

## Comment va le système de santé québécois ?

Paul Lamarche

Professeur titulaire, administration de la santé, Université de Montréal

Dans cet article, je réponds aux trois questions que le comité éditorial de ce numéro de la *Revue Vie Économique* m'a fait parvenir : Quelle évaluation générale peut-on faire du système de santé québécois ? Quels sont ses succès, ses manques? Dans quelle direction évolue-t-il et doit-il évoluer ?

### Évaluation du système de santé québécois

Mon évaluation du système de santé du Québec est fondée sur sa performance comparée à celle des autres provinces canadiennes et à d'autres pays développés ainsi que sur son évolution au cours des dernières années.

Il faut reconnaître que, comparée aux autres provinces canadiennes, la performance du système de santé québécois est maintenant faible sinon très faible. <http://www.fcpp.org/publication.php/2346> L'Indice-santé Canada classe le Québec au huitième rang des provinces quant à la performance globale de son système de santé. Le Québec obtient un score total très près de celui de Terre-Neuve qui occupe la dernière place.

D'autres évidences proviennent [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011\\_CommonwealthFund/csbe\\_CWF2011.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011_CommonwealthFund/csbe_CWF2011.pdf) des récentes enquêtes effectuées par le « Commonwealth Fund » auprès de la population et [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010\\_CommonwealthFund/CSBE\\_ResultatsEnquetes\\_CWF2009.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_CommonwealthFund/CSBE_ResultatsEnquetes_CWF2009.pdf) auprès des médecins de première ligne. Selon l'enquête faite auprès de la population, le système de santé québécois se classe parmi les plus performants sur deux des onze composantes analysées, dans la moyenne des provinces sur une composante et parmi les systèmes les moins performants sur les huit autres composantes. Les médecins portent un jugement encore plus sévère. Selon eux, le système de santé québécois se classe parmi les moins performants des provinces canadiennes sur toutes les composantes des systèmes de soins analysés.

Il faut aussi admettre qu'il est loin le temps où le Québec pouvait se vanter, possiblement à juste titre, d'avoir le meilleur système de santé du monde. Il faut reconnaître que, comparée à plusieurs pays, la performance du système québécois est faible sinon très faible. L'équivalent de l'Indice-santé Canada existe dans 30 pays européens. L'Indice-santé Euro-Canada classe le Canada au 28<sup>e</sup> rang des pays quant à la performance globale de son système de santé. Sachant que le système



québécois se classe parmi les moins performants des provinces canadiennes, il est facile d'imaginer sa place en comparaison de ces 30 pays.

Les deux enquêtes du « Commonwealth Fund », citées précédemment, ont aussi été réalisées dans dix autres pays parmi les plus développés du monde : Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, États-Unis, Allemagne, Pays-Bas, France, Norvège, Suède et Suisse. Selon l'enquête effectuée auprès des populations, le système de santé du Québec ne se classe pas parmi les plus performants dans les onze dimensions étudiées. Il se classe dans la moyenne pour quatre de ces composantes et parmi les moins performants sur les sept composantes restantes. Selon l'enquête effectuée auprès des médecins de première ligne, le Québec se classe parmi les pays les moins performants sur toutes les composantes analysées.

Cette mauvaise appréciation touche plusieurs composantes importantes du système québécois. Elle concerne en premier lieu son fonctionnement global. À titre d'exemple, la population québécoise se dit peu convaincue de pouvoir recevoir les traitements les plus efficaces en cas de maladie. Elle porte aussi un jugement sévère sur la qualité des soins qu'elle reçoit dans les cabinets et les cliniques médicales. Les médecins, pour leur part, sont peu satisfaits de la qualité de leur pratique et ils croient que la qualité des services s'est détériorée au cours des dernières années.

Cette mauvaise appréciation touche aussi plusieurs aspects qui affectent la population dans sa quête pour l'obtention des services. Elle porte sur l'accessibilité aux soins. Le Québec semble détenir le championnat mondial des délais d'attente de toutes sortes : attente pour un rendez-vous avec un médecin de famille, attente pour un rendez-vous avec un médecin spécialiste, attente aux urgences avant d'être traité. Elle concerne aussi la continuité des soins et plus particulièrement la faible affiliation de la population à un médecin de famille ou à une source habituelle de soins. Elle concerne la coordination des soins : le Québec est parmi les endroits du monde occidental où les médecins spécialistes, les centres hospitaliers et les urgences informent le moins les médecins de famille de l'état de leur patient à la suite d'une consultation, d'une hospitalisation ou d'une visite. Elle concerne la qualité des soins. Le Québec est l'un des endroits où les guides de pratiques pour le traitement de maladies chroniques sont les moins systématiquement utilisés et où les mécanismes d'identification et de gestion des événements indésirables sont les moins présents et utilisés.

