

## Financement et réformes des systèmes de santé (1)

### *Financing and Reforming Health Care Systems*

Brunelle Y (\*)

#### **Résumé**

Tous les systèmes de soins font face à une série de difficultés similaires que nul n'avait prévues. Les réformes de la fin des années 1980 ont introduit ou renforcé cinq éléments. Mais fort de la possession tranquille de la vérité, le Canada et le Québec, en particulier, ont alors pris un indéni-able retard. Les seuls éléments touchés par les réformes initiales n'ont concerné qu'un seul point. Le retard a été rattrapé par des moyens d'une efficacité parfois très douteuse.

Il semble maintenant que ce que nous qualifions de système canadien est de fait un non-système, du moins au sens d'un ensemble organisé. Un amalgame de diverses assurances publiques cloisonnées en entités autarciques (silos), aux fortunes diverses, ne constitue pas un système. La recherche d'une « vraie » première ligne constitue encore un enjeu majeur. L'introduction des Groupes de médecine de famille (GMF) constitue une réponse. L'idée est de permettre à un cabinet de médecins de devenir responsable d'une clientèle inscrite volontairement. En échange de cette prise de responsabilité, les médecins seront davantage soutenus en termes administratifs, techniques, professionnels et informatiques.

À noter que cette initiative des Groupes de médecine de famille, même si elle réussit conformément aux espérances, ne fait pas disparaître la réalité du rationnement. Mais des gains en efficacité en sont attendus et peuvent rendre ce rationnement moins pénible et irrationnel que présentement. Le rationnement actuel s'exerce par une gamme étroite de services et surtout le resserrement de l'offre disponible. On freine la demande (attentes) plus qu'on ne la canalise. Le rationnement des soins et services est une réalité, appeler les choses par leur nom permet de mobiliser les énergies requises pour balayer divers dysfonctionnements. Ces derniers deviennent alors plus difficiles à défendre lorsque mis en lumière.

**Rev Med Ass Maladie 2001;32,4:347-354**

#### **Summary**

All health care systems are encountering a series of similar difficulties which had not been foreseen. Reforms during the last part of the 1980s have introduced or reinforced five elements. However, confidently believing that they detained the truth, Canada and particularly Quebec, have undeniably lost precious time. The only elements which were changed by the initial reforms concerned exclusively a single point. The lost time was made up thanks to means which were sometimes only very dubiously efficient.

It appears that what we qualify as the Canadian system is in fact a non-system, at least in the sense of its being an organized body. An amalgam of diverse, public insurance funds walled-off from one another by distinct, more or less successful silos, does not constitute a system. The search for a "real" first line remains a major stake. The introduction of Groups of Family Practitioners (GMF) constitutes an answer. The idea is to allow an office with a group of practitioners assume entire responsibility for a clientele which has voluntarily adhered. In exchange for assuming this responsibility, the practitioners receive greater administrative, technical, professional and computer assistance.

Even if this Groups of Family Practitioners initiative fulfills all the hopes that have been placed in it, it will not eliminate the reality of rationing. However, the greater efficiency expected may make this rationing less painful and irrational than it presently is. Today's rationing concerns a narrow gamut of services and, in particular, tends to limit available supply. Thus, demands (expectations) are checked rather than being redirected. Rationing of care and services is a reality; calling things by their name releases the energies required to sweep away sundry dysfunctions, which become more difficult to defend once they are out in the open.

**Rev Med Ass Maladie 2001;32,4:347-354**

(\*) Direction des Affaires médicales et universitaires, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 1075 chemin Sainte-Foy, Québec PQ G1S 2M1 (Canada), e-mail : yvon.brunelle@msss.gouv.qc.ca

(1) Allocution présentée au Congrès médical maghrébin (Maroc, juin 2001).

## I. INTRODUCTION

Entre systèmes de soins publics des pays occidentaux, on retrouve de fortes différences au plan de la couverture d'assurance. Elle varie selon le degré d'universalité, le type de praticiens reconnus, les lieux privilégiés, les conditions faites aux usagers, les modalités entourant la prestation, les éléments de gouverne et, bien sûr, le panier de services.

Pourtant, tous ces systèmes font face à une série de difficultés similaires que nul n'avait prévues. Les questions de financement, d'efficience, d'accessibilité et d'équité refont régulièrement surface. Le remarquable Rapport 2000 de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) y ajoute même la notion de « réactivité » (traduction de *responsiveness*) dans le cadre d'un « nouvel universalisme », celui-ci découlant directement de la reconnaissance de la déplaisante réalité du rationnement.

Les solutions ne sont pas évidentes, du moins celles ne reposant pas sur de simples croyances. Aussi, note-t-on une accentuation de la tendance à s'observer entre sociétés. Ainsi, on peut mieux situer sa performance et espérer trouver des avenues prometteuses. Le défi consiste alors à en comprendre la dynamique, pour pouvoir l'adapter à un autre contexte. Plus souvent sous-estimée, l'observation mutuelle peut même être encore plus riche quant aux pièges à éviter.

Les systèmes de soins, publics ou privés, sont en constants changements. Mais certaines périodes sont particulièrement effervescentes, donc riches d'enseignements, comme par exemple la fin des années 1980 et le début des années 2000. Les divers aspects du financement reviennent constamment, mais sous des angles différents. Aussi, pour cette présentation, nous suivrons le plan suivant :

1. D'abord, rappeler les attentes à la base de l'introduction de nos systèmes de soins et les modifications survenues depuis.
2. Préciser les trois facettes du financement de tout système soit le niveau, les sources et la redistribution/allocation.
3. Mentionner cinq points forts des réformes au cours des années 1980.
4. Montrer les tendances actuelles, dont l'importance de l'assise sur une « vraie » première ligne de soins primaires.
5. Signaler certains corollaires pour les médecins.

## II. INITIALEMENT

### A. Attentes

Règle générale, on reconnaît que c'est le chancelier allemand Bismarck (1883) qui a introduit le premier système d'assurances publiques de santé

des pays industrialisés (Blain 1984). Indépendamment d'un vraisemblable opportunisme politique, certains postulats et certaines attentes étaient à la base de cette initiative. En résumé : on postulait que le système de soins constitue le principal déterminant de la santé.

Aussi était-on persuadé qu'en :

1. consentant un investissement initial pour enlever l'obstacle financier,
2. on assure ainsi l'accès,
3. à des soins considérés *ipso facto* de qualité,
4. il en résulte alors des gains de santé chez les travailleurs et leurs familles ;
5. gains tels, qu'ils permettent un ralentissement « naturel » des dépenses.

En plus ou moins sophistiqué, on retrouve des croyances de cet ordre jusqu'au milieu des années 1960 et même au-delà (Brunelle 1991).

### B. Nouvelles perspectives

Or, il s'est avéré que le poids du système de soins comme déterminant de la santé était surestimé (Battistella 1989). Les attentes initiales étaient démesurées.

Il n'est donc pas étonnant que les économies escomptées ne se soient pas « naturellement » manifestées. Le contrôle de coûts est devenu de plus en plus lourd dans l'ordre des priorités.

Point plus troublant, les multiples études sur les variations de pratiques (McPherson 1981, Wennberg 1987, Blais 1989, Roos 1992, etc.) ou les pratiques inadéquates résultant en actes inappropriés (Blumberg 1988, Brook 1990, Chassin 1987, Knaus 1986, etc.) ou carrément en risques à la santé ont soulevé des doutes quant à la qualité clinique (voir encore sur le sujet le récent *To err is human* du très respecté *Institute of Medicine* de Washington).

De plus, l'activité d'un système de soins ne se limite pas qu'à prévenir ou guérir. Un vaste potentiel existe aussi au plan de qualité de vie (contrôler, ralentir, soulager, accompagner, etc.).

En fait, le développement des connaissances et de la technologie fait que la maxime du docteur Knock (*Le triomphe de la médecine* de Jules Romain) : « *Tout être bien portant est un malade qui s'ignore* », est à nouveau d'actualité. Un parfait état de santé, donc non susceptible de justifier des interventions, devient de plus en plus rare.

### C. Le rationnement

Il est banal de dire que la demande excède l'offre, les prix ramenant « l'équilibre ». Mais, en santé, on tolère fort mal une inégalité d'accès aux soins basée sur la capacité de payer, sauf à ceux vus comme secondaires (ex. : soins esthétiques) ou de confort

(ex. : chambre privée), du moins dans la plupart des sociétés occidentales.

