

La notion du système de santé

L'expression "*système de santé*" est employée d'une manière extrêmement courante dans la littérature contemporaine. Elle n'est pas cependant d'une très grande rigueur et il n'est pas inutile de lui consacrer quelques développements.

L'approche qui semble s'imposer pour dégager cette notion est celle qui fait appel à la théorie fonctionnaliste et plus précisément à l'analyse systémique préconisée notamment par TALCOTT PARSONS ou EATON. On sait que selon la définition générale donnée par les tenants de cette théorie, les systèmes apparaissent comme des assemblages d'éléments interdépendants, comme des ensembles de relations entre des fonctions exercées par un certain nombre d'acteurs. Sont par exemple fonctions d'un système social le maintien d'un certain type de relations ou au contraire la transformation de ces relations, l'adaptation à l'environnement du système, la poursuite d'objectifs, la recherche de nouveaux objectifs, etc . . . : ces fonctions sont interdépendantes.

Dans l'exercice de ces fonctions, le système, saisi de demandes plus ou moins canalisées, qui postulent sous forme d' "*inputs*" son intervention, va répondre par des décisions, des actions ou "*outputs*". Cependant, ces réponses du système par un effet de "*feed back*" vont se répercuter sur les demandes : l'ensemble se présente comme une boucle cybernétique comportant une auto-régulation.

Ce modèle bien connu peut s'appliquer en matière de santé : il est aisé de dégager sur cette base les éléments d'un système de santé, ou, si l'on veut, d'un sous-système de santé à l'intérieur d'un système social donné.

Le système de santé (on n'examinera pas ici la question de ses relations avec les systèmes qui l'englobent, ce qui rend inutile l'appellation de sous-systèmes) est en présence de demandes de santé qui vont du souhait général et indifférencié d'une santé aussi bonne que possible à celui de prestations plus précises, assorties de modalités économiques et financières.

Ces demandes sont conditionnées par de nombreux facteurs : environnement physique (climat, végétation, etc. . .), éléments économiques et sociaux, facteurs culturels (p. ex. facteurs religieux qui peuvent conditionner certaines demandes telles celles d'interruption de grossesse), politiques, juridiques, etc. . . Elles varient donc considérablement dans le temps et dans l'espace.

Avant leur entrée dans le système qui devra y répondre, ces demandes sont "*canalisées*". Elles doivent en effet faire l'objet d'une formulation ; à cet égard, de nombreux facteurs et par exemple la nécessité de respecter diverses normes sociales ou règles juridiques, de se placer dans des structures et procédures préétablies, entraînent une notable réduction de leur nombre et de leur intensité.

Il n'en reste pas moins que dans la plupart des cas les demandes risqueraient d'excéder les capacités du système qui sera plus ou moins bousculé. Il bénéficiera cependant de soutiens ("*supports*"), c'est-à-dire d'attitudes, de comportements favorables au système et susceptibles d'aider à accepter l'insuffisance de ses réponses. Par exemple, le système de santé pourra bénéficier dans certaines sociétés de l'acceptation fataliste de la maladie ou de la mort, de l'attitude révérentielle à l'égard du corps médical, etc. . . .

Autant qu'il le pourra, le système répondra aux demandes par des actions de santé. Le volume et la nature de ces actions se répercuteront sur le volume et la nature des demandes selon le mécanisme régulateur déjà évoqué : par exemple, la non-réponse à une demande de soins d'une certaine maladie entraînera à plus ou moins long terme, mais nécessairement, une réduction de cette demande.

L'analyse systémique dont on ne peut indiquer ici que les très grandes lignes présente l'avantage précieux de situer le système de santé dans son environnement et de présenter sous une forme claire et logique ses fonctions ainsi que les rapports qui s'établissent entre les demandes qu'il reçoit et les réponses qu'il leur donne.

Par contre, cette analyse ne cherche pas à décrire les mécanismes internes pour lesquels un système remplit ses fonctions : elle exclut du reste expressément toute réflexion sur l'agencement intérieur de la "*boîte noire*". L'approche systémique doit donc être complétée par un autre type d'analyse qui considère les éléments internes du système de santé. A cet égard, une tendance assez répandue consiste à caractériser les systèmes de santé par quelques éléments jugés fondamentaux. Il est assez courant, par exemple, d'opposer les systèmes des pays capitalistes à ceux des pays socialistes, ou encore les systèmes libéraux aux systèmes nationaux de santé. Il faut se méfier cependant de ces présentations exagérément simplificatrices. Avant tout qualification d'un système de santé, il est nécessaire de procéder à son analyse approfondie en considérant le plus grand nombre possible de ses aspects.