Cette mauvaise appréciation concerne enfin l'organisation des cabinets de médecins et des cliniques médicales. Au Québec, les professionnels autres que des médecins ne suivent pas ou ne prodiguent pas des soins aux patients entre les visites médicales et les nouvelles technologies de l'information sont aussi les moins utilisées. Cette faible utilisation concerne autant les dossiers médicaux informatisés, les requêtes et l'obtention électronique des résultats des examens de laboratoires, le courriel pour communiquer avec les patients et l'informatique pour gérer les pratiques et les cliniques des médecins. Elle concerne enfin l'adoption de mesures reconnues pour améliorer la performance clinique des cabinets.



Peu d'études se sont spécifiquement penchées sur l'évolution de la performance du système de santé du Québec. Deux permettent toutefois d'en donner un premier aperçu. La première est fournie [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010\\_RapportAppreciation/CSBE\\_T1-AnalyseIndicateursMonitoring-052010.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_RapportAppreciation/CSBE_T1-AnalyseIndicateursMonitoring-052010.pdf) par le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Selon ce dernier, la performance relative du Québec s'est améliorée au cours de la dernière décennie en ce qui a trait à l'atteinte des buts, à savoir l'amélioration de la santé de la population et la production des services aux citoyens. Elle a toutefois diminué en ce qui concerne l'acquisition des ressources financières et humaines et la réponse aux besoins de services de la population.

La deuxième source est le <http://www.sondagenationaldesmedecins.ca/nps/news/PDF-f/NPS2010-Backgrounder-fr.pdf> Sondage national des médecins réalisé conjointement par l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. En comparant les réponses des médecins aux sondages 2007 et 2010, il est possible de dégager une certaine appréciation des médecins sur l'évolution de la performance du système de santé québécois.

Il en ressort que la disponibilité des médecins du Québec a diminué depuis 2007, surtout en ce qui concerne le nombre d'heures consacrées aux soins directs aux patients. Cette diminution est deux fois plus importante que dans l'ensemble du Canada. Elle est susceptible de se poursuivre dans un proche avenir : trois fois plus de médecins québécois entendent diminuer leurs heures de pratique que ceux qui disent vouloir les augmenter.

Les délais d'attente concernent les visites chez les médecins pour des situations urgentes et non urgentes. Le Québec affiche les pourcentages les plus faibles de médecins qui croient pouvoir voir un patient en moins de 24 heures en situation d'urgence et en moins d'une semaine dans une situation non urgente. Ces deux pourcentages ont diminué depuis 2007. Finalement, c'est au Québec où les médecins voient le moins de patients par semaine. Ce nombre est stable depuis 2007, tandis qu'il s'est accru au Canada au cours de cette période.

### **Points forts du système de santé québécois**

Le système de santé du Québec a des faiblesses, certes ! Nous venons d'en voir plusieurs. Mais, il possède aussi des points forts, souvent passés sous silence, méconnus, sous-estimés ou même distordus dans les débats entourant le système de santé. Il est clair que la même caractéristique peut être classée comme point fort ou point faible selon les individus ou les groupes auxquels on s'adresse et surtout selon leurs valeurs, idéologies ou intérêts. En conformité avec mes valeurs, j'aimerais insister sur trois points forts du système de santé du Québec : son faible coût, son équité et l'amélioration de la santé de la population.



### *Le système de santé du Québec coûte relativement peu cher*

Contrairement à ce qui est souvent avancé, le système de santé du Québec ne coûte pas cher, tout au moins en comparaison avec les autres provinces canadiennes. Selon les [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX\\_Trends\\_Report\\_2010\\_final\\_FR\\_web.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX_Trends_Report_2010_final_FR_web.pdf) données publiées en 2010 par l'Institut canadien d'information sur la santé, les dépenses de santé par habitant au Québec sont les plus faibles du pays. Il occupe la dernière place des provinces pour les dépenses totales par habitant (payées par des fonds publics et par des fonds privés), les dépenses publiques par habitant (payées par gouvernements provinciaux et autres sources publiques : CSST, SAAAQ) et les dépenses assumées par le gouvernement provincial. Il occupe la 9<sup>e</sup> place pour les dépenses privées.