C'est le seul bien, même parmi ceux dits « publics » (ex. : justice, éducation), qui fasse l'objet d'une valorisation aussi « égalitariste » (Forum 1997). Dès lors, puisque la demande excède l'offre et que les prix ne peuvent intervenir comme régulateur de cette demande, on est alors acculé à une logique de rationnement.

#### D. Impossible retour

Le désenchantement aurait pu conduire à un simple désengagement de l'État envers les systèmes publics de soins et à un retour vers une logique de marché. En fait, la tentation a été grande en divers endroits, dont principalement au Canada à la fin des années 1980.

Mais l'exemple américain montre les périls d'une telle avenue. Seul pays développé resté avec une « logique » privée, les États-Unis affichent les coûts globaux les plus élevés ( $\pm 14\%$  PIB), une forte proportion de non- ou de sous-assurés (le tiers de la population), dont une très forte proportion d'enfants, et une mortalité infantile assez élevée ( $\pm 19^{\text{e}}$  rang mondial selon les années).

Compte tenu du niveau de richesse collective, et donc du potentiel, les performances globales sont faibles, comme le reflète le récent classement de l'OMS (Organisation 2000), encore certes méthodologiquement très imparfait mais intéressant (États-Unis 37<sup>e</sup>, 30<sup>e</sup> pour le Canada et... 29<sup>e</sup> pour le Maroc). Toutefois, au plan de l'équité, un critère important de l'OMS, le Maroc figure en mauvaise position.

#### E. Finalement : une bonne idée

Certes, les systèmes nationaux se sont montrés incapables de combler des attentes irréalistes. Mais, par rapport à l'alternative américaine, ils se révèlent en termes « macro » plus efficaces et plus équitables et ce, dans quasi tous les sens de ce dernier mot (près de 50 possibilités selon Culyer (Culyer 1991)).

Ils ont permis d'alléger l'impact de la maladie pour les individus et les familles. Ils ont aussi satisfait à l'une des plus vieilles revendications populaires et constituent, encore aujourd'hui malgré moult aléas, l'élément des politiques sociales rencontrant le plus vaste soutien au Canada (Forum 1997).

De surcroît, les récentes études initiées par la Banque mondiale (organisme peu susceptible de « gauchisme »), et reprises par la nouvelle direction de l'OMS, montrent qu'une population en santé est un acquis économique (Banque 1993). Ceci relance toute la question du développement des soins primaires, dont l'accès est alors vu comme devant devenir universel.

### III. TROIS FACETTES DU FINANCEMENT

#### A. Niveau général de financement

L'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) a fait un remarquable travail afin de standardiser l'information entre pays et donc permettre des comparaisons (ex. : Organisation 1985).

Un des indicateurs les plus suivis est la part de la richesse collective consacrée aux soins de santé. Peu importe que la dépense soit privée ou publique, il est connu que plus une société est riche, plus elle tend à investir en soins de santé. Mais visiblement, certaines sociétés utilisent mieux leur potentiel pour aller chercher le maximum de gains, compte tenu des ressources qu'elles peuvent investir en soins, particulièrement en santé publique.

La tendance actuelle est de se situer « correctement » sur la courbe, soit investir plus si une société est plus riche mais pas au-delà du niveau attendu. Ainsi, le Canada se situait au-dessus de la position attendue. Le redressement rapide des dernières années a probablement été le plus brusque parmi les sociétés comparables, en particulier au Québec. Si on a ainsi corrigé la situation et redonné une marge de manœuvre, le tout ne fut pas sans heurts et séquelles.

#### B. Sources de financement

On catégorise souvent les systèmes de soins occidentaux en deux groupes, ceux dits « bismarckiens » et ceux dits « beveridgiens ».

Chaque appellation découle du nom du principal initiateur (Bismarck et Beveridge). En bref, les premiers (ex. : Allemagne, Luxembourg, Hollande, Suisse) reposent sur un financement de type mutuel auprès d'une série de caisses d'assurance à l'une desquelles tout citoyen doit adhérer. La prime est identique pour tous dans un groupe donné, quitte à subventionner ou compenser une concentration de « mauvais » risques. Plus complexes et coûteux, l'OMS les juge souvent plus sensibles aux usagers (Organisation 2000).

