

**Mémoire présenté à la
Commission d'étude sur le
financement et l'organisation
des services de santé et des services
sociaux**

Par

Michel Simard,

directeur général du

Centre Le Havre de Trois-Rivières

Septembre 2000

Sommaire

<i>L'accélération de la croissance des coûts</i>	3
Le coût des médicaments	3
Le coût des nouvelles technologies médicales	3
<i>Le fonctionnement du réseau</i>	4
Les effectifs médicaux	4
Les services de base et les services spécialisés	5
<i>L'ouverture du réseau</i>	5
Les limites du réseau	6
Le renforcement des organismes communautaires	7

L'accélération de la croissance des coûts

L'accélération de la croissance des coûts du système sociosanitaire public gruge la marge de manœuvre financière du gouvernement et risque, à plus ou moins long terme, de nous conduire sur un mur. Si cette tendance se maintenait, nous ne pourrions plus répondre aux besoins de la population. En bref, c'est un des éléments problématiques identifié et présenté pour justifier la réforme du système de santé et de services sociaux, par le ministre Marc-Yvan Côté en 1990. Le document sur le financement de la présente consultation pose le même diagnostic, en y apportant quelques précisions. Notamment celle-ci : « L'évolution de la technologie et de la pratique est aujourd'hui considérée par de nombreux auteurs comme étant la principale source de croissance des coûts de la santé, plus importante que les changements démographiques. »

Même si je ne peux prétendre à aucune compétence particulière pour juger de la pertinence de ce constat, il me semble justifié dans l'exigence de fond qu'il impose : un effort pour contrôler la croissance des coûts. La véritable question est évidemment de savoir comment atteindre ce résultat, sans renoncer aux principes qui fondent notre système de santé et de services sociaux : l'universalité, la gratuité et l'accessibilité ?

À cet égard, dans son document sur le financement, la commission ne se trompe pas, lorsqu'elle affirme que « des solutions sur le seul plan du financement ne saurait suffire. » J'aimerais ici apporter quelques éléments qui, malgré leur importance, ne semblent pas faire partie des pistes de solution envisagées.

Le coût des médicaments

L'assurance médicament a transférée une partie des coûts vers les citoyens. Est-ce tout ce qu'il y a à faire ?

Dans les documents et les débats autour de la réforme et du problème de l'accélération de la croissance des coûts, il est très peu question de la croissance du coût des produits pharmaceutiques. L'assurance médicaments a transféré une partie de ces coûts vers les citoyens, en essayant de préserver un minimum d'équité pour les personnes à faible revenu. Est-ce tout ce qu'il y a à faire

? Ne peut-on questionner la marge de profit des compagnies pharmaceutiques et établir un contrôle des coûts ? Ne devrions-nous pas questionner certaines pratiques ? Par exemple l'usage de médicaments brevetés très dispendieux, plutôt que des produits génériques beaucoup moins chers !

Le coût des nouvelles technologies médicales

Il est de plus en plus évident et admis que l'accélération de la croissance des coûts du système de santé, est principalement due au développement et à l'implantation des nouvelles technologies médicales et aux pratiques qui leur sont associées. Or, dans les leviers d'action proposés, aucun ne s'adresse au développement et à l'implantation de ces nouvelles technologies et pratiques médicales, comme si nous étions soumis à un destin inéluctable. Est-ce vraiment le cas ? Ne serons-nous pas, tôt ou tard, confrontés aux questions éthiques que se développement posera inévitablement ? Peut-on engloutir des sommes considérables pour des traitements sophistiqués pour quelques individus, alors que nous n'avons pas les moyens d'offrir des services de base à l'ensemble de la population, sans engendrer un sentiment d'iniquité voire d'absurdité qui, à la longue, va miner la confiance des citoyens envers le système de santé.

Aucun levier d'action ne s'adresse au contrôle des coûts des nouvelles technologies, alors qu'elles représentent la principale source de croissance des coûts du système.