De plus, l'accroissement des dépenses au cours des dernières décennies y a été plus faible que dans l'ensemble du Canada, et ce, autant pour les dépenses totales, les dépenses publiques que pour les dépenses provenant du gouvernement du Québec. Par contre, il a connu un accroissement des dépenses privées par habitant de 12 % supérieur à l'Ontario et de 16% supérieur à la moyenne canadienne. Il est aussi intéressant de noter que les auteurs de l'Indice-santé Canada jugent que le système de santé du Québec procure la plus grande valeur par dollar investi, compte tenu de son faible coût.

### *Un système équitable*

La principale raison de l'implication de l'État québécois en santé est l'équité. Avant l'introduction des régimes publics d'assurance-maladie, le financement des services était assumé par les utilisateurs : plus une personne utilisait, plus elle contribuait au financement. Ce financement était inéquitable en raison du lien très étroit qui existe entre la pauvreté et la maladie. Plus une personne est pauvre, plus elle est susceptible d'être malade et d'avoir besoins des services de santé et moins elle a la capacité financière de recourir aux soins. Elle devait alors choisir entre recourir aux services au risque de s'appauvrir ou ne pas recourir aux services au risque de voir son état de santé se détériorer.

L'introduction des régimes publics d'assurance-maladie a brisé ce lien. Le financement est assumé davantage par les plus riches par le biais de l'impôt et de l'utilisation déterminée principalement par l'état de santé des personnes et leurs besoins de services. Cette solidarité entre Québécois sur laquelle s'est établi notre système de santé est valorisée par la très grande majorité des citoyens. Elle fait encore partie de notre identité. La dernière Commission d'enquête canadienne sur les services de santé réaffirmait l'attachement des Canadiens à cette solidarité. Les médecins ont récemment réaffirmé cet attachement au dernier congrès de l'Association médicale du Canada.

Les faits démontrent que notre système de santé a effectivement permis de réaliser l'équité dans l'utilisation et le recours aux services. De récentes études québécoises démontrent que les personnes dont la santé est plus vulnérable utilisent quatre fois plus les services de santé que celles



dont la santé l'est moins. Il en est aussi ainsi de l'accessibilité, de la continuité et de la satisfaction des services reçus.

### ***La contribution à l'amélioration de la santé de la population***

Tous les systèmes de santé visent l'amélioration de la santé de la population. Sans entrer dans le débat de leur contribution à l'atteinte de ce but, il faut mentionner que la santé de la population québécoise s'est grandement améliorée au cours des dernières décennies. À l'instauration des régimes publics d'assurances, le niveau de santé de la population du Québec était parmi les plus bas au Canada autant concernant la mortalité infantile que l'espérance de vie. Aujourd'hui, son niveau de santé a rejoint et même dépassé celui de la population canadienne. L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans sont maintenant égales à celles du pays. Toutefois l'espérance de vie en santé au Québec, c'est-à-dire le nombre moyen d'années de vie sans incapacité, est la plus élevée au Canada.

Le faible coût, l'équité dans l'utilisation des services et le niveau élevé de la santé de la population sont trois forces qui doivent absolument être protégées dans toutes tentatives d'améliorer son fonctionnement et sa performance.

### **Les défis à relever pour améliorer le système de santé du Québec**

Le système de santé du Québec doit relever plusieurs défis pour améliorer son fonctionnement et sa performance. Pour les fins de cette discussion, je me limiterai à cinq défis.

Le premier est de miser davantage sur les pratiques professionnelles et organisationnelles que sur les structures administratives. Depuis plusieurs décennies, le Québec mise principalement sur la modification des structures pour améliorer sa performance. Les débats entourant les fusions d'établissements, l'existence ou l'abolition des Agences régionales, la délimitation des rôles, fonctions et pouvoirs du ministère, des agences régionales et des établissements, la répartition des actes que chaque type de professionnels est autorisé à poser, etc. s'inscrivent dans cette tendance. Cette façon de procéder repose sur deux postulats dont la validité est de plus en plus remise en cause : les structures influencent la performance des systèmes ; les structures donnent les mêmes résultats peu importe le contexte dans lequel elles s'inscrivent. Or, il y a de plus en plus d'évidences qui montrent que les modifications de structures ne donnent pas les résultats escomptés. À titre d'exemple, les États-Unis ont les premiers mis de l'avant et réalisé des fusions des établissements de santé. Ils les ont cessées il y a déjà plusieurs années. Plusieurs ont été annulées parce que les résultats n'étaient pas au rendez-vous.