Fait à noter, dans le rapport 2000, ils ont eu tendance à être mieux notés que les seconds dits « beveridgiens » (ex. : Angleterre, Canada, Suède). Ces derniers sont principalement financés par le truchement de la fiscalité ou de la taxation générale. Ils tendent à être plus équitables en termes de financement, mais ils sont souvent plus lents à s'ajuster.

On s'intéresse aussi beaucoup aux sources de financement sous l'angle privé/public. Car la façon de prélever influe en partie sur la performance, mais surtout sur l'équité de la contribution financière. En résumé, plus les sources de financement sont ca-

nalisesées vers l'assurance privée, plus l'équité de la contribution financière tend à en souffrir et à affecter négativement l'accessibilité, surtout sous le revenu médian.

Malgré une hausse légère de la proportion des dépenses assumées privément, dont au Canada et en particulier au Québec, aucun virement majeur n'est survenu et aucun ne semble même plus « figurer » parmi les priorités des pays industrialisés.

### C. Allocation du financement

Finalement le point sur lequel on tend présentement à porter le plus l'attention est l'allocation du financement soit :

- sous forme d'allocation budgétaire à des établissements ou organismes (ex. : budget global, paiement par diagnostic) ;
- sous forme de rémunération aux professionnels, principalement les médecins (ex. : actes, salariat, capitation).

Les réformes ont porté et, surtout, portent actuellement beaucoup plus sur ces deux points que sur les deux premiers (niveau ou sources de financement).

## IV. LES RÉFORMES DES ANNÉES 1980

### A. Compétition et privatisation

S'il est un thème qui a dominé la fin des années 1980 et le début des années 1990, c'est bien celui de l'introduction d'une nouvelle forme de compétition, mais centrée sur les usagers (Saltman et Figueras 1997).

Cette compétition a toujours été vue comme devant demeurer dans un système public. Il n'était donc pas principalement question de privatiser le financement par une place accrue de l'assurance privée. C'est la privatisation de la prestation de services qui est devenue plus présente et un enjeu pour les syndicats. La réforme anglaise constitue l'exemple numéro 1 de ce changement, le bilan est aujourd'hui assez mitigé (Le Grand 1999).

Mais, si l'idée de compétition au sens classique y a fait long feu, on a conservé l'idée d'une compétition en mode mineur (*contestability* terme anglais sans traduction française valable) : les choix des usagers doivent pouvoir influencer l'allocation publique des ressources. La formule : « *L'argent suit le client* » résume ce changement. Lorsque dépassant le stade du simple slogan, piège assez commun, cette image signifie que les ressources financières cessent d'être historiquement garanties aux établissements et/ou aux dispensateurs.

### B. Cinq points

Les réformes ont introduit ou renforcé cinq éléments :

- une responsabilité de clientèle non plus sporadique, liée à un épisode de soins, mais continue ;
- une entité pivot est devenue plus centrale, justement pour pouvoir exercer cette responsabilité. Le succès totalement imprévu des *GP Fundholders* anglais en constitue la meilleure illustration et l'élément encore aujourd'hui le plus repris dans diverses adaptations, dont au Canada ;
- une large gamme de services de base a été maintenue ou renforcée ;
- des mécanismes économiques conséquents ont été introduits au plan de l'allocation du financement (ex. : détachement des budgets globaux historiques, recours accru à la rémunération par capitation, etc.) ;
- une révision d'éléments institutionnels, par exemple au plan de la gouvernance.

### C. Un piège

Fort de la possession tranquille de la vérité selon laquelle ce pays détient le « meilleur système de soins au monde n'ayant besoin que de changements à la marge », le Canada, dans son ensemble, et le Québec, en particulier, ont alors pris un indéniable retard.

Nous sommes tombés dans le piège habituel de la suffisance. Les seuls éléments touchés par les réformes canadiennes initiales ne concernaient que le seul cinquième point, soit la révision d'éléments institutionnels (création d'entités administratives régionales, composition des conseils d'administration, fermeture de petits centres hospitaliers, fusions multiples). Le réveil fut brutal et le retard rattrapé par des moyens d'une efficacité parfois très douteuse (ex. : mises à la retraite massives).