Le fonctionnement du réseau

Les effectifs médicaux

Dans la Mauricie, on ne peut sérieusement réfléchir sur l'organisation des services de santé, sans adresser directement et prioritairement le problème des effectifs médicaux.

Dans la région de la Mauricie le problème des effectifs médicaux est devenu tel, particulièrement en santé mentale, qu'il disqualifie toute tentative d'organisation des services, au point de départ. On ne peut donc réfléchir sérieusement à l'organisation des services de santé et des services sociaux, sans adresser directement et prioritairement ce problème.

Le problème des effectifs médicaux se présente de trois façons qu'il importe de distinguer.

- **Le nombre**

Y a t'il oui ou non suffisamment de médecins généralistes et/ou spécialistes pour répondre aux besoins de la population du Québec ? Je n'en sais rien. Mais je sais que Marc-Yvan Côté, dans le document *Une réforme axée sur le citoyen*, avait prévu un problème d'effectif au début des années 90 et il avait proposé des solutions pour y faire face. Il ne serait pas mauvais d'y revenir.

- **Une répartition équitable**

Les médecins généralistes et/ou spécialistes sont-ils répartis équitablement entre les régions du Québec ? Non. Cela je le sais. En psychiatrie, secteur que je connais bien, la situation est proprement scandaleuse du point de vue citoyen et dramatique du point de vue des patients. Que peut-on faire ? D'abord je suis surpris de constater que ce problème n'est pas mentionné dans

le document portant sur l'organisation des services. Autre surprise, des solutions apparemment réalistes sont très bien formulées dans le document de la réforme rendu public en 1990.

Ce qui semble clair, c'est qu'une répartition interrégionale équitable ne pourra se faire sans une régionalisation des enveloppes budgétaire. Tant et aussi longtemps que les médecins pourrons pratiquer où ils le désirent sans contrainte, le problème ne se règlera pas.

Bien sûr, il faut faire autre chose que poser des contraintes. Il faut des incitatifs positifs. Tout le monde doit y travailler. Mais, croire que cela pourrait suffire pour la Mauricie, c'est illusoire. À moins d'y mettre le paquet sur une base permanente. Mais ça aussi c'est illusoire. Il faut donc faire un choix si l'on veut sortir la région de cet impasse.

Si le gouvernement n'est pas prêt à faire le choix, je me demande à quoi rime l'effort qu'il faut consentir pour transformer l'organisation des services.

- **Une pratique liée aux priorités des territoires**

Il est essentiel que les responsabilités les plus lourdes et exigeantes soient partagées par l'ensemble des médecins dans une région ou un territoire. Des règles précises et des incitatifs efficaces doivent être mis en place pour assurer ce partage équitable. Encore une fois, le document de la réforme suggérait des pistes intéressantes. Il suffirait de les appliquer. On verrait le résultat.

Le renforcement des services de base et le recentrement des services spécialisés

- **Des services de base capables de répondre aux besoins de la population**

Tant que les CLSC ne seront pas en mesure d'offrir les services qui répondent au besoins médicaux et psychosociaux de base d'une façon intégrée, ça ne marchera pas.

C'est vrai que les services de base semblent bien déficients. Mais de quoi parlons-nous ? Ce qui est sûr, c'est que les gens vont continuer d'aller chercher les réponses à leurs besoins, là où elles se trouvent.

Ainsi, tant que les CLSC ne seront pas en mesure d'offrir les services qui répondent aux besoins médicaux et psychosociaux de base

d'une façon intégrée, ça ne marchera pas.

Il faudrait créer des centres de santé et de services sociaux intégrés. Ce qui devait se faire, mais qui ne s'est pas fait.

- **Des services spécialisés centrés sur le traitement**

Dans l'ensemble, les services hospitaliers doivent être recentrés sur le traitement. Mais j'aimerais faire une remarque à cet égard. Elle porte sur les conséquences négatives de ce recentrement.

