

# L'HEURE DE VÉRITÉ EN SANTÉ

L. Jacques Ménard



Le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec a été mis sur pied en décembre 2004 dans la foulée du Forum des générations où on avait constaté que, si rien n'était fait rapidement, le Québec se dirigeait tout droit dans un impasse en ce qui concerne le financement de son système de santé et de services sociaux. Déposé en juillet 2005, le rapport du comité quantifiait l'impasse financière et proposait des solutions, à court, moyen et long termes. Le président du comité, L. Jacques Ménard, présente ici les grandes conclusions de ce rapport ainsi que les principales recommandations.

The working committee on the sustainability of Quebec's health and social services system was established in December 2004, after it became clear, in the context of the Forum des générations, that if nothing was done, and fast, the system was going to be in dire financial straits. The committee's report, tabled in July 2005, put some numbers to the problem and also proposed short-, medium- and long-term solutions. Here, the committee's president, L. Jacques Ménard, presents the report's major conclusions and recommendations.

**E**n matière de financement de la santé, le constat tiré par le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec est très simple, mais en même temps, très dérangeant. Le mur qui attend le Québec si rien ne change, c'est 6,6 milliards de dollars de déficit, par année, d'ici 10 ans uniquement pour la santé et les services sociaux ; 11 milliards d'ici 15 ans ; 28 milliards d'ici 25 ans. Cumulatifs et récurrents.

Il y a vingt ans, les dépenses en santé et services sociaux comptaient pour 32 p. 100 des dépenses de programmes du gouvernement. Aujourd'hui, c'est 43 p. 100. À ce rythme, d'ici 25 ans, ce sera 68 p. 100. Aucun pays au monde ne peut fonctionner longtemps ainsi. C'est la preuve par l'absurde qu'il faut changer les choses. Déjà, cette année, la santé et les services sociaux ont accaparé 70 p. 100 de tout l'argent neuf disponible. Si rien n'est fait, les autres missions, incluant l'éducation, le développement des infrastructures et les autres déterminants de la richesse économique, continueront de s'amoinrir au plan budgétaire.

Ces chiffres reposent sur des hypothèses de calcul très conservatrices. Entre 5,1 et 5,4 p. 100 d'augmentation des dépenses en santé et services sociaux par année. En comparaison, les hypothèses du C.D. Howe, du Conference Board, de l'OCDE et de bien d'autres sont plus près de 7 p. 100 d'augmentation.

La principale raison de cet accroissement de coûts tient au vieillissement de la population : le Québec vieillit à grande vitesse. Plus rapidement que partout ailleurs, à l'exception de l'Italie et du Japon. Les 65 ans et plus compteront pour 25 p. 100 de la population québécoise en 2030, contre 13 p. 100 aujourd'hui.

Dans le reste du Canada, il faudra 40 ans pour en arriver là. Aux États-Unis, 60. Société distincte encore une fois !

Deux grandes constatations donc : un, le mur est costaud. Beaucoup plus qu'on ne l'avait imaginé au départ. Deux, il est pas mal plus près dans le temps qu'on ne le pensait. Mais, il y a une bonne nouvelle. Nous avons dix ans pour ajuster le tir, à condition de commencer tout de suite.

Or, nous sommes moins riches que nos voisins. Non seulement notre PIB par habitant est-il inférieur au leur, mais nos services publics coûtent plus chers. Nous sommes également plus endettés. Notre fardeau fiscal est le plus lourd en Amérique du Nord, mais 41 p. 100 des contribuables québécois ne paient pas d'impôt.

Pour compléter le portrait, nous sommes très fiers de nous offrir le meilleur système de santé en Amérique du Nord, les garderies les moins chères, les congés parentaux les plus généreux, les frais de scolarité les moins élevés, les tarifs d'électricité les plus bas, Alouette ! comme dit la chanson. Un choix de société diront certains, mais la facture est salée pour ceux qui la paient.

**P**our faire face à la situation, le comité de travail propose une stratégie intégrée comprenant une dizaine de points. D'abord, plafonner l'augmentation des dépenses de santé, car elles rognent dans tous les autres budgets, au même rythme que celle de la richesse collective, la croissance du PIB par exemple. Ceci voudra peut-être dire, éventuellement, tarifier certains services. Ou élargir le nombre de services assurés, mais sans qu'ils soient complètement couverts par l'État comme c'est le cas

maintenant. La plupart des autres pays qui réussissent mieux que nous ont opté pour cette façon de faire.

Dans cette perspective, la loi canadienne sur la santé devra être revue, tôt ou tard. Du moins l'interprétation qu'on en fait à Ottawa. Dans le système actuel, le gouvernement fédéral, qui dispose d'impressionnants surplus, menotte les provinces dans leur recherche de nouvelles sources de financement.

Les firmes de notation ont commencé à prévenir les provinces cana-

Dans cette perspective, la loi canadienne sur la santé devra être revue, tôt ou tard. Du moins l'interprétation qu'on en fait à Ottawa. Dans le système actuel, le gouvernement fédéral, qui dispose d'impressionnants surplus, menotte les provinces dans leur recherche de nouvelles sources de financement.

diennes quant au risque de décotes, si les coûts croissants du système ne sont pas adéquatement financés à l'avenir. La firme de notation DBRS a lancé un coup de semonce à cet effet l'automne dernier en disant : « something has got to give ». Il faudra augmenter les taxes, ou couper dans les services, ou encore se résoudre à tarifier certains services. À défaut de quoi, les cotes de crédit de nos gouvernements provinciaux risquent fort d'être affectées. Ce qui se traduirait par un fardeau de la dette encore plus élevé. Si cela devait arriver, nous aurions réussi le tour de force de dépenser encore plus d'argent en paiements d'intérêts, sans n'avoir rien réglé de nos problèmes, ni en santé, ni en éducation, ni ailleurs.

En parallèle, il faudra réduire notre dette. Quand les paiements d'intérêts coûtent aussi cher que les budgets de 13 ministères, il est temps de faire quelque chose. Comment ? En créant un fonds patrimonial. Une partie des augmentations des tarifs d'électricité pourrait faire le travail. C'est notre pétrole à nous. Utilisons-le pour créer un fonds patrimonial, indépendant du budget consolidé. Surtout, que cet argent ne serve pas à autre chose.

Enfin, il faudra aussi mettre le gouvernement fédéral à contribution.

Malgré l'entente de l'automne 2004 sur la santé, il reste encore fort à faire. On devrait ainsi augmenter les paiements de transferts pour l'éducation supérieure et les services sociaux. Ça libérerait de la marge pour la santé, même si ça ne serait manifestement pas suffisant pour régler tout le problème.

Une fois ces réformes en chantier, il faudra résolument s'attaquer au système de santé lui-même. Des choses ont été amorcées, mais il va falloir aller

plus loin, plus vite. Environ la moitié des recommandations et des propositions du comité portent là-dessus.

D'abord, il importe de faire un plan d'ensemble pluriannuel qui touchera tout le système. À partir du ministère jusqu'au bureau du médecin, en passant par l'hôpital, le CLSC, le centre d'accueil. Bref, tout le monde y passe avec des objectifs clairs, chiffrés. Ça existe déjà, diront certains. Oui, sur papier. Ce qu'il faut ajouter, c'est une reddition de

compte sérieuse et une imputabilité réelle à tous les niveaux. Sinon, on perd notre temps. Tant que les institutions pourront annoncer les déficits d'opération qu'on connaît, peut-on parler sérieusement de reddition de compte et d'imputabilité ?

Le plan d'action devra comprendre des actions sérieuses et bien coordonnées pour renforcer la première ligne, concentrer les services spécialisés et hiérarchiser les soins. Cela signifie rapprocher les services de première ligne le plus près possible des clientèles. Cela veut aussi dire que chaque hôpital ne dispensera pas toute la gamme des équipements spécialisés. On doit utiliser la ressource la plus appropriée, donc aussi la plus économique, pour rendre les services.