## V. LES RÉFORMES DES ANNÉES 2000

### A. Rapport 2000

Le « Rapport sur la santé dans le monde 2000 » de l'OMS marque une étape majeure (Organisation 2000). Plus ambitieux que les travaux de l'OCDE, depuis la parution du rapport Lalonde (Ministère 1974), c'est possiblement le questionnement le plus important et original posé envers les systèmes de soins.

Ce travail marque la suite de l'association de l'OMS avec l'université Harvard et la Banque mondiale. Quelles que soient ses limites, en particulier pour le moment méthodologiques (standardisation de l'information, biais vers le non-investissement en santé, etc.), le rapport 2000 reflète bien le récent virage de la nouvelle direction de l'OMS. Évitant la collection des seuls vœux pieux et tranchant par le ton avec les habituels discours polis, le rapport présente l'intérêt de proposer une façon de juger de la per-

formance d'un système de santé ou de soins. Le défi qu'avait à surmonter l'OMS est d'autant plus grand que le rapport « couvre » aussi bien des pays industrialisés que d'autres comme ceux de l'Afrique subsaharienne. L'accent mis sur la santé, la réactivité et le financement, en tenant compte de la performance et de la redistribution (équité) constitue une grille « sensée », mais possiblement plus adéquate pour les pays industrialisés du fait de la dimension : réactivité.

## B. Un non-système

Le rapport 2000 a secoué les provinces canadiennes.

Se voir passer du premier rang, à tout le moins perçu, au trentième coïncide désagréablement avec le besoin de réformes ressenties à la fin des années 1990. En particulier, il semble maintenant de plus en plus reconnu que ce que nous qualifions de système canadien est de fait un non-système, du moins au sens d'un ensemble organisé. Le constat demeure identique, même en ne prenant qu'une perspective provinciale compte tenu des responsabilités constitutionnelles.

Un amalgame de diverses assurances publiques cloisonnées en entités autarciques (silos), aux fortunes diverses, ne constitue pas un système. Aussi, dans un système instauré il y a plus de 30 ans, la recherche d'une « vraie » première ligne constitue encore un enjeu majeur, malgré nombre d'incantations rendues à la *Santé pour tous* dans de multiples textes officiels. C'est encore la conclusion de la plus récente Commission d'enquête québécoise sur la santé (Commission 2001).

## C. Sept volets

Indépendamment des préoccupations de « qualité », préoccupations qui sont réelles (ex. : concentration d'expertise, bannissement du charlatanisme), tout système de soins rationne au mieux en canalisant ou au pire en bloquant indistinctement la demande, par exemple en « étranglant » l'offre. Pour ce faire, tout assureur définit un ensemble de mesures que l'on retrouvera sous divers thèmes :

- Qui est assuré ? *La non-assurance ou la sous-assurance constituent des freins de taille.*
- Auprès de qui ? *On peut restreindre la couverture seulement aux services des médecins ou l'élargir à d'autres professionnels.*
- En/via quels lieux ? *On peut n'assurer que les seuls services en centres hospitaliers, on peut aussi graduer l'accès vers le CHU en instaurant des « passages obligés » (hiérarchisation) par des centres non spécialisés.*
- Sous quelles conditions ? *Divers frais aux usagers peuvent être introduits (ticket orienteur, ticket modérateur, franchise, coassurance, etc.), l'inscription obligatoire à*

*une entité de première ligne constitue aussi un moyen régulièrement utilisé à la fois pour des motifs de contrôle de coûts et de qualité.*

– Par quelles modalités ? *Le mode de rémunération des médecins influe lourdement sur la pratique (place ou proportion respectives de l'acte du salariat ou de la capitation). Le mode d'allocation budgétaire (ex. : budget global historique ou ajusté à la performance) affecte le comportement dans les établissements.*

– Sous quelle gouverne ? *La constitution des différents conseils d'administration, les liens hiérarchiques, la place du secteur à but lucratif et son effet d'entraînement, etc. constituent des éléments pouvant modifier la dynamique d'un système.*

– Pour quels services ? *Le fameux panier qui peut être plus ou moins large et disponible dans les faits.*

## D. Rationnement canadien

Peu importe la province, en comparaison à d'autres sociétés semblables, le Canada se signale par :

- la forte mobilité instantanée, à tout le moins en principe, des usagers capables de consulter tout médecin (y compris une forte proportion de spécialistes) en tout temps et de recourir à tout centre hospitalier (y compris universitaire) ;
- l'absence de tous frais directs aux usagers, du moins pour les services assurés publiquement de médecins ou d'hôpitaux ;
- la forte mobilité des médecins admis en système public dès qu'ils sont formés et relativement libres de choisir leur lieu d'installation, de définir leur pratique et « facturant » principalement à l'acte aussitôt qu'ils sont installés ;
- le rationnement s'exerce donc par une gamme étroite de services. Des services de base, couramment couverts en systèmes publics occidentaux, ne sont pas assurés, sauf exceptions (ex. : soins dentaires et de la vision non assurés universellement). Surtout le resserrement de l'offre disponible (ex. : nombre et types de professionnels, nombre de lits), dont principalement le nombre de médecins, constituent des outils majeurs de rationnement. On freine la demande (attentes) plus qu'on ne la canalise.

Or, indépendamment des contextes provinciaux, au Canada les propositions actuelles de réformes s'attaquent maintenant à ces divers points. On tente de modifier cette logique de rationnement, pour obtenir le maximum des ressources actuellement investies.

## E. Soins primaires

L'accent sur la primauté à accorder aux soins primaires est partout à l'ordre du jour.

L'utilisation des termes 1<sup>re</sup> ligne ou soins de base ou soins de proximité, malgré certaines variantes

réelles de contenu, modifie peu le sens de ces initiatives. Et cet accent dépasse maintenant le stade du seul discours lénifiant, étape souvent longue à franchir.

### F. Groupes de médecine de famille

À mon sens, une initiative québécoise traduit bien la tendance actuelle appliquée en contexte canadien. Il s'agit de l'introduction des Groupes de médecine de famille (GMF), une proposition de la Commission Clair adaptant une initiative (Commission 2001).

Essentiellement, l'idée est de permettre à un cabinet de médecins (6-10 praticiens) de devenir responsable d'une clientèle inscrite volontairement, pour tous les soins médicaux généraux ainsi que pour les références et suivi.

En introduisant une responsabilité spécifique entre une entité donnée (cabinet) et des usagers inscrits, on cherche à pallier une faiblesse chronique en coordination/continuité/suivi (l'ordre des termes importe peu).

En échange de cette prise de responsabilité, les médecins seront davantage soutenus en termes administratifs, techniques, professionnels et informatiques. La volonté politique semble présente partout au Canada pour des aménagements en ce sens, mais particulièrement au Québec les projets ayant été annoncés ce 14 juin.

### H. Rationne... différemment

À noter que cette initiative des Groupes de médecine de famille, même si elle réussit conformément aux espérances, ne fait pas disparaître la réalité du rationnement. Mais des gains en efficacité en sont attendus et peuvent rendre ce rationnement moins pénible et irrationnel que présentement.

Cette initiative implique une hiérarchisation dans l'accès (d'abord le cabinet de médecin de famille, puis les autres paliers) présentement pour le moins déficiente.

Elle implique aussi une restriction à l'actuelle mobilité des usagers inscrits. En revanche, les usagers bénéficient d'une vraie prise en charge et d'un service de soins primaires (ou de première ligne) plus complet et cohérent.

## VI. LE RÔLE MODIFIÉ DES MÉDECINS

### A. Nouvelle rémunération

L'introduction des Groupes de médecine de famille requiert une modification aux présents modes mixtes de rémunération. Présentement, la principale source de rémunération des médecins de famille provient de la réclamation à l'acte. Ceci ne permet

pas d'exercer une vraie prise en charge et implique un contrôle de coûts par simple restriction de l'offre, surtout dans le contexte canadien à forte mobilité des usagers et à responsabilité clinique « sporadique ».

Avec les GMF, l'hypothèse la plus vraisemblable est que la rémunération par capitation devienne le mode dominant, mais non exclusif, pour ces nouveaux groupes. Une capitation repose sur six caractéristiques (Brunelle et Bergman 1999) :

- une entité déterminée (ici le groupe de médecine de famille) ;
- devient responsable cliniquement et financièrement ;
- d'une clientèle inscrite ;
- pour un ensemble défini de services convenus ;
- pour ce faire, elle reçoit un montant, ajusté aux risques, pour chaque usager inscrit (*per capita*) ;
- tout déplacement d'usager implique un déplacement de ressources qui ne peut être compensé par une simple augmentation de l'activité.