Des conséquences négatives

Ce recentrement s'accompagne d'une soucie d'efficacité, de résultat. Ainsi, pour prendre un exemple, les troubles de la personnalité mettent facilement en

échec les thérapeutiques médicales, si elles ne sont pas très solidement appuyées par des procédures psychothérapeutiques adéquates. Même alors, il faut être très modeste dans les résultats que nous recherchons. Or dans cette mouvance de la spécialisation, ces problèmes trop difficiles, risquent d'être tout simplement évacués. Il suffit pour cela que les professionnels proclament qu'ils ne peuvent rien faire avec les instruments de la médecine pour régler ces problèmes. Alors, ils seront refoulés de proche en proche vers les services de base qui, eux aussi, savourons impuissant et vers les organismes communautaires qui, finalement, les prendrons en charge avec des moyens dérisoires.

En fait, je crois que cette tendance est trop profonde pour qu'on puisse sérieusement la réorienter. Il s'agit plutôt de réduire les risques de cette réorganisation au minimum pour les personnes les plus vulnérables et démunies.

À cet égard, l'introduction sérieuse du traitement psychologique dans les cliniques externes de psychiatrie aiderait certainement. Je me demande pourquoi les psychologues n'ont pas intégrés le milieu hospitalier. Je me demande même pourquoi, des psychologues ayant reçus une formation adéquate n'auraient pas le droit de prescrire dans le champs de la santé mentale. Il me semble que la situation actuel impose des choix novateurs et restructurant.

L'ouverture du réseau

Les limites du réseau

La réalité sociosanitaire semble se structurer autour de trois pôles : un réseau public pour tous, un réseau privé pour les gens plus fortunés et un réseau communautaire pour les pauvres.

Le réseau public est débordé par sa droite par un réseau privé, qui offre des services à une clientèle plus aisée et, par sa gauche, par un réseau communautaire, qui offre des services à une clientèle défavorisée. Grossièrement, la réalité sociosanitaire semble se structurer autour de trois pôles : un réseau public pour tous, un réseau privé pour les gens plus fortunés et un réseau communautaire pour les pauvres. L'analyse est un peu grossière, mais elle traduit une tendance de fond

qui ne sera pas facile d'infléchir.

Je n'ai pas lu le rapport Arpin et je ne connais pas tellement la réalité des gens fortunés ou aisés. Par contre, je connais relativement bien la réalité des gens pauvres et même vivant parfois dans des conditions de pauvreté extrême. Je constate l'accélération de la croissance de cette pauvreté depuis une vingtaine d'années. Et je touche quotidiennement les limites du réseau public devant la globalisation des problèmes des personnes coincées dans l'impasse de la maladie mentale et de la pauvreté.

Une structure institutionnelle perçue comme menaçante, inefficace ou simplement inaccessible.

Penser que le développement des services de base dans les CLSC, même regroupés dans des centres intégrés de santé et de services psychosociaux suffirait pour répondre aux besoins criants de ces personnes, c'est être très naïf ou de mauvaise foi. Pourquoi ? Au moins

pour deux raisons que nous verrons brièvement.

- **Des services difficilement accessibles**

Parmi les personnes en situation de grande vulnérabilité et pauvreté, plusieurs n'iront pas chercher l'aide des services publics, parce qu'elles craignent, à tort ou à raison, d'être prises dans un filet et de ne plus pouvoir s'en échapper. Elles feront tout afin d'éviter d'être «prises au piège ». Comment éviter cela ? ou plus modestement rendre les services publics moins menaçants ?

Le fonctionnement professionnel et bureaucratique pose des barrières qui, en pratique, rendent parfois inaccessible les services aux personnes en situation de grande vulnérabilité et de pauvreté. C'est une limite qu'il me semble plus sage de reconnaître.

- **Une approche inefficace**

La limite la plus importante des services publics est inhérente à leur approche technico/clinique. En bref, c'est une approche centrée sur l'identification d'une catégorie de déficience, l'utilisation « d'outils » appropriés et l'élaboration de plans d'intervention afin de réparer ou compenser la déficience. Lorsque les problèmes peuvent être facilement circonscrits, cette approche est très performante. Mais lorsque les problèmes se globalisent, comme c'est souvent le cas des personnes en situation de grande vulnérabilité et pauvreté, alors elle devient impuissante et elle engendre des processus dysfonctionnels. Cette limite doit être reconnue, elle aussi.