Cela veut finalement dire coordonner tous les effectifs, du CLSC à l'hôpital, en passant par la clinique de médecine familiale, faire le ménage dans la multitude d'accréditations syndicales qui encombrant le système et mettre la hache dans les corporatismes qui paralysent encore trop les tentatives d'amélioration. Le personnel doit pouvoir travailler de façon polyvalente. Mettre son savoir-faire au service du patient en utilisant toute sa compétence pour améliorer les services. Beaucoup de travail reste à faire de ce côté.

TABLEAU 1. ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DE 1997-1998 À 2004-2005 (en millions de dollars)

Catégorie de dépenses	1997-1998	2004-2005*	Écart	Taux annuel moyen d'augmentation
Réseau <sup>1</sup>	9 563	14 457	4 894	6,1 %
Assurance médicaments	695	1 703	1 008	13,7 %
Services médicaux et autres programmes de la RAMQ	2 300	3 370	1 070	5,6 %
Administration (ministère, RAMQ et agences) et OPHQ	265	332	67	3,3 %
Fonctions nationales <sup>2</sup>	99	174	75	8,4 %
<b>Ensemble des programmes</b>	<b>12 922</b>	<b>20 036</b>	<b>7 114</b>	<b>6,5 %</b>

\* Dépenses probables.

<sup>1</sup> Incluant les activités connexes du réseau, le service de la dette et les organismes communautaires.

<sup>2</sup> Incluant l'assurance hospitalisation hors Québec, l'hépatite C, la recherche, etc.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les plus grands gains en matière de santé viennent de l'amélioration des habitudes de vie. Et de façon beaucoup plus marginale, de l'amélioration des soins. Dans cette perspective, le comité a proposé d'accentuer le travail de prévention en misant sur les grands déterminants de la santé. La pauvreté, l'exclusion sociale, le niveau d'éducation insuffisant sont responsables d'une immense partie des coûts de santé et de services sociaux. Attaquons-nous au problème à sa racine plutôt que de mettre de plus en plus d'argent pour soigner les dégâts. Uniquement de meilleures habitudes alimentaires entraîneraient, à elles seules, des économies considérables.

Le comité propose également qu'une partie de l'argent recueilli dans une caisse d'assurance contre la perte d'autonomie serve à cette fin, particulièrement auprès des jeunes en détresse et leurs familles. Des efforts de prévention qui mettraient à contribution des intervenants du monde de l'éducation, des services sociaux et des loisirs.

Le médecin est le cœur du système de santé et le gouvernement doit s'engager formellement à donner accès à un médecin de famille à toutes les Québécoises et à tous les Québécois. Un médecin qui travaillerait en réseau avec le CLSC, l'hôpital et les autres instances du réseau, un médecin qui serait vraiment au courant du dossier de son patient, un médecin qui aurait accès à un système d'information qui le renseignerait sur les meilleures pratiques, sur les examens subis par son patient, sur ses médicaments et tout le reste. En un mot, un médecin qui ne travaillerait pas isolé dans le fond de son bureau.

Pour y arriver, il faudra revoir le système de rémunération des médecins. Nous préconisons un système mixte, qui allie la rémunération à l'acte avec une rémunération basée sur sa responsabilité envers la population. Donc, une prise en charge réelle des patients, un suivi digne de ce nom, la continuité des

services dans le réseau. C'est un gros changement, mais nous avons rencontré des médecins et ils sont ouverts à travailler autrement.

Gros changement aussi dans le mode d'allocation budgétaire. L'allocation budgétaire historique n'a plus sa raison d'être. C'est-à-dire en ajoutant toujours au budget précédent. Nous préconisons plutôt des allocations budgétaires fondées sur les caractéristiques des populations à desservir et les services attendus de l'insti-

Le comité a proposé d'accentuer le travail de prévention en misant sur les grands déterminants de la santé. La pauvreté, l'exclusion sociale, le niveau d'éducation insuffisant sont responsables d'une immense partie des coûts de santé et de services sociaux. Attaquons-nous au problème à sa racine plutôt que de mettre de plus en plus d'argent pour soigner les dégâts.

tution. C'est la seule façon de remodeler le système en fonction d'un plan d'ensemble et coordonné.