Ces six caractéristiques se situent aux antipodes de la présente situation où toute entité (cabinet, etc.) peut, en principe, en tout temps devenir responsable de n'importe qui. La responsabilité ne peut alors être que sporadique, par exemple liée à un épisode de soins. Les contrôles de coûts, sont alors atteints en réduisant grossièrement l'offre.

En comparaison, avec une capitation, même partielle, mais dominante, le contrôle de coûts est inscrit dans le *per capita*, les contrôles administratifs peuvent en conséquence se relâcher donnant de l'autonomie aux professionnels.

Les expériences de capitation, surtout en systèmes publics, donnent à penser que les biais classiques d'une capitation (sélection et sous dispensation) peuvent être cernés, si les conditions adéquates sont instaurées. Ce dernier point sera à suivre et devrait faire l'objet d'une évaluation rigoureuse.

### B. Un échange

Cette initiative des Groupes de médecine de famille s'inscrit dans la poursuite de l'instauration d'une forme d'autogestion pour les médecins. La littérature évaluative montre que le contrôle tend alors à s'exercer davantage entre pairs, toujours si les conditions adéquates sont instaurées (ex. : système d'information, rétroaction, monitoring, pratique de groupe, etc.).

Pour le moment, comme attendu, nos expériences initiales montrent que les professionnels gagnent en autonomie. Mais, en contrepartie, ces mêmes professionnels acceptent plus de responsabilité de gestion. Ceci est aussi conforme à ce qu'on a pu observer d'expériences reposant sur diverses

formes de capitation, en particulier celle des *Fund holders* anglais.

### C. Trois cibles

Du point de vue des médecins, trois groupes minoritaires peuvent être considérés comme « menacés », ne serait-ce que par attrition à long terme, par cette initiative :

- ceux pratiquant individuellement (en « solo »), on cherche à promouvoir la pratique de groupe ;
- ceux se cantonnant dans des pratiques « faciles » (choix des horaires, des clientèles, des lieux) et laissant aux autres médecins les tâches plus pénibles. Par les GMF, on cherche alors à reconnaître et soutenir davantage la prise en charge des usagers par les professionnels ;
- ceux ayant une formation de spécialistes mais dont la pratique est, en fait, de première ligne. Leur statut sera nécessairement à redéfinir à un moment ou un autre.

En dehors de ces trois groupes, à terme, c'est aussi toute la dynamique du système de soins qui sera questionnée. Car l'introduction des Groupes de médecine de famille implique et s'accompagne d'une redéfinition du fonctionnement pour les établissements publics, surtout ceux de soins primaires.

Ainsi, ces derniers seront davantage liés par des ententes et contrats (un leitmotiv de l'OMS) et non plus de simples budgets historiques à tacite reconduction.

## VII. CONCLUSION

### A. Réalité du rationnement

Le rationnement des soins et services est une réalité, bien que nécessairement différente de celle qui prévalait en temps de guerre. L'OMS a reconnu cette réalité (Organisation 2000).

Appeler les choses par leur nom permet de mobiliser les énergies requises pour balayer divers dysfonctionnements. Ces derniers deviennent alors plus difficiles à défendre lorsque mis en lumière.

C'est un des enseignements à retenir de l'exercice fait par l'État américain de l'Oregon (US Congress 1992). C'est le premier appareil public à avoir exposé sa logique de rationnement, les débats furent pour le moins houleux.

### B. Nouvel universalisme

Ce que l'OMS qualifie de « nouvel universalisme » signifie que les interventions comprises dans la couverture d'assurance doivent être « essentielles et rentables ». Les soins de santé primaires sélectifs y

occupent donc le premier rang, mais pour toute la population.

### C. La qualité... de la gestion

Et on doit encore retenir du travail de l'OMS que la recherche de LA qualité ne s'applique pas qu'aux médecins. Ce que les Américains ont récemment incarné dans le *evidence based medicine*.

La recherche de la qualité s'applique tout autant, sinon encore bien davantage en systèmes publics, à la gestion centrale. Et le rapport de l'OMS signale de sérieuses carences à ce niveau. Le rapport de la Commission Clair au Québec, se limitant pour sa part au seul Québec, est aussi assez sévère. On a pu y soutenir que « la déassurance, les compressions horizontales qui se sont traduites en déficits plus tard et le programme de départs volontaires massifs, voilà les résultats les plus tangibles d'une gestion réactive plutôt que prospective devant une dynamique pourtant bien prévisible (page 168) (Commission 2001).