Il est évident que le réseau public peut s'améliorer à cet égard ; qu'un déplacement des priorités du traitement vers la prévention peut encore être opéré. Mais si l'on veut rejoindre les populations en situation de grande vulnérabilité et pauvreté, le déplacement des priorités à l'intérieur du réseau public ne sera pas suffisant. Pour sortir de l'impasse, le réseau public doit trouver une façon de s'ouvrir et créer des alliances avec le milieu communautaire. Mais encore faut-il que le réseau communautaire soit en mesure de créer des alliances durables avec le réseau public.

Le renforcement des organismes communautaires

- **L'importance de la politique de reconnaissance**

Malgré les craintes qu'elle soulève tant chez les syndicats de la fonction publique que parmi les représentants du milieu communautaire, la politique de reconnaissance du mouvement communautaire mise de l'avant par le ministre André Boisclair, s'inscrit à l'intérieur de trois enjeux fondamentaux et

incontournables, qui confère toute son importance à la politique de reconnaissance de mouvement communautaire. Ces enjeux concernent d'abord les personnes en situation de vulnérabilité et de pauvreté, le réseau public de santé et de services sociaux et, finalement, le mouvement communautaire lui-même.

○ Pour les personnes en situation de grande vulnérabilité et de pauvreté

Nous assistons depuis plus d'une vingtaine d'années à la montée continue du risque de désaffiliation sociale, particulièrement chez les garçons jeunes adultes et les personnes souffrants de troubles mentaux graves. Loin de diminuer avec la reprise économique, cette croissance semble s'être accélérée depuis le milieu des années 90.

Pour la plupart de ces personnes, le milieu communautaire constitue leur seul espoir de retrouver leur intégrité, de conquérir la reconnaissance des autres et une participation citoyenne réelle.

○ Pour le réseau public

Même si elles représentent un faible pourcentage de la population, les personnes en situation de rupture sociale consomment un pourcentage beaucoup plus élevé des services publics. Par exemple, les personnes souffrants de troubles mentaux graves représentent seulement 3% des problèmes de santé mentale, alors qu'elles représentent 80% des hospitalisations. Il faut savoir que plus de 50% des personnes en situation d'errance dans la pauvreté souffrent de troubles mentaux graves. Or le réseau public ne peut répondre aux besoins de ces personnes. Au mieux, il peut offrir un programme de suivi intensif, pour certaines clientèles. Mais il faut aller beaucoup plus loin, si l'on veut assurer une possibilité réelle à ces personnes de prendre leur place dans la communauté. Il faut des réponses d'urgence sociale adéquates et bien arrimées aux services publics. Et il faut des réponses qui créent des conditions propices au développement d'une appartenance durable : le logement, la formation et le travail. Et si l'on demande au réseau public de s'occuper du logement, de la formation et du travail, non seulement on s'en va vers la ruine, mais on ne pourra pas atteindre les résultats attendus.

Bref, pour que le réseau public puisse se recentrer sur sa mission et être efficace avec les personnes en situation de grande vulnérabilité et pauvreté, il doit reconnaître ses limites et s'ouvrir sur le milieu communautaire. La réorganisation des services du réseau public conjuguée à la politique de reconnaissance du mouvement communautaire est l'occasion de cette ouverture.

○ Pour les organismes communautaire

Comme partout ailleurs et peut-être d'avantage, dans le milieu communautaire, il y a du meilleur et du pire. La croissance accélérée du nombre d'organismes communautaires oeuvrant à l'intérieur de

l'horizon de la santé et des services sociaux depuis les années 80, posent plusieurs problèmes, dont celui de la cohérence de l'action communautaire, en fonction des valeurs qu'elle veut promouvoir. À cet égard, la politique est aussi une opportunité à saisir, afin de bien poser l'identité communautaire et de marquer ce qui la distingue du réseau public et des entreprises privées.

Michel Simard