Tout ce brassage doit s'inscrire dans la mise en place d'une nouvelle culture de l'évaluation des rendements et de la performance. Il faut évaluer sérieusement les technologies, les médicaments, la performance des changements mis en place, avant d'aller plus loin. Et qui dit évaluation dit imputabilité.

Le rôle du secteur privé en santé est un enjeu qui a déjà fait couler beaucoup d'encre. Précisons d'emblée que le comité de travail a affirmé son attachement au système actuel fondé sur un financement entièrement public et une prestation mixte des services. Donc, pour être clair, nous ne préconisons aucune-ment une médecine à deux vitesses.

Au Québec, le secteur privé compte déjà pour 30 p. 100 des dépenses en santé, comme dans la plupart des autres pays. Il n'y a pas de révolution là-dedans. C'est la répartition des services couverts ou non couverts par le gouvernement qui nous distingue des autres pays. Nous assurons à 100 p. 100 peu de services, soit les services médicalement requis selon la Loi canadienne sur la santé. D'autres pays assurent dans une proportion moindre un plus grand nombre de

services, par exemple les soins dentaires, l'ophtalmologie, les services auditifs et d'autres qui sont très peu couverts ici.

Le comité propose une participation accrue mais très encadrée du secteur privé. Une participation dans des domaines où celui-ci peut offrir des services à meilleur coût et une plus grande accessibilité. Des domaines souvent où les délais d'attente sont présentement déraisonnables.

On peut par exemple envisager des cliniques privées spécialisées en ophtalmologie, en orthopédie et en diverses opérations d'un jour comme des cataractes, des amygdalectomies pour enfants, des traitements intra-veineux de diverses sortes. Les grands plateaux techniques des hôpitaux sont inutiles et coûtent trop cher pour ces types d'intervention. Et ils ne sont souvent pas disponibles.

Ces cliniques négocieraient avec le ministère de la Santé un nombre d'interventions à un coût unitaire donné. Les patients proviendraient du réseau public qui assurerait aussi le contrôle de qualité. Et surtout, il n'y aurait qu'un seul payeur, l'État. Le patient n'utiliserait que sa carte d'assurance-maladie qu'il soit au CLSC, à l'hôpital ou en clinique privée. Pas un sous de plus. On est loin du bar ouvert ou du « free for all » que certains appréhendent.

Le secteur privé et institutionnel pourrait aussi être mis à contribution pour financer la mise à niveau et la construction d'établissements. Les gestionnaires de caisses de retraite qui administrent l'argent des Québécois pourraient investir dans ces infrastructures des fonds qui appartiennent à la collectivité. Il y a présentement plus de capitaux disponibles que de projets.

Un autre élément très important du rapport concerne la création d'une caisse d'assurance contre la perte d'autonomie. Malgré tout ce qui s'est dit là-dessus, une partie grandissante de la population sera en perte d'autonomie dans un avenir rapproché. Des moyens financiers très importants seront alors requis. Ceux et celles qui travailleront à ce moment-là n'arriveront pas à payer la facture si nous n'agissons pas main-

tion de l'âge de la personne et de sa capacité de payer. Pourquoi l'âge ? Parce que les jeunes paieront plus longtemps que les vieux. Donc, leur niveau de cotisation sera moins élevé et restera le même toute leur vie.

Enfin, une dernière condition s'impose pour faire le travail sérieusement : revoir la gouvernance des organismes de santé et des services sociaux.

Au Québec, le secteur privé compte déjà pour 30 p. 100 des dépenses en santé, comme dans la plupart des autres pays. Il n'y a pas de révolution là-dedans. C'est la répartition des services couverts ou non couverts par le gouvernement qui nous distingue des autres pays. Le comité propose une participation accrue mais très encadrée du secteur privé.

tenant. C'est tout simplement une question d'équité envers ces jeunes.

