à procurer un financement stable et prévisible.

Un ordre des priorités doit être établi. Cet essai en suggère un, à mon avis plausible. Notons que la quatrième fonction, qui constitue la catégorie résiduelle, est aussi celle — et la seule — où se pose la question de la présence d'incitatifs à un usage excessif des services. Quoi qu'il en soit, tracer la ligne entre services assurés et services non-assurés sera toujours une tâche délicate et controversée, mais il est impératif que l'établissement de nos priorités en santé soit fondé sur des arguments raisonnés plutôt que des précédents historiques.

1. Plusieurs interventions récentes sur l'intégralité expriment des réserves envers cette notion, sans toutefois aller jusqu'à son rejet pur et simple. Par exemple, Monique Bégin (2002, p. 7) suggère une définition de l'intégralité qui embrasse « beaucoup plus que les hôpitaux et les médecins ». (c'est déjà le cas pour les systèmes de santé provinciaux — seuls points de référence pertinents pour les bénéficiaires), mais que le concept soit restreint aux services d'une efficience démontrée! Les rapports Mazankowski et Clair, aussi bien que le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie présidé par le sénateur Michael Kirby (2002b, vol. 5, p. 33) appuient la notion de comités d'experts « chargés de déterminer les services devant être assurés par l'État » et, par implication, ce qui ne devrait pas l'être. Aucun de ces auteurs n'explique pourquoi il faut conserver le principe d'intégralité, mais tous recommandent de s'en éloigner.
2. Le chapitre 28 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, ratifiée le 12 avril 1957, s'appliquait à tous « les services aux malades hospitalisés et les services en cliniques externes auxquels les résidents d'une province ont accès en vertu d'une loi provinciale [...] ». Toutefois, le débat du 4 avril 1957 sur le principe du projet de loi faisait ressortir que les seules exclusions envisagées à l'époque étaient la santé mentale et les services aux tuberculeux; cela a d'ailleurs été l'objet principal des objections formulées par l'opposition (Gouvernement du Canada, 1957, p. 3096 à 3123). Le ministre fédéral de la Santé, Paul Martin père, considérait même les centres d'accueil pour personnes âgées éligibles au partage des coûts, pourvu qu'ils soient reconnus par une province à titre d'hôpital.
3. Dans le débat sur le principe de la *Loi sur l'assurance-maladie*, ratifiée le 21 décembre 1966, un intervenant cite une déclaration faite par le ministre des Finances de l'époque, Mitchell Sharp, devant le Comité sur la structure fiscale le 14 septembre 1966 à Ottawa : "It is our view that in respect of the three large and continuing programs which come under provincial jurisdiction, federal conditions should be withdrawn [...] This would be accompanied by escalating the adjustment payments after a given date, on an objective basis unrelated to program costs [...] Once a program like these have been established, no government would discontinue them [...]" (Gouvernement du Canada, 1966, p. 8640).
4. Le récit du cheminement politique de cette question jusqu'à l'adoption de la loi de 1984 a été fait par son principal acteur, la ministre fédérale de la Santé de l'époque, Monique Bégin (1987). Une évaluation plus détachée de la *Loi canadienne sur la santé* par la même auteure se trouve dans le texte d'une conférence récente (2002, p.7).
5. L'optimisation dans l'allocation des ressources dans le secteur de la santé, comme condition ou comme mesure d'accompagnement d'un accroissement du financement, fait l'objet d'une analyse publiée récemment par Donaldson, Milton et Currie (2002). Le seul défaut d'une telle approche est de supposer, comme dans le cadre de plusieurs discussions des politiques de santé, que ce secteur constitue une masse indifférenciée de services, alors que l'industrie de la santé inclut au contraire plusieurs segments différenciés, ayant différentes « fonctions de production » et dont les ressources, produits et bénéficiaires se chevauchent peu. Ceci soulève des questions d'allocation entre ces divers segments qu'une simple analyse coûts-bénéfices ne saurait résoudre.
6. Je n'invoque aucune excuse pour décrire ces « fonctions » et leur assigner un