De plus, aucune structure n'est appropriée à tous les contextes. Des structures différentes sont généralement requises pour des contextes différents. Or, les structures les mieux adaptées aux pratiques et aux contextes émergent généralement des milieux eux-mêmes sans qu'il soit nécessaire qu'une instance supérieure les impose.

Miser sur les changements de pratiques est beaucoup plus prometteur. Ainsi, le système de santé des Anciens combattants américains a accru considérablement sa performance en établissant des guides de pratiques pour les médecins. Une baisse importante des prescriptions d'antibiotiques a récemment été observée au Québec après la diffusion d'un guide concernant leur utilisation appropriée (<http://www.ledevoir.com/societe/sante/328205/baisse-des-prescriptions-d-antibiotiques-par-les-medecins-du-quebec> *Le Devoir*, 27 juillet, 2011, p. A4).

Le deuxième défi consiste à bâtir notre système de santé sur des organisations et des services de première ligne. Un système de santé performant repose sur des organisations de première ligne fortes et est une condition nécessaire mais non suffisante à la performance des systèmes de santé. Il faut que ces organisations soient supportées par les médecins spécialistes et les centres hospitaliers spécialisés et ultraspécialisés comme les centres hospitaliers universitaires (CHU).

Or, le Québec concentre ses efforts et ses ressources au développement des organisations et des services spécialisés et ultraspécialisés. Par exemple: le faible pourcentage des étudiants de médecine qui choisissent la médecine de famille (35% en 2011) ; les écarts de rémunération entre les médecins de famille et les médecins d'autres spécialités; la construction des deux CHU à Montréal aux coûts de près de 5 milliards de dollars en plus des importantes rénovations amorcées aux CHU des Universités Laval et de Sherbrooke; la dévalorisation de la médecine de famille dans les lieux de stages des médecins tels les CHU ainsi que le peu de support que les médecins et organisations de première ligne reçoivent des spécialistes et des centres hospitaliers spécialisés.

Une première étape consiste à développer les organisations de première ligne. Il y a un manque criant à cet égard. Près de 90% des médecins québécois jugent qu'il y a une pénurie de médecins de première ligne dans les milieux où ils pratiquent. Ce pourcentage est le plus élevé au Canada et de beaucoup le plus élevé des dix autres pays qui ont participé au sondage du « Commonwealth Fund » en 2009. De plus, ce n'est pas avec 35% des étudiants de médecine qui optent pour la médecine de famille que cette pénurie va se régler.

Ce n'est pas tout de développer les organisations de première ligne comme les groupes de médecine de famille. Il faut que le reste du système les supporte. Or, ce support n'est pas très présent. Un peu plus de 20% des médecins évaluent de passable à médiocre l'accès de leurs patients à des médecins spécialistes. Une seule province canadienne dépasse le Québec à cet égard.

Le troisième défi est d'accroître la solidarité du financement des services de santé. Le système de santé du Québec fournit équitablement des services. Il est moins équitable dans son financement. Trois facteurs y contribuent. D'abord la diminution de la place du public et du gouvernement dans ce financement. À la fin des années 1970, le Québec occupait la première place des provinces canadiennes quant aux pourcentages des dépenses totales de santé financées par des fonds publics, et par le gouvernement du Québec en particulier. En 2008, il occupait le sixième rang quant au pourcentage des dépenses totales financées par des fonds publics et le huitième rang quant à la place occupée par le gouvernement du Québec.