On pourra, par exemple, se poser les questions suivantes. Les prestations sanitaires sont-elles assurées uniquement par des institutions publiques, uniquement par des institutions privées ou les deux et, dans ce dernier cas, quelles sont la répartition des fonctions et les relations entre les deux secteurs ? Les institutions sanitaires correspondant aux divers types de prestations, prévention, contrôle, soins, sont-elles

séparées ou intégrées ? Les techniciens de santé ont-ils un statut de profession privée et indépendante ou un statut de salariat ou fonction publique, ou y a-t-il, et selon quelles modalités, un partage entre ces deux formules ? Comment ces techniciens sont-ils rémunérés ? etc ... La réponse à ces différentes questions montre que chaque système ne rassemble pas de la même manière les divers éléments qui le composent.

Par exemple, si l'on définit les systèmes nationaux de santé comme comportant un financement exclusif ou quasi-exclusif par l'impôt, la gratuité des soins et l'attribution aux médecins d'une liste (ou d'un secteur) de personnes auxquelles ils doivent donner leurs soins, des pays comme la Grande-Bretagne et l'Union Soviétique se rattachent à cette catégorie. Or, ils présentent sur d'autres points des différences notables : en Grande-Bretagne, les techniciens de santé se rattachent pour la plupart à une profession privée où encore le libre choix est possible dans une large mesure ; l'Union Soviétique exclut le libre choix et pratique le salariat médical.

Les comparaisons sont donc difficiles et exigent des analyses "*micro-systématiques*" très minutieuses. Elles n'en sont pas moins indispensables, en dehors même de leur intérêt scientifique. Chaque système de santé a ses avantages et ses réussites et, s'il n'est pas toujours possible d'imiter des solutions étrangères, parfois très liées à des éléments locaux, certaines d'entre elles peuvent être transposées avec profit, c'est ainsi par exemple que la formule d'origine québécoise, du "*budget hospitalier global*" a inspiré plusieurs législations.

La confrontation est également souhaitable pour une autre raison. Dans presque tous les pays on assiste à un développement, souvent inquiétant, des dépenses de santé et d'assurance maladie. De nombreuses formules tendant à la limitation de ces dépenses ont été expérimentées çà et là ; l'examen de leurs modalités et de leurs résultats est indispensable pour les gouvernants qui souhaitent maîtriser l'échauffement alarmant des budgets sociaux.

A elles seules, ces raisons justifieraient l'étude du système de santé du Québec. Il faut y ajouter le fait que ce système par l'originalité des éléments qui le composent et par la valeur des résultats qu'il a obtenus présente un intérêt particulier.

Les données historiques.

Le système québécois qui va être décrit est d'origine fort récente : il remonte, pour l'essentiel, à moins d'une dizaine d'années. Le Québec a vécu longtemps en effet sous un régime très différent. Tel qu'il s'établissait avant la

“révolution tranquille” le système de santé comportait quelques traits essentiels de caractère traditionnel. L’intervention de l’Etat demeurait limitée : le Ministère provincial de la Santé, créé en 1936, connaissait surtout des problèmes de prévention et gérait ou contrôlait les organismes à compétence limitée (p ex. Unités sanitaires) qui étaient chargés de fonctions en ce domaine. Les hôpitaux étaient pour une large part (42 %) en 1960 sous l’autorité des communautés religieuses, ils fonctionnaient sans grande entrave de l’administration publique qui n’intervenait guère que pour les aider lorsque leur financement s’avérait difficile. Les professions de santé étaient quasi-totalement libres et indépendantes sous réserve de quelques réglementations corporatives : l’autorité morale et sociale du médecin était considérable. Enfin, l’assurance maladie était purement privée : diverses compagnies d’assurance prenaient en charge, pour des primes souvent coûteuses, les risques concernant la santé. En bref, le système, à cette époque était proche de celui que connaissaient les Etats-Unis.