L'assuré ferait évaluer son degré de perte d'autonomie par son CSSS. Le niveau observé équivaldrait à une prestation qui lui serait remise. Cette personne aurait alors le choix d'obtenir les services requis de son CLSC, d'un aidant naturel accrédité ou d'une entreprise privée. Elle pourrait même faire appel à plusieurs sources de services. L'argent suivrait l'utilisateur et non l'institution.

Le système se financerait par une cotisation universelle (voir le tableau 2 pour des scénarios possibles). Le niveau de cotisation varierait en fonc-

Nombre de ces organismes sont en effet coiffés par des conseils d'administration dont les membres sont nommés par le gouvernement. Plusieurs, simplement parce qu'ils représentent un groupe (employés, usagers, etc.). Ce qui n'en fait pas nécessairement des administrateurs compétents.

Ces gens-là gèrent des actifs collectifs importants et la question de leur compétence se pose carrément. Les administrateurs, même avec toute leur bonne foi, ont-ils toujours les connaissances et l'expertise pour relever les énormes défis qui les attendent, et leur mode de nomination est-il encore adéquat ? Au-delà de tous les plans

stratégiques et des meilleurs outils de gestion possibles, la valeur des décisions prises tiendra toujours à la valeur des administrateurs qui les prennent.

Si nous allons dans ce sens, il faudra alors confier de véritables pouvoirs aux conseils d'administration. Quand un conseil d'administration n'a pas le droit de congédier son directeur général s'il ne fait pas le travail, comment peut-on parler d'imputabilité ? Comment aussi recruter des administrateurs reconnus si on ne leur donne pas de pouvoirs ?

Malheureusement, le projet de loi que le gouvernement s'appête à déposer bientôt sur la gouvernance des sociétés d'État ne s'appliquera pas aux institutions de santé et de services sociaux, ni aux universités, mais seulement aux cinq sociétés d'État à vocation économique. C'est-à-dire la Caisse de dépôt, Hydro-Québec, Investissement Québec, la SAQ et Loto-Québec. C'est bien dommage. Combien de temps faudra-t-il attendre encore avant que les règles de bonne gouvernance s'appliquent vraiment à tout le monde ?

En terminant, une mise en garde. Il ne faudrait pas essayer de couper la poire en deux. Nous n'en sommes plus aux demi-mesures. Par exemple, le fonds patrimonial contre la Caisse d'assurance. Ce serait une très grave erreur. Ce n'est pas un ou l'autre, mais bien les deux de concert.

Dans le premier cas, il s'agit de rembourser nos dettes. De payer nos vieilles factures plutôt que de demander aux jeunes de le faire à notre place. Dans le deuxième cas, il s'agit de mettre de l'argent de côté pour faire face à l'avenir. C'est une mesure prospective et une question d'équité entre les générations.

*L. Jacques Ménard est président de BMO Groupe financier (Québec) et fut le président du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. Cet article est adapté d'un discours prononcé devant l'Association des MBA du Québec le 12 octobre dernier.*

TABLEAU 2. SCÉNARIOS DE SIMULATION DE COTISATIONS À LA CAISSE D'ASSURANCE CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE (EN DOLLARS)<sup>1</sup>

Scénario de financement	Contribution par contribuable imposable	Contribution par personne âgée de 20 ans ou plus
1 « Pay as you go » (statu quo) • en 2002-2003 • en 2050-2051	35 1 378	20 853
2 Capitalisation au PIB nominal (4 fois les dépenses 2050) • en 2002-2003 • en 2002-2051	396 548	227 339

<sup>1</sup> Basés sur un scénario de projection des dépenses qui inclut l'hypothèse de gain d'efficacité et d'efficacité de 20 p. 100 sur l'ensemble de la période de 50 ans (dont 10 p. 100 pendant les dix premières années) ainsi que l'hypothèse d'une « mise à niveau » des dépenses de 420 millions de dollars étalée sur 5 ans.