Pour ce qu'on aime croire être le « meilleur système de soins au monde », de surcroît en réformes continues depuis pratiquement 12 ans, la pilule est amère.

Depuis des années, je note que les « administratifs », dont je suis, aiment bien évoquer les statistiques montrant des inadéquations de pratique chez les professionnels, dont bien sûr les médecins.

Le nouveau mouvement américain du *evidence based management* peut aider à amener plus d'introspection et répartir un peu mieux les responsabilités.

Deming (Deming 1991), le défunt « pape » de la qualité totale, a, dès 1982, mis en lumière qu'aucun défaut propre au système ne peut être compensé par un effort plus grand des dispensateurs de la base. Et ce, même s'ils font preuve d'une habileté individuelle exceptionnelle. Or, le « système » relève toujours de la responsabilité centrale.

## BIBLIOGRAPHIE

- Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 – investir dans la santé*. Washington, Banque mondiale, 1993, 339 p.
- Battistella RM. *National health insurance reconsidered: dilemmas and opportunities*. *Hospital and Health Services Administration* 1989;34, 2:139-56.
- Blain G. éd. *L'assurance-maladie a cent ans 1883-1983*, 5 colloque Jean-Yves Rivard. Montréal : Les éditions administration et santé, 1984, 176 p.
- Blais R. *L'étude des variations géographiques : point de départ pour la réévaluation des services de santé*. *L'Union médicale du Canada* 1989; 118,6:226-34.
- Blumberg MS. *Measuring surgical quality in Maryland: a mode*. *Health Affairs* 1988;7,1:62-78.
- Brook RH et al. *Predicting appropriate use of carotid endarterectomy, upper gastrointestinal endoscopy, and coronary angiography*. *N Engl J Med* 1990;323,17:1173-7.

- Brunelle Y, Bergman H. *Capitation, efficacité et rationnement. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1999;6,2:270-88.
- Brunelle Y. *Une approche de la qualité des soins et services. Présentation faite à Montpellier en juin 1991, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991, 20 p.*
- Chassin MR et al. *Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. JAMA* 1987;258,18:2533-7.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes - Rapport et recommandations. Québec, 2000, 410 p.*
- Culyer AJ. *Equity in health care policy. Toronto, University of Toronto, Department of Health Administration, 1991, 32 p.*
- Deming WE. *Hors de la crise. Paris: Economica, 1991, 352 p.*
- Forum national sur la santé. *Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les valeurs. In : Forum national sur la santé, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Rapport synthèse et documents de référence vol. 2, Ottawa, Le Forum, 1997, p. 42.*
- Knaux WA et al. *An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. Ann Int Med* 1986;104:410-8.
- Le Grand J. *Competition, cooperation, or control? Tales from the British national health service. In Health Affairs* 1999;18,3:27-39.
- Ministère de la santé nationale et du bien-être social. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail. Rapport Lalonde, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1974, 76 p.*
- McPherson K et al. *Regional variations in the use of common surgical procedures: within and between England and Wales. Canada and the United States of America in Social Science and Medicine*, 1981;15A: 273-88.
- Organisation mondiale de la santé. « *Rapport sur la santé dans le monde 2000* », Genève, 2000, 237 p.
- Roos NP, Roos LL. *Small area variations, practice style, and quality of care. In : WENZEL RP (Ed), Assessing quality health care – Perspectives for clinicians. Baltimore : Williams & Wilkins, 1992, p. 223-238.*
- Rugg DL. et al. *AIDS prevention evaluation: conceptual and methodological issues. Evaluation and Program Planning* 1990;13,1:79-89.
- Saltman RB, Figueras J. *European Health Care Reform – Analysis of Current Strategies. Copenhagen, World Health Organization, 1997, 308 p.*
- Spek J. et al. *Cost-containment in the Netherlands: government policy versus public opinion. Health Policy* 1985;5:73-81.
- U.S Congress, Office of technology assessment. *Evaluation of the Oregon medicare proposal. Washington, D.C., Congress of the United States, Office of Technology Assessment, 1992, 327 p.*