

## LE SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA

Dans le dernier numéro du Journal, le D<sup>r</sup> Waddell a soulevé d'importantes questions dans son Mot de la rédaction intitulé «Financement des soins de santé et pratique de la chirurgie» (*J Can Chir* 2000;43[3]:164-5). Comme membres de la communauté médicale, nous devons trouver des solutions aux difficultés actuelles et prévues à cause de la prestation de soins chirurgicaux électifs et semi-électifs. Le D<sup>r</sup> Waddell a décrit certaines des pressions de la société qui obligeront à modifier les services que nous dispensons à moins que la restructuration du système ne tienne compte des besoins d'interventions chirurgicales électives de nos patients et de leurs souhaits en la matière. Il a parlé avant tout des pressions qu'exercent sur le système les besoins chirurgicaux urgents de notre population qui vieillit. Nous devons reconnaître que si nous voulons que les personnes âgées puissent demeurer autonomes chez elles ou dans un environnement modifié, leur qualité de vie et leur état de santé devraient s'améliorer et le fardeau qu'ils imposent au système de soins de santé, diminuer. C'est pourquoi la prise en charge des problèmes orthopédiques qui vise à améliorer la mobilité, l'excision de cataractes qui vise à aider la vision et l'indépendance, la reconstruction vasculaire qui vise à préserver des membres et leur mobilité sont toutes des interventions qui ont une incidence sur l'efficacité et les coûts généraux du système. Jusqu'à maintenant, la plupart des choix portant sur la répartition des ressources ont été faits à l'échelon local à mesure que les budgets diminuent dans les domaines que les gouvernements peu-

vent contrôler, et en particulier les budgets globaux des hôpitaux et les revenus des médecins.

Les compressions budgétaires, les changements du financement et des priorités et les changements organisationnels fondés sur les besoins politiques et les restrictions budgétaires ont ébranlé notre système. Même les provinces riches ont vu les formules de financement et l'organisation et la prestation régionales des soins changer de façon draconienne. Ces changements n'ont pas tous réussi et les politiciens reviennent aux structures organisationnelles antérieures parce que des innovations mal pensées n'ont pas prévu d'infrastