



**Discours de M. Claude Castonguay, C.C.,O.Q., ancien ministre de la Santé et fondateur du régime d'assurance-maladie du Québec, devant l'Institut économique de Montréal, Club universitaire de Montréal, 27 janvier 2004**

**Address by Mr. CLAUDE CASTONGUAY, C. C.,O.Q. Former Quebec Health Minister, before the Montreal Economic Institute, January 27, 2004**

Le Québec s'est doté au cours des années soixante d'un système de santé qui a contribué largement à l'amélioration de l'état de santé et de l'espérance de vie des Québécois. En vertu des principes de solidarité, d'équité et d'égalité des opportunités sur lesquels le système est fondé, toute personne a droit aux services de santé couverts par la loi. Nous sommes profondément attachés à ce système qui, pendant de nombreuses années, a fait notre fierté et a servi de modèle.

J'ai eu l'honneur de présider à son élaboration et à sa mise en marche en faisant adopter par l'Assemblée Nationale la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur l'assurance-maladie, la Loi sur la protection du malade mental et le Code des professions. Cet ensemble constitue encore aujourd'hui la structure législative de notre système de santé. Nous avons introduit à l'époque plusieurs innovations, notamment la création des Centres locaux de services communautaires (CLSC), la régionalisation et les conseils régionaux, l'interdiction des suppléments d'honoraires médicaux, la jonction entre les services de santé et les services sociaux, la création des services de santé communautaires, etc. Cette vaste réforme signifiait la fin d'une époque et le début d'une ère nouvelle. Comme c'est souvent le cas en de telles circonstances, nous avons dû affronter de vives résistances qui ont culminé en une grève générale des médecins spécialistes.

Ma contribution à cette grande oeuvre m'a apporté une grande satisfaction. Je suis fier d'avoir dirigé cette grande entreprise qui a permis de rendre les soins accessibles à l'ensemble des Québécois sans égard à leurs revenus. Je demeure encore aujourd'hui profondément attaché à notre système de santé et aux valeurs sur lesquels il est fondé. Que personne n'ait de doute à cet égard.

Mais le passage du temps a changé bien des choses. À cette époque, le Canada jouissait d'une croissance économique soutenue depuis la fin de la seconde guerre mondiale. L'accroissement de notre richesse collective ne semblait pas devoir connaître de fin. Notre population croissait et son vieillissement, avec l'ampleur qu'on lui connaît aujourd'hui, n'était aucunement prévisible. Le niveau des taxes et des impôts était relativement bas, les budgets des gouvernements étaient équilibrés et les dettes publiques étaient à toute fin pratique très basses. Comme les économies étaient moins ouvertes qu'aujourd'hui, chaque juridiction avait une large marge de manoeuvre et pouvait adopter les politiques économiques et sociales qui lui apparaissaient souhaitables. Les coûts des services de santé, incluant celui des médicaments dont l'utilisation était moindre qu'aujourd'hui, n'augmentaient guère plus rapidement que la richesse collective.

Nous vivons aujourd'hui dans un contexte totalement différent. L'effet combiné des changements profonds qui se sont produits au cours des quelques trente dernières années fait en sorte que notre système de santé n'est plus en mesure de répondre de façon satisfaisante aux besoins de la population. Depuis le début des années quatre-vingt dix, au Québec comme dans les autres provinces, les pressions sur le système se font de plus en plus fortes et provoquent périodiquement des crises. Selon les données publiées chaque année par l'Institut Fraser, partout au Canada les temps d'attente pour les soins généraux et spécialisés se détériorent graduellement. Or, plus les

attentes sont longues, plus les risques d'aggravation des maladies sont élevés de même que les coûts éventuels des traitements.

Face à une telle situation, le gouvernement canadien et ceux de la plupart des provinces ont créé des commissions et des comités d'étude afin d'identifier les causes de ces crises et d'apporter les correctifs nécessaires. Le Québec a créé la Commission Clair et le fédéral a créé la Commission Romanow et le Comité du Sénat présidé par Michael Kirby. Les débats suscités par les travaux de ces commissions ont permis de dégager un certain nombre de changements qui s'imposent afin d'accroître l'efficacité de notre système de santé. Par contre, ils ont fait ressortir l'absence de consensus sur les solutions possibles au problème fondamental que présente le financement du système.

Les rapports Clair et Kirby ont établi clairement que les dépenses publiques de santé augmentent plus vite que notre richesse collective. Ce constat a conduit les deux commissions à conclure sans équivoque que, dans sa forme actuelle, notre système de santé n'est pas viable financièrement à moyen et à long terme.

C'est ainsi d'ailleurs qu'elles expliquent le fait que les nombreuses injections d'argent nouveau dans le système n'ont eu que des effets temporaires. Les problèmes les plus aigus sont atténués jusqu'au moment où de nouvelles pénuries provoquent de nouvelles crises. Les différents rapports au niveau des provinces tirent tous les mêmes conclusions à cet égard.

Les quelques données qui suivent permettent de mieux comprendre la situation et de mesurer l'ampleur du problème. Depuis la publication des rapports Clair et Kirby, l'écart négatif chronique au niveau des dépenses de santé s'est non seulement maintenu mais il a continué de croître. Comme les deux niveaux de gouvernement sont directement impliqués dans le financement de la santé, voyons les données, non seulement pour le Québec, mais pour l'ensemble du pays. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, les dépenses de santé pour le Canada ont augmenté en termes réels de 3,6 et 4,1% au cours des deux dernières années. Pendant ce temps, en période d'expansion économique, le PIB n'a augmenté au cours des cinq dernières années que de 2,6% par année. La signification d'un tel écart est énorme. Simplement pour le Québec, un écart négatif de 1% entre les revenus et les dépenses représente un manque à gagner d'un demi milliard chaque année. Les données sur les coûts de la santé publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé nous forcent également à conclure que tout effort de freinage est suivi, au cours des quelques années suivantes, d'une croissance accélérée. C'est ainsi qu'en 2003, malgré les coupures drastiques des dernières années, les dépenses de santé au Canada ont atteint 10% du PIB. Il s'agit là du plus haut sommet historique atteint antérieurement, soit en 1992. Bref, malgré tous les efforts, il s'est avéré impossible de freiner la croissance des dépenses de santé.

L'écart récurrent entre les revenus de l'État et les dépenses publiques de santé a comme conséquence additionnelle d'accaparer une part toujours croissante des budgets gouvernementaux. Présentement, les gouvernements des provinces doivent consacrer pas moins de 40% de leurs revenus à la santé. Il en résulte des pressions intenable sur tous les autres secteurs de l'activité gouvernementale.

Nos gouvernements ont convenu d'injecter dans la santé 34 milliards de dollars additionnels au cours des cinq prochaines années en réponse à la profonde inquiétude des citoyens. Malgré cet énorme effort, les provinces en demandent davantage. Les quelques chiffres suivants sur la situation au Québec permettent de comprendre pourquoi. Dans le budget pour l'exercice 2003-04, la santé a connu un traitement de faveur en se voyant octroyer une augmentation de 1,6 milliard de dollars. Or, après déduction de l'augmentation des coûts du système, il ne reste que 250 millions pour colmater les besoins pressants qui se manifestent de toutes parts. Ce qui est nettement insuffisant.

À tous les niveaux du système on manque d'argent. Malgré les efforts de rationalisation et les mesures de contrôle, les hôpitaux ont accumulé au cours des quelques dernières années des déficits de l'ordre de 1 milliard de dollars. Ils ont notamment un besoin pressant d'équipements diagnostiques extrêmement dispendieux. De leur côté, les CLSC sont l'objet d'un sous financement chronique. Malgré son caractère nettement prioritaire, le développement des cliniques médicales familiales et spécialisées manque de vigueur faute de fonds. Au niveau des soins à domicile, il y a un accord général sur le fait que les budgets qui leur sont consacrés sont nettement insuffisants.

Enfin, les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) et les autres ressources pour soins de longue durée souffrent d'un manque tragique de ressources. Des dizaines de milliers de malades chroniques et de personnes âgées survivent dans des conditions nettement inacceptables. Tout ceci fait en sorte qu'un peu partout dans le système, nombre de médecins, d'infirmières et de préposés aux malades sont surchargés et épuisés.

Cette année l'augmentation du budget de la santé n'a été rendue possible que par un gel des budgets de tous les autres ministères, sauf celui de l'Éducation. Un tel gel ne peut qu'être temporaire. D'autant plus que ce n'est qu'au prix de coupures et de transferts des charges vers les usagers des différents services, tels les services de garderie, que le gouvernement essaie d'équilibrer ses finances. Il n'a d'ailleurs pas d'autre choix. D'une part, notre énorme dette publique qui ne cesse de croître – plus de 110 milliards sans compter les dettes des hôpitaux, des municipalités, etc. – gruge une part importante de ses revenus. D'autre part, notre fardeau fiscal est le plus lourd en Amérique du Nord. Il faut bien l'admettre, notre gouvernement n'a plus de marge de manœuvre et le traitement de faveur qu'il a accordé cette année à la santé ne pourra être répété bien longtemps.

Au niveau fédéral, le gouvernement est dans une situation analogue. Suite à la forte augmentation des dépenses du dernier budget, quelque 20%, il n'a plus de marge de manœuvre. Pire encore, la croissance de ses revenus est insuffisante pour combler de façon permanente l'écart structurel entre les revenus et les dépenses de santé. Récemment, le Conference Board, un organisme apolitique, résumait la situation en affirmant que le Canada est devant l'impossibilité de maintenir à la fois sans changement son système de santé et assumer ses autres objectifs politiques prioritaires.

Cette situation n'est pas propre au Québec et au Canada. Tous les pays développés sont confrontés par le même problème. Selon les données de l'OCDE, les pays développés consacrent aujourd'hui une part plus élevée que jamais de leurs ressources à la santé. Au cours de la dernière décennie, les dépenses de santé ont augmenté en termes réels de 3,4% par année comparativement à une augmentation de 2,1% de leur richesse collective.

Exactement la même problématique que chez nous au Québec et dans l'ensemble du pays.

Voilà la situation plutôt sombre qui se dégage des événements et des tendances des dernières années. Or, très bientôt, avec l'arrivée à la retraite chaque année d'un nombre record de baby boomers, les tendances vont s'alourdir. L'impact combiné du vieillissement et des progrès de la science et de la technologie va provoquer une véritable explosion des dépenses de santé par rapport à leur niveau actuel. À lui seul, le facteur vieillissement va avoir un effet considérable. En effet, les dépenses de santé des 65 ans et plus sont près de quatre fois plus élevées que celles des plus jeunes. Présentement, les aînés qui ne représentent que 12,6% de la population accaparent 50% des coûts hospitaliers. Non seulement les dépenses vont augmenter de façon exponentielle, mais le renversement de la pyramide des âges va faire en sorte qu'elles vont devoir être supportées par une main-d'œuvre active considérablement réduite.

Nos dirigeants politiques ne peuvent entretenir encore bien longtemps les illusions des citoyens. Le jour s'en vient ou, face aux réactions de plus en plus vives des citoyens, ils vont devoir envisager franchement la situation. Des choix difficiles vont devoir être faits sinon ce sera par la force des choses que ces choix seront imposés. Souvenons nous de la situation dans laquelle le gouvernement s'est trouvé obligé de faire traiter les malades du cancer chez nos voisins américains. Voilà le genre de choix que la réalité a imposé.

De nombreux changements pourraient être apportés pour améliorer notre système de santé et faire en sorte que nous obtenions davantage pour les énormes sommes qui y sont consacrées. De façon prioritaire, une organisation efficace des soins de première ligne et des soins à domicile s'impose. De même que plusieurs autres propositions formulées par la Commission Clair qui jusqu'à maintenant demeurent lettres mortes.

Mais, malgré tous les efforts qui pourront être déployés, il est évident qu'ils ne pourront combler les écarts prévisibles entre les dépenses de santé et la création de la richesse collective. Bref, la problématique du financement est incontournable. Et, comme l'option d'une augmentation majeure des impôts ne peut être envisagée, il faut conclure que de nouvelles sources de financement sont nécessaires.

Cette voie est cependant bloquée par l'encadrement rigide du système que constitue la Loi canadienne sur la santé. Cette loi est fondée sur cinq principes ou critères qui ont trait à l'administration publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Dans leur formulation actuelle et selon l'interprétation qui en est faite, ces critères limitent les choix et les changements qui s'imposent. D'ailleurs, des pénalités sévères peuvent être imposées si le gouvernement fédéral juge que l'un des critères n'est pas respecté. Malgré la difficulté au plan politique que présenterait une révision de la Loi canadienne sur la santé, un tel exercice est essentiel. D'autant plus qu'une mise à jour serait possible sans que le caractère universel de notre système de santé ne soit remis en cause.

Voici quelques possibilités. Selon le critère d'intégralité, les soins nécessaires du point de vue médical dispensés par les hôpitaux et les médecins doivent être couverts par le système public. Ce critère, développé il y a plus de trente ans, est aujourd'hui tout à fait inapproprié. À l'ère des soins à domicile et des soins ambulatoires, l'orientation des patients vers les soins hospitaliers dont les coûts sont les plus élevés, ne fait plus de sens. Une révision du panier des services assurés s'impose également à l'égard des services diagnostiques. Comme on le sait, ceux-ci sont couverts en milieu hospitalier alors qu'ils sont exclus lorsque dispensés en clinique médicale.

Selon la Loi canadienne, l'administration du régime d'assurance-maladie d'une province doit relever d'une administration publique. Comme la loi ne dit rien au sujet des établissements responsables des soins aux différents paliers du système, l'interprétation donnée à ce critère est hautement arbitraire. En Alberta, à titre d'exemple, les adversaires des cliniques médicales offrant une large gamme de services ont réussi à bloquer leur développement à cause de l'imprécision de ce critère. Pourtant, dans le contexte des soins ambulatoires, cette voie devrait être privilégiée. Voyons un autre exemple. Au cours de la dernière campagne électorale fédérale, les cliniques de radiologie se sont vues menacées de sanctions. Pourtant, elles opèrent dans la légalité et, en donnant accès à des diagnostics en temps utile, elles contribuent à désengorger les services hospitaliers.

Enfin, la Loi canadienne sur la santé exige que l'accessibilité aux soins couverts ne soit pas obstruée par des obstacles financiers. Alors que de nouvelles sources de financement sont de toute évidence essentielles, la loi élimine les alternatives.

Le besoin de moderniser la Loi canadienne sur la santé dans une perspective d'adaptation en vue de l'avenir des politiques sociales et financières me semble évident. Il faut souhaiter que le nouveau gouvernement à Ottawa accepte de relever ce difficile défi qui ne saurait être repoussé indéfiniment.

Plusieurs sondages démontrent de façon claire qu'une majorité de Québécois et de Québécoises à revenus moyens, non pas seulement ceux à revenus plus élevés, souhaitent avoir le choix de payer si nécessaire pour recevoir sans délai les soins que leur état requiert. Il s'agit là d'un changement d'attitude fort significatif. En effet, cela signifie qu'ils comprennent et acceptent qu'une révision de certains aspects fondamentaux de notre système est devenue nécessaire. Or, au chapitre du financement, les seuls changements qui auraient un effet vraiment significatif sont l'introduction de frais modérateurs et le développement d'un système privé parallèle.