- ordre de priorité relative. Naturellement, on peut débattre longuement sur l'identification du nombre de fonctions, sur leurs caractéristiques et leur ordre d'importance. L'argumentation vise, en son essence, à illustrer qu'il existe une alternative au concept d'intégralité qui consiste à identifier des objectifs stratégiques plutôt que de prendre des décisions à la pièce sur un panier de services à assurer ou à désassurer individuellement.
7. Voir le rapport de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (1997).
 8. Dans le remarquable ouvrage de Paul E. Ewald (1994), on met à contribution l'appareil conceptuel de la biologie évolutive pour rendre compte de la virulence accrue de certaines bactéries dans les établissements de santé comparativement à celle qui est observée dans l'environnement général.
 9. Les discussions sur la politique de la santé soulignent l'importance de la prévention et de la santé publique. Un exemple récent peut-être trouvé dans le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie (2002a, vol. 2, chapitre 4).
 10. Les statistiques relatives à l'espérance de vie — peut-être parce qu'il existe très peu d'autres indicateurs de performance des services — sont utilisées abusivement comme indicateurs du degré d'efficacité de celui-ci. Ces données clairement pertinentes pour évaluer les activités de santé publique — quoique seulement en longue période — ne sont vraisemblablement pas pertinentes pour évaluer la valeur des services curatifs, d'où la tentative pour obvier à cette critique en ayant recours à des statistiques « ajustées pour la qualité de vie ».
 11. Certaines causes d'invalidité sont assurables privément et sont effectivement assurées au bénéfice des employés de grandes entreprises et de l'État qui jouissent d'un régime d'avantages sociaux bien développé. Cependant, une assurance universelle de ces risques est inconcevable dans le cadre d'une assurance privée facultative. La couverture privée n'est offerte qu'aux personnes actives sur le marché du travail, la couverture est souvent d'une durée limitée après la cessation d'emploi et le mécanisme de la « souscription » comporte une élimination des individus à risque, une éventualité qui ne peut que s'accroître à la faveur d'une meilleure connaissance des facteurs de prédisposition génétique à certaines maladies. Voir Cowley (1992).
 12. Il y a eu une époque au Canada où, dans les milieux intéressés au développement des politiques publiques, on soulignait le besoin d'une assurance-invalidité universelle. Ce genre de préoccupations, comme la plupart des autres émanant du centre-gauche, s'est estompé durant les années 1990; seul le CTC a continué de s'y intéresser jusqu'à la fin de la dernière décennie. Des conférences intergouvernementales ont aussi entretenu la flamme (voir, par exemple, les documents publiés à la suite de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres responsables des services sociaux tenue en mars 1998). Cependant, on ne paraît plus viser l'objectif d'un régime d'assurance universel mais plutôt s'orienter plus précisément vers l'élimination des barrières à la mobilité et à la protection juvénile.
 13. Le Vérificateur général du Québec, dans un rapport rendu public en juin 2002, observe l'existence d'un écart significatif entre le niveau de service réel et souhaitable des centres d'accueil pour adultes, compte tenu, surtout, de leur contingent élevé de personnes séniles ou confuses.
 14. La notion du financement des services hospitaliers en fonction de leur perfor-

mance, compte tenu du nombre et de la lourdeur des patients traités, a été discutée au Canada mais jamais encore mise en application. L'expérience a été tentée dans bon nombre d'autres pays, en commençant par les États-Unis il y a près de vingt ans. Le renvoi le plus récent à cette possibilité, avec études à l'appui — dont une a été publiée par l'Institut canadien d'information en santé —, est contenu dans le rapport Bédard préparé pour le compte du gouvernement du Québec (Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, 2002). Le calcul estimatif des déterminants du coût moyen standardisé pour chacune de centaines de procédures diagnostiques ou thérapeutiques constitue une tâche pleine d'embûches pratiques et conceptuelles. Pour les fins de la présente discussion relative aux services tertiaires, la faiblesse principale réside dans l'hypothèse que tous les types de centres hospitaliers ont en commun une même fonction de production.