Le deuxième facteur est corolaire au premier. C'est la part de plus en plus grande du financement privé. À la fin des années 1970, le Québec partageait la dernière place avec le Nouvelle-Écosse à cet égard. En 2008, il a monté au huitième rang. Toutefois, ces chiffres ne reflètent pas encore les frais complémentaires souvent très importants imposés actuellement par les médecins à leurs patients (par exemple pour une ouverture de dossier). Ils ne reflètent pas non plus les coûts des services offerts par des cliniques médicales et facturés directement aux utilisateurs (examens de laboratoires, radiographie ou test de dépistage). Ces coûts sont susceptibles d'être mieux reflétés dans le sondage du « Commonwealth Fund » effectué auprès de la population en 2010. Selon ce sondage, les dépenses assumées directement par les familles québécoises sont de 14% plus élevées que celles de l'ensemble du Canada et 55% plus élevées qu'en Ontario. C'est aussi au Québec où le pourcentage des personnes convaincues de pouvoir payer les soins nécessaires en cas de maladie est le plus faible. Il est aussi parmi les plus faibles des 10 autres pays sondés.

Le troisième facteur, et possiblement le plus important, est l'association non fondée qui circule actuellement au Québec entre imposer des frais directement aux utilisateurs et une utilisation plus responsable des services. La tarification ne stimule pas les comportements escomptés. Au contraire, elle conduit à des comportements inverses, particulièrement parmi des populations défavorisées socio-économiquement. Elle réduit effectivement l'utilisation des services. Mais elle la réduit pour tous les services, autant ceux jugés essentiels que les discrétionnaires ou de confort. De plus, elle incite à attendre que son état de santé se dégrade avant d'utiliser des services généralement plus lourds et plus coûteux. Ainsi, la tarification est souvent associée à une augmentation des coûts des services de santé.

Le quatrième défi vise à maintenir et même à accroître la part des services de santé fournis par les établissements publics et les organisations privées sans but lucratif. Contrairement à la croyance populaire, les établissements publics et les établissements privés sans but lucratif offrent des services aux coûts les plus bas et les utilisateurs les associent à des soins satisfaisants. Les organisations privées à but lucratif coûtent les plus cher et offrent des services de moins bonne qualité. Ces conclusions proviennent d'un grand nombre d'études qui ont comparé la performance des établissements selon le type de propriété : publique, privée sans but lucratif et privée à but lucratif. On a observé ces résultats autant pour les établissements et les organisations œuvrant en santé physique et mentale ou offrant des soins de longue durée aux personnes âgées. Les établissements publics et privés sans but lucratif ont une performance très semblable. Toutefois, les établissements publics semblent plus appropriés pour desservir une population homogène dont les attentes et préférences sont sensiblement les mêmes. Les établissements privés sans but lucratif semblent plus en mesure de s'adapter et de se mouler aux différentes attentes et préférences d'une population hétérogène. C'est cette piste que le Québec devrait emprunter.

Le cinquième défi est de mieux répondre aux besoins, attentes et préférences des jeunes Québécois. S'il y a une chose qui me consterne actuellement, c'est le clivage qui s'est installé entre les jeunes et les vieux du Québec quant à l'appréciation du système de santé. Les jeunes apprécient le moins le système de santé. Ils sont aussi les plus nombreux à croire que le système a



besoin de changements majeurs pour devenir efficace; à visiter les urgences et à exprimer des difficultés d'accès aux soins de première ligne, d'accès financiers aux soins et à rencontrer des problèmes de coordination des services. Les raisons précises de cette fracture sont inconnues ainsi que les façons d'y remédier. Des études plus approfondies doivent être faites pour mieux comprendre ce clivage.

### **Conclusions**

Trois conclusions doivent être tirées de cette analyse. La première est que le Québec se situe maintenant aux derniers rangs des provinces canadiennes et des pays économiquement développés en termes de performance. Cette dernière continue d'ailleurs à se détériorer. Le fait que la population et les médecins valident cette conclusion le montre. La deuxième est que tout n'est pas mauvais. Bien au contraire ! Le système possède aux moins trois forces majeures qu'il faut maintenir sinon consolider : son faible coût, des services équitables et la bonne santé de la population. La troisième conclusion est que plusieurs défis doivent être relevés pour améliorer le fonctionnement et la performance : miser sur les pratiques et non sur les structures; développer les services de première ligne et surtout orienter les autres composantes du système en appui à la première ligne; miser sur un financement solidaire; accroître la part des services de santé fournie par les établissements publics et les organisations privées sans but lucratif et finalement comprendre et réduire autant que possible le clivage entre jeunes et vieux quant à l'appréciation du système de santé. La tâche ne sera pas facile. Elle requiert surtout de changer assez radicalement et sur plusieurs fronts la trajectoire de développement que poursuit actuellement le système de santé québécois.