L'introduction de frais modérateurs, nuls ou réduits pour les personnes à faibles revenus, n'aurait pas seulement pour effet d'ajouter une nouvelle source de financement. Présentement, les soins médicaux et hospitaliers accaparent la plus grande part des fonds publics alloués à la santé. L'introduction de frais modérateurs permettrait qu'une plus grande part des fonds soient réorientés vers d'autres besoins nettement sous financés tels les soins à domicile, les centres d'hébergement de soins de longue durée, la santé mentale, etc. À titre d'illustration de l'ampleur de ces besoins, selon une récente étude portant sur la Montérégie, seulement 8% des besoins en services à domicile peuvent être comblés par suite du manque de ressources. Or, les services à domicile sont reconnus comme hautement prioritaires dans le contexte des soins ambulatoires d'autant plus que leurs coûts sont énormément moins élevés que ceux des soins dispensés en milieu hospitalier.

Le développement d'une option privée exigerait évidemment l'établissement d'un cadre et d'une réglementation appropriée pour que l'objectif d'une plus grande accessibilité soit atteint sans que le système public ne soit miné ou cannibalisé. L'option privée devrait être axée sur des cliniques médicales bien organisées qui offrent une large gamme de soins et de services incluant des soins et services à domicile. Par contre, notre système hospitalier, qui constitue l'épine dorsale de notre

système de soins doit, à mon avis, demeurer public. Ce qui n'empêcherait pas toutefois que quelques hôpitaux soient gérés par des intérêts privés à des fins de comparaison et de démonstration.

Le développement d'un système parallèle permettrait à de nombreux médecins, limités dans leur pratique par les contraintes financières, d'accroître leur niveau d'activité. Il en résulterait également une plus grande utilisation de ressources et d'équipements bien souvent sous-utilisés. Encore plus important, le volume accru de soins aurait pour effet de diminuer les listes et les temps d'attente à l'avantage de tous. Enfin, un tel développement créerait une saine émulation entre le privé et le public et stimulerait l'innovation.

Au cours de son enquête, Roy Romanow ne cessait de demander qu'on lui donne un exemple démontrant que le secteur privé peut faire mieux que le public. Voilà le type de commentaire démagogique et stupide qui a eu pour effet de bloquer jusqu'à maintenant toute discussion sérieuse sur cette importante question. Comment peut-on faire une comparaison avec ce qui n'existe pas et que la loi interdit!

L'exemple des pays de l'Union européenne devrait nous convaincre que la présence d'un complément privé est non seulement possible mais souhaitable. C'est fausser le débat que d'affirmer que faire appel à des ressources privées ouvre inévitablement la porte à un soi-disant système à deux vitesses, un pour les riches et un pour les pauvres.

Il faut noter qu'il existe dans les faits une exception à l'application rigide de la Loi canadienne sur la santé. En effet, il est possible, moyennant paiement, d'obtenir sans délai des examens radiologiques en cliniques privées. Chaque jour des milliers de personnes, de tous les niveaux de revenus, font appel à ces services. Le volume d'examens traités dans ces cliniques a pour effet de réduire, au bénéfice de l'ensemble des citoyens, les listes d'attente dans le système public. Ce qui est possible pour la radiologie pourrait l'être de même manière pour d'autres soins qui peuvent être dispensés en clinique. Cela aurait pour effet de diminuer la pression sur les hôpitaux et leur permettrait de se concentrer davantage sur leur mission essentielle. Fait à noter, les adversaires de tout ce qui est privé préfèrent ignorer l'existence de cette embêtante exception.

Malgré son importance, l'aspect financier de l'option privée n'est pas le seul. L'existence d'un système parallèle privé implique une importante question de principe. Présentement, les personnes qui sont soumises à de trop longues attentes n'ont généralement aucun moyen ou option qui pourrait leur permettre d'obtenir plus rapidement les soins que leur état requiert. La loi leur enlève cette possibilité. Une telle prohibition est unique. D'ailleurs, on peut facilement imaginer ce que serait notre réaction si la loi venait restreindre notre liberté de choisir par exemple notre automobile ou encore notre façon de nous nourrir ou de nous vêtir. Or cette sérieuse limitation de notre liberté a trait à ce que nous avons de plus essentiel et de plus précieux, notre santé.