15. Consulter à ce sujet le rapport de la Prospective Payment Assessment Commission (1997), ainsi que James A. Reuter (1997).
16. On sait depuis longtemps que le taux de réussite (i.e. l'efficacité) de nombreuses procédures médicales est directement lié au volume total de procédures analogues effectuées dans un établissement donné.
17. Le sujet est abordé en détail par l'auteur dans un ouvrage précédent. Voir Claude E. Forget et Monique Jérôme-Forget (1998).
18. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie (2002a, vol. 2, ch. 2, tableau 2.5).

Personnel de recherche de l'IRPP

Hugh Segal (président)
Geneviève Bouchard
Sarah Fortin
Daniel Schwanen
France St-Hilaire

Vice-présidente, gestion

Suzanne Ostiguy McIntyre

Production

Chantal Létourneau

Graphisme

Schumacher Design

IRPP

1470 rue Peel, bureau 200
Montréal, Québec H3A 1T1
Téléphone : 514-985-2461
Télécopieur : 514-985-2559
Courriel : irpp@irpp.org
Site Web : www.irpp.org

Références

- Bégin, Monique. « Revisiting the *Canada Health Act (1984)*: What are the impediments to change? » Notes d'un discours prononcé à Ottawa dans le cadre des Grandes Conférences Anniversaires de l'IRPP, 20 février 2002.
- Bégin, Monique. *L'assurance santé : plaidoyer pour le modèle canadien*. Montréal : Boréal, 1987.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie. *La santé des Canadiens : le rôle du gouvernement fédéral. Rapport intérimaire, vol. 2, Tendances actuelles et défis futurs* (Rapport Kirby). Ottawa : Sénat du Canada, 2002a.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, sciences et technologie. *La santé des Canadiens : le rôle du gouvernement fédéral. Rapport intérimaire, vol. 5, Principes et recommandations en vue d'une réforme* (Rapport Kirby). Ottawa : Sénat du Canada, 2002b.
- Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers* (Comité Bédard). Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 2002.
- Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (Commission Krever). *Rapport final de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada*. Ottawa : Les Éditions du Gouvernement du Canada, 1997.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 2000.
- Cowley, Alex. *Long-term Care Insurance — International Perspective and Actuarial Considerations*. Publications GeneralCologne Re, n° 22 (novembre 1992).
- Donaldson, Cam, Craig Milton and Gillian Currie. « Managing Medicare : The Prerequisite to Spending or Reform. » *Commentary*, n° 157. Toronto : Institut C.D. Howe, 2002.
- Ewald, Paul W. *Evolution of Infectious Diseases*. New York : Oxford University Press, 1994.
- Forget, Claude E. et Monique Jérôme-Forget. *Qui est maître à bord : projet de réforme du système de santé canadien ?* Montréal : Institut de recherche en politiques publiques, 1998.
- Gouvernement du Canada. *Débats de la chambre des Communes*, vol. 8. Ottawa : Imprimeur de la reine, 1966.
- Gouvernement du Canada. *Débats de la chambre des Communes*, vol. 3. Ottawa : Imprimeur de la reine, 1957.
- Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des services sociaux. *À l'unisson : une approche canadienne concernant les personnes handicapées*. Ottawa : Développement des ressources humaines Canada, 1998.
- Premier's Advisory Council on Health (Commission). *A Framework for Reform. Report of the Premier's Advisory Council on Health* (Rapport Mazankowski). Edmonton : Gouvernement de l'Alberta, 2001.
- Prospective Payment Assessment Commission. *Report and Recommendations to the Congress*. Washington, DC : PPAC, 1997.
- Reuter, James A. *The Balanced Budget Act of 1997: Implications for Graduate Medical Education*. New York : Commonwealth Task Force on Academic Health Centers, 1997.
- Vérificateur général du Québec. *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002*, Tome 1. Québec : Le Vérificateur général du Québec, 2002.