Différents facteurs expliquent l’évolution rapide et presque brutale qui devait se produire en quelques années. Au plan idéologique, le Canada, traditionnellement attaché au libéralisme, n’a pas accueilli d’emblée les conceptions plus ou moins empreintes de socialisme et qui ont préconisé la prise en charge par l’Etat des risques sociaux et notamment des risques sanitaires. Malgré les liens qui unissent le Canada à la Grande-Bretagne, les théories travaillistes anglaises, exprimées par exemple dans le plan BEVERIDGE, n’ont été mises en pratique que dans de rares provinces, politiquement avancées, comme la Saskatchewan. Cependant, l’exemple des réformes sociales des provinces de l’Ouest n’a pu être ignoré par les gouvernements des grandes provinces de l’Est. L’histoire canadienne montre que, malgré l’indépendance dont disposent les provinces dans certains domaines, les disparités législatives tendent à se réduire et il se produit à plus ou moins long terme des phénomènes d’imitation des législations les plus novatrices.

Un second facteur qui a entraîné la mutation du système québécois (ainsi que celui d’autres provinces) a été la politique menée par les autorités fédérales dans le sens d’une réforme des procédés de couverture des risques maladie. On peut s’étonner à première vue de cette intervention. Il est admis en effet sur la base d’une disposition de l’Acte de l’Amérique du Nord Britannique (1867), sect. 92-7, concernant l’établissement et l’entretien des hôpitaux que les questions relatives à la santé publique ressortissent, sauf exception, de la compétence provinciale.

Il ne faut pas oublier cependant que les autorités fédérales disposent d’un moyen détourné mais efficace qui leur permet d’intervenir dans les affaires provinciales. Les instances fédérales qui ont la maîtrise de la fiscalité, peuvent seules disposer du financement considérable que suppose la mise en œuvre d’une politique sociale et sanitaire d’envergure. La technique employée avec succès - dans ce domaine comme dans d’autres - a consisté à adopter des programmes proposant aux autorités provinciales, si elles acceptaient de prendre certaines mesures, de recevoir un finance-

ment d'origine fédérale. C'est dans ces conditions que, dans la ligne de programmes adoptés dans certaines provinces de l'Ouest, le Parlement fédéral établit un programme d'assurance hospitalière (1957) puis un programme d'assurance maladie (1966). L'accueil au Québec fut extrêmement réservé. Le Gouvernement d'Union Nationale, dirigé par DUPLESSIS, méfiant à l'égard des initiatives fédérales, n'accepta pas le programme d'assurance hospitalière.

Après la victoire libérale aux élections de 1960, le Gouvernement JOHNSON fit voter la loi d'assurance hospitalisation qu'il avait mise à son programme. Cette réforme rendit nécessaire une réforme des hôpitaux, entreprise sur la base de la loi des hôpitaux adoptée en 1962 et qui se poursuivait lentement. Par contre le Gouvernement libéral demeurait hésitant sur l'introduction de l'assurance maladie. Conformément à la tradition canadienne, il décida de confier l'étude du problème à une Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social ou Commission CASTONGUAY-NEPVEU du nom de ses deux chefs de file.

Différentes circonstances devaient accélérer le mouvement en dépit des réticences du Gouvernement JOHNSON et du Gouvernement BERTRAND qui lui avait succédé. Outre des grèves, particulièrement sensibles à l'opinion, grève des hôpitaux (1966), des radiologistes (1967), l'élément essentiel fut la publication à partir de 1967 du remarquable rapport de la Commission CASTONGUAY-NEPVEU, rapport qui exposait lumineusement les fondements et les modalités d'une nouvelle politique de la santé.

En 1970, à la suite d'une victoire électorale du parti libéral, Claude CASTONGUAY devenait Ministre de la Santé de la Famille et du Bien-Etre Social. Dans le cadre du ministère considérable qu'il dirigeait, M. CASTONGUAY entreprit de réaliser au moins la majeure partie des réformes qu'il avait préconisées. En 1970, il fit voter la loi de l'assurance maladie, suivie en 1971 de la loi sur les services de santé et services sociaux. Ces textes qui n'ont été modifiés que sur des points de détails forment les bases juridiques essentielles du système de santé qu'il faut décrire maintenant.

Les caractères généraux du système de santé du Québec.

Lorsqu'on cherche à dégager les caractères généraux du système de santé du Québec, une première constatation apparaît évidente. Si l'on s'attache à considérer les éléments retenus le plus souvent pour caractériser un système de santé, en particulier aux éléments concernant la couverture sociale des risques maladie, le système québécois apparaît comme semblable à ceux de nombreux pays comparables au plan de la civilisation et du développement économique : le système revêt un caractère "classique" : si l'on peut apprécier ses avantages pour les usagers, en particulier

l'étendue des prestations sanitaires et la simplicité du mode de prise en charge des frais de santé par la collectivité, il y a là des éléments intéressants et utiles sans doute mais qui, au point de vue de l'étude comparative, ne présentent aucun degré accentué d'originalité.

Pourtant, derrière cet apparent classicisme, se profile une réalité beaucoup moins commune. Le système québécois y surajoute une synthèse originale et à notre sens réussie, d'éléments rarement conjugués dans un système de santé.

Tout d'abord, et conformément à l'éthique politico-économique traditionnelle au Québec - en dépit d'évolutions récentes - le droit de la santé continue à s'établir dans un cadre libéral, tout particulièrement en ce qui concerne le statut des professions de santé. Le système québécois demeure à cet égard assez proche des solutions adoptées aux U.S.A.

En même temps, le Québec a introduit au moins dans une certaine mesure, des institutions qui se rattachent à des principes très différents, à une conception communautaire de la santé. De ce point de vue, le système se sépare considérablement du modèle américain et se rapproche de ceux des pays socialistes. Cette parenté du reste est loin d'être aussi absolue qu'une analyse superficielle pourrait conduire à le penser. L'idée de "*santé communautaire*" procède à bien des égards de certaines traditions anglo-saxonnes beaucoup plus que d'idéologies socialisantes. Mais ces dernières ne sont plus ignorées dans le Québec contemporain et elles ont certainement contribué à accentuer certains de ces traits.

Le système québécois est donc le résultat de trois tendances. D'un classicisme moderne dans ses éléments de base, il se rattache au passé, à la tradition, par la place qu'il laisse aux aspects libéraux des institutions de santé ; mais en même temps il présente des aspects progressistes, au sens temporel du terme, par la place qu'il ménage à la conception communautaire de la santé. Ce sont ces trois aspects, qu'il est fort rare de voir jumelés dans un système de santé, qu'il faut examiner maintenant.

Un système classique de garantie sociale des risques de santé.

Les éléments du système sont à cet égard les suivants. Il s'agit d'abord d'un système d'assurance maladie obligatoire. L'insertion des institutions québécoises dans le cadre du système d'assurance maladie se fonde sur le fait de l'existence de cotisations à la charge des usagers (1,5 % des revenus, avec un plafonnement) et des employeurs (1,5 % des salaires). En réalité ce système est proche d'un système national de santé (la distinction des deux catégories est du reste assez artificielle). D'une part, le financement est principalement budgétaire et le produit des cotisations - dont on aurait pu concevoir la suppression - n'a qu'une importance secondaire.

D'autre part, les prestations ne sont pas, comme dans un système d'assurance maladie "stricto sensu", proportionnées au montant des cotisations. Cette assurance maladie est obligatoire. Elle s'applique de plein droit non seulement aux ressortissants québécois mais également à toutes les personnes, quelle que soit leur nationalité, qui résident au Québec.

La couverture des risques est extrêmement large. Elle s'étend en totalité aux soins médicaux, aux frais hospitaliers (réserve faite de quelques suppléments, pour hébergement en chambre individuelle notamment), aux examens de laboratoire ou examens radiologiques. Dans d'autres cas (Loi de l'assurance maladie, art. 3), la couverture est seulement partielle. La Régie d'assurance maladie ne prend en charge les soins dentaires qu'en ce qui concerne les enfants ou les services de chirurgie buccale. Les frais de médicaments - plus réduits qu'en Europe - ne sont couverts qu'en ce qui concerne les personnes de plus de soixante-cinq ans ou les bénéficiaires de l'aide sociale : la gratuité est du reste accordée pour les médicaments fournis aux malades hospitalisés.

Il existe sans doute des soins qui ne font l'objet d'aucune prise en charge (psychanalyse, services esthétiques, acupuncture, injection de substances sclérosantes dans les varices, etc ...) ou dont la répétitivité est limitée (p. ex. il ne peut y avoir un examen complet de la vue qu'une fois par an). Ces limitations sont de faible portée et l'étendue de la couverture est considérable. On notera du reste qu'elle peut s'étendre aux soins fournis à l'assuré en dehors du Québec. D'autre part, le régime du tiers payant joue pleinement. L'assurée n'a aucune avance à effectuer : la simple présentation de sa carte de Régie d'Assurance Maladie lui permet d'obtenir la prise en charge.

Le maintien d'un régime libéral des institutions de santé.

Cet élément très notable du système québécois comporte plusieurs aspects, On se bornera à évoquer les plus caractéristiques qui concernent le statut des professionnels de santé et le statut de l'hôpital.

Les professions de santé sont en règle générale - et sous réserve de quelques exceptions limitées où la profession relève du salariat ou de la fonction publique - des professions privées exercées sous forme libérale. Les praticiens remplissant les conditions légales d'exercice d'une profession de santé peuvent exercer à leur gré en pratique privée. Sans doute, les professions de santé sont soumises à une réglementation corporative assez stricte fondée sur le Code des professions (1973) et mise en œuvre par des Ordres ou corporations professionnelles. Le régime d'exercice n'en demeure pas moins fort libéral.

En particulier, ces professionnels, médecins par exemple, bénéficient d'une

série de "libertés". Les médecins québécois comme ceux de France, affirment leur attachement à quelques grandes "libertés médicales" dont on trouve par exemple l'affirmation dans les ententes conclues entre la Régie d'Assurance Maladie et les syndicats médicaux. Le médecin dispose aussi de la liberté de choix du mode de pratique, du choix de la spécialité (à la condition, bien entendu, d'être titulaire des diplômes ou titres requis). Il peut s'installer où il l'entend, ce qui conduit inévitablement à des variations dans la densité médicale. Le droit québécois consacre également la liberté dans les rapports du médecin et du malade.

La liberté de choix, bilatérale, c'est-à-dire du choix du médecin par le malade et du choix du malade par le médecin (sauf urgence) est consacrée par les textes (Loi de l'assurance maladie, art. 2) et s'applique même dans le cadre hospitalier.

Le médecin dispose de la liberté thérapeutique et peut recourir à n'importe quelle technique ou médication, même non académique. Tout au plus doit-il exclure les procédés "charlatanesques"; d'autre part, la Régie n'assure le coût que des médicaments figurant sur une liste dressée par le Ministre, mais rien n'empêche le médecin de prescrire d'autres médicaments dès lors que le malade en assume lui-même la dépense.

La liberté tarifaire est elle-même consacrée. Sans doute il existe des accords tarifaires entre la Régie d'assurance maladie et les syndicats médicaux : la prise en charge par la Régie est limitée aux tarifs figurant dans ces accords. Rien n'empêche cependant un praticien de se "désengager" de ces accords ; dès lors que le service sera justifié, la Régie n'en couvrira pas moins la dépense médicale.

Ce régime profondément libéral explique l'essor actuel au Québec de la pratique privée. Il en va d'autant plus ainsi que cette pratique, longtemps sous forme isolée, s'exerce de plus en plus sous forme de polycliniques rassemblant généralistes et spécialistes. Encouragée par les syndicats médicaux, cette formule est appréciée par la clientèle qui y trouve parfois des avantages par rapport aux consultations hospitalières (temps d'attente plus réduit, parfois visites à domicile, etc . . .).

Dans beaucoup de pays qui ont maintenu un secteur médical privé et libéral, le régime de la pratique hospitalière s'établit dans des conditions extrêmement différentes : les médecins ou autres professionnels de santé sont alors salariés ou fonctionnaires et leurs relations avec les malades excluent, au moins en grande partie, l'application des libertés évoquées plus haut.

D'une manière très remarquable, le système québécois a maintenu le caractère privé et libéral de la pratique médicale au sein de l'hôpital. En effet, tout praticien privé peut demander à pratiquer dans l'hôpital de son choix. Les autorités hospitalières

res ne peuvent lui opposer un refus fondé sur le fait qu'il existerait dans le service un nombre suffisant de médecins. Le seul motif valable de refus serait, aux termes de l'article 92 de la loi sur les services de santé, un motif fondé sur la compétence scientifique, la qualification et le comportement de l'intéressé.

Si un tel motif ne peut être invoqué, le médecin sera admis à pratiquer dans l'hôpital les activités se bornant à fixer ses "*privilèges*" c'est-à-dire les activités médicales qui lui seront autorisées. Il pourra alors y soigner les malades qui feront appel à lui (le principe du libre choix est affirmé par la loi), il sera rémunéré par la Régie d'Assurance Maladie sans avoir à verser à l'hôpital une quelconque redevance ou quote-part de ses honoraires.

Comme le praticien de ville, le médecin qui pratique à l'hôpital bénéficie de la liberté thérapeutique (Voir cependant plus haut le cas des médicaments non pris en charge par la Régie). Il sera soumis cependant au contrôle des Comités d'évaluation médicale et dentaire institué dans l'hôpital. Il appartient à ces organismes de porter un jugement sur la qualité des soins, d'étudier les cas de décès, de comparer les diagnostics aux résultats d'examen ou d'autopsies. Si les évaluations auxquelles procèdent ces Comités mettent en évidence une mauvaise qualité des soins, le médecin peut, à la suite d'une certaine procédure, être l'objet de sanctions allant jusqu'à l'exclusion de l'hôpital.

Cette institution de l'évaluation des soins hospitaliers semble distinguer nettement la pratique hospitalière de la pratique de ville. Il faut ajouter du reste que l'activité des Comités est très variable selon les hôpitaux et que la Régie d'Assurance Maladie envisage d'exercer un contrôle plus étroit sur les "*profils*" médicaux des professionnels exerçant en pratique privée.

Le libéralisme du système québécois se manifeste encore dans le statut des hôpitaux. La Commission CASTONGUAY a voulu développer le caractère décentralisé du système et donner aux établissements hospitaliers la plus grande autonomie conciliable avec le nécessaire contrôle de la puissance publique. Ce principe a reçu diverses applications et par exemple dans le financement des dépenses hospitalières (le procédé québécois du "*budget global*" a été souvent étudié et imité).

Peut-être la pratique ne s'est-elle pas établie d'une manière pleinement conforme aux vœux des réformateurs. Certains estiment que le Ministère des Affaires Sociales, dont l'importance est considérable (1), ne s'est pas contenté d'exercer sur les hôpitaux un contrôle discret et que sa tutelle est souvent pesante. Mais il est possible que le Québec qui dans la même ligne que certains Etats américains envisage d'alléger ses structures publiques, soit amené à limiter le rôle et l'autorité de ce Ministère.

La place faite à une conception communautaire de la santé.

C'est assez tardivement que le Québec a fait place dans son système de santé à des institutions ou des règles inspirées d'une conception communautaire de la santé. Cette introduction est en tout cas postérieure au développement remarquable qu'a connu vers 1950 le réseau hospitalier et l'équipement médical. Comme on l'a déjà indiqué, elle est la résultante d'un réseau complexe d'influence allant de certaines traditions anglo-saxonnes à certains aspects d'idéologie politique.

Que faut-il entendre cependant par santé communautaire ? Une définition, bien connue, a été donnée à cette notion par le Dr Jean ROCHON :

"La santé communautaire peut être définie comme l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir les maladies et de promouvoir l'efficacité des services de santé pour la coordination des efforts communautaires.

"L'expression "santé communautaire" est souvent confondue avec les termes santé publique, médecine préventive et médecine sociale.

"En fait, ces différents termes désignent une même réalité et reflètent une évolution des problèmes et des services de santé au cours des siècles derniers.

"L'appellation "santé communautaire", plutôt que santé publique, souligne mieux l'implication active et prédominante de la population"(2).

On rapprochera de cette analyse le développement du rapport de la Commission CASTONGUAY sur la médecine globale. Il y est montré d'une manière extrêmement pertinente que la mauvaise santé est liée non seulement à des facteurs biologiques mais également à des facteurs sociaux et que chaque société doit prendre en charge, avec l'aide des professionnels qualifiés, la solution de ses problèmes de santé. Notamment à la formule classique des soins et services "*dispersés*" la Commission oppose le système faisant appel à des équipes multidisciplinaires de professionnels qui, en vue d'une action de "*1ère ligne*" rendent aux usagers des services sanitaires et sociaux essentiels, quitte à renvoyer, pour des actions plus spécialisées, à des institutions de "*2ème ligne*".

Cette conception, qu'il n'est pas possible d'étudier ici en détail, s'est traduite en particulier par la création, dans le système de santé québécois, d'une série d'institutions à caractère communautaire. Au premier rang de ces institutions à caractère communautaire se placent les C.L.S.C. (Centres Locaux de Services Communautaires). Leur définition a été donnée dans les termes suivants par le Directeur de l'un d'entre eux, M. André TETREAUULT :

"Le Centre Local de Services Communautaires est un établissement public qui, en rendant accessibles les services de santé, les services sociaux courants,

les services de prévention et les services d'action communautaire, vise, dans une approche communautaire globale et multidisciplinaire, à relever l'état de santé d'une population donnée, améliorer les conditions sociales des individus et de la communauté, amener la population à prendre en charge ses problèmes et améliorer le milieu dans une perspective de développement''.

Ces organismes publics, financés en quasi totalité par le budget du Ministère des Affaires Sociales, ont été créés par la législation en 1971 pour rendre accessible au public une très large gamme de soins et services sociaux : il s'agit donc d'une institution polyvalente (on y trouve des médecins, infirmiers, nutritionnistes, psychologues, travailleurs sociaux, etc . . .) placée près des usagers et destinée à leur assurer des soins et services de première ligne.

Les textes donnent aux C.L.S.C. vocation pour intervenir dans des domaines très variés. Ils participent à des tâches de prévention (vaccination, actions d'éducation sanitaire par exemple en matière d'alcoolisme, tabagisme, planification sexuelle), de dépistage. Ils assurent aux malades des services de consultation et de soins généraux renvoyant aux hôpitaux pour les soins spécialisés. Ils rendent divers services sociaux, par exemple aux immigrants et aux personnes âgées.

Il existe au Québec environ 70 C.L.S.C. (3). Ils sont loin de se présenter d'une manière uniforme et revêtent des aspects variés, privilégiant tel ou tel aspect de leur mission. Visiblement, ces institutions fort intéressantes n'ont pas établi nettement leur doctrine. Leur activité n'est du reste pas dépourvue de difficiles problèmes (politisation parfois extrême qui crée un climat de méfiance chez certains de leurs protagonistes, difficulté de recruter des médecins, etc. . .). Mais peut-être ne s'agit-il là que d'une crise de jeunesse.

La seconde institution correspondant à la conception communautaire de la santé consiste dans les Départements de Santé Communautaire (D.S.C.). Ces départements ont été créés dans un certain nombre de Centres hospitaliers (32 en 1977) en vue d'accentuer le rôle communautaire de l'hôpital. Ils ont à leur tête un directeur médecin : le personnel, d'importance très variable, n'est pas uniquement médical ou para-médical et comprend par exemple des sociologues, travailleurs sociaux, etc . . . Le rôle des D.S.C. est double. Ils interviennent d'abord dans le cadre d'actions spécifiquement communautaires. En liaison avec les C.L.S.C., ils étudient les problèmes de santé de la population de leur circonscription, procèdent à des enquêtes et suscitent la mise en œuvre de programmes. Cette action est coordonnée avec celle d'autres services, tels les services sociaux ou de l'environnement. Elle s'exerce également au plan de la prévention et du contrôle sanitaire : les D.S.C. interviennent ainsi en matière de santé maternelle et infantile et plus récemment en matière de santé scolaire et de santé du travail.

Le deuxième volet de l'action des D.S.C. concerne à l'intérieur de l'hôpital la gestion des services d'urgence, des consultations externes, des services de médecine générale ou encore de soins à domicile. Il s'agit, si l'on veut, d'une action hospitalière de première ligne, qui précède (ou suit : cas des convalescents) celle des services spécialisés.

L'institution est trop récente pour que l'on puisse en apprécier exactement les résultats. Les observateurs soulignent les difficultés qu'ont souvent ces départements dans leurs rapports avec les autorités de l'hôpital, avec les omnipraticiens peu satisfaits d'être englobés dans ce cadre, avec les spécialistes qui y voient parfois un moyen de décongestionner leur service. Il n'en reste pas moins que l'expérience est intéressante et mérite d'être étudiée avec attention.

Un autre aspect du caractère communautaire du système québécois mérite d'être relevé. Il s'agit de l'accent mis sur la participation des usagers à la gestion. Un premier exemple de cette tendance peut être trouvé dans les C.L.S.C. déjà étudiés. On notera ainsi que dans les 13 membres que comportent leurs Conseils d'administration, il y a, à côté des 5 représentants du personnel (dont 1 seul médecin), 5 représentants des usagers élus par l'Assemblée des usagers du Centre. Un autre exemple est fourni par les Conseils Régionaux de la Santé et des Services Sociaux (C.R.S.S.S.) établis dans chaque région sanitaire. La Commission CASTONGUAY envisageait de donner à ces organismes un rôle important et des pouvoirs de décision. La loi de 1971 s'est bornée à leur conférer un rôle d'étude, de consultation, de coordination, de planification et d'animation dans le domaine de la santé. Par exemple, les C.R.S.S.S. sont consultés sur la répartition des crédits ; ils peuvent promouvoir des mesures de rationalisation entre les établissements ; ils veillent au respect des droits des usagers, etc . . .

Dans les Conseils d'administration de ces Conseils, figurent en majorité des représentants des C.L.S.C., C.S.S., C.A., hôpitaux de la circonscription : les représentants de l'administration (4, sur 22, élus par les Mairies) n'occupent qu'une faible part.

Conclusion.

Le système québécois tel qu'il vient d'être décrit dans ses grandes lignes a été institué de manière trop récente pour qu'il soit possible d'apprécier de façon incontestable ses résultats. On s'en tiendra donc à quelques remarques fondées sur l'expérience de quelques contacts pris avec diverses autorités sanitaires québécoises.

En ce qui concerne la quantité et la qualité des prestations sanitaires, l'impression est dans l'ensemble très favorable. Le nombre de médecins est important,

encore que leur répartition dans la province soit assez inégale, les professions paramédicales, le personnel hospitalier ne sont certainement pas insuffisants numériquement, au moins par rapport aux pays européens. La valeur technique des professionnels de santé, la qualité des soins, sont incontestables. La couverture financière des risques de santé est satisfaisante et les lacunes qu'elle comporte (p. ex. à propos des médicaments ou des soins dentaires) ne sont pas considérables et seront peut-être atténuées.

Sans doute, tout n'est pas parfait à cet égard. Les Québécois se plaignent non sans raison, de la longueur des attentes dans les consultations hospitalières. Les européens regrettent l'absence presque complète de visites médicales à domicile. Il n'y a là cependant aucun inconvénient considérable.

La difficulté essentielle du système est, comme le reconnaissent du reste les responsables québécois de la santé, son coût financier. Les dépenses des services de santé et d'assurance maladie sont considérables; le prix de revient de l'activité hospitalière (1974 : 35.000 dollars par lit et par an) est un des plus élevés du monde. Pour le moment, ces charges n'excèdent pas les possibilités budgétaires du Québec : mais un risque d'emballement du système est possible. L'administration de la santé n'exclut pas la possibilité de cette aggravation du coût et a étudié les remèdes possibles. Ces remèdes excluent, jusqu'à nouvel ordre, les formules de ticket modérateur jugées peu compatibles avec l'esprit du système : on pense plutôt à d'autres formules : contrôle plus poussé des prescriptions et des soins, développement des soins de 1ère ligne moins coûteux que les soins spécialisés, développement des professions sanitaires parallèles à certaines professions existantes, etc . . . Si ces projet se réalisaient, le système québécois pourrait subir une évolution notable.

Comme on l'a vu, ce système rassemble dans une synthèse assez harmonieuse des éléments fort dissemblables. Leur équilibre apparaît cependant comme assez précaire et il est possible que pour des raisons économiques le système mette un accent beaucoup plus fort sur l'un de ses composants, soit à l'imitation du voisin américain sur les aspects libéraux, soit au contraire vers des formules de santé sociale et communautaire. En matière de santé, comme dans d'autres domaines, le Québec est loin d'avoir trouvé nettement sa voie. Mais tel est le cas de très nombreux pays : ceux-ci pourraient savoir gré au Québec d'avoir innové et d'avoir expérimenté un système de santé d'une grande originalité.

NOTES

1. *Le Ministère des Affaires Sociales, le plus important du Québec, occupe plus de 5.000 agents et utilise environ le tiers des crédits figurant au budget de la province.*
2. *"La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux", Annuaire du Québec, 1976.*
3. *Il existe également des Centres de Services Sociaux (C.S.S. : 1 par région) qui interviennent dans divers services d'action sociale (traitements psycho-sociaux, placements d'enfants ou de vieillards) et les Centres d'Accueil (C.A. : un millier environ) qui accueillent et hébergent des enfants, des inadaptés, des vieillards, etc . . .).*