L'absence de liberté de choix a été justifiée tant et aussi longtemps que notre système de santé était en mesure de satisfaire adéquatement les besoins. Ceux qui s'opposent présentement à tout changement le font pour maintenir le principe de l'accès égal de tous aux soins. Selon eux, l'application rigide de la loi est plus importante que les conséquences négatives sérieuses et les iniquités de plus en plus nombreuses résultant de la situation actuelle. Ils refusent de voir que dans la vie de tous les jours un nombre élevé de personnes sont dans l'impossibilité de recevoir les soins que leur état requiert ou ne reçoivent que des soins de mauvaises qualités.

En définitive deux principes sont en opposition l'un contre l'autre.

La prohibition du privé au nom du principe de l'accessibilité est en opposition au droit fondamental à la santé de chacun et prive la personne de sa liberté de choix. Pourtant la conciliation du droit à la santé avec le maintien d'un régime public accessible à tous n'est pas une impossibilité. Il existe plus d'un exemple d'une coexistence positive du public avec le privé.

Les Canadiens ont fait de la *Charte des droits et libertés de la personne* une loi fondamentale. L'insertion de la *Charte* dans la loi constitutionnelle du pays a eu pour conséquence de placer son interprétation au delà du parlement et des aléas de la politique. Ce qui illustre l'importance primordiale que nous accordons au respect des droits et libertés de la personne. Seul le droit à la santé n'apparaît pas dans la *Charte* parce qu'il diffère des autres droits qui y sont inscrits. En effet, le droit à santé est un droit aux services qui n'existe que dans la mesure où les services sont

disponibles. Mais le fait que le droit à la santé n'apparaisse pas nommément dans la *Charte* ne diminue pas pour autant son caractère fondamental.

La liberté de choix des personnes n'est généralement limitée que dans la mesure où cette liberté entache ou limite les droits et les libertés d'autres personnes. Or, la liberté de choix à l'égard des services de santé n'aurait pas pour effet de limiter les droits et la liberté des autres. Au contraire, elle aurait pour effet d'accroître l'offre globale de soins et en conséquence leur accessibilité. Il n'existe donc, à mon avis, aucun motif valable qui puisse justifier la limitation de la liberté de choix des personnes à l'égard des soins de santé.

Dans l'échelle des valeurs, le droit à la santé s'apparente au droit à la vie, à la liberté d'expression, etc. Les gouvernements ont en conséquence une obligation morale très élevée, même si elle n'est pas strictement légale, de faire tout ce qui est nécessaire pour que les soins et les services de santé soient accessibles en temps utile et de façon adéquate.

Pratiquement tous les jours nous sommes témoins d'une nouvelle manifestation de l'incapacité du système de santé de satisfaire la demande de soins. Selon une récente enquête de l'Institut canadien de l'information sur la santé, une personne sur cinq a affirmé que l'attente avait eu des répercussions négatives sur sa vie sous forme de stress et de détérioration de sa santé.

Selon le comité du Sénat présidé par le sénateur Kirby, les gouvernements ne peuvent plus maintenir une telle situation. Ils ne peuvent à la fois maintenir inchangé un système public incapable de satisfaire en temps utile la demande pour des soins médicalement nécessaires et, en même temps, empêcher les Canadiens de se procurer des soins auprès d'instances privées. Le comité a donc conclu que les tribunaux sont susceptibles d'obliger dans l'avenir les gouvernements à prendre les mesures nécessaires à la satisfaction des droits des personnes qui se jugent lésées. Le recours aux tribunaux pour faire évoluer notre législation sociale n'est évidemment pas la voie idéale.

Pour nos dirigeants politiques, l'introduction de frais modérateurs et le développement d'un système privé de santé demanderaient qu'ils s'engagent dans un débat difficile susceptible de déraiser dans la démagogie. Par contre, s'ils se limitent encore une fois à de nouvelles injections de fonds et au statu quo, les mêmes causes vont continuer de produire les mêmes effets. Si cette voie est prise, nous risquons fort d'être de nouveau les témoins ou les victimes d'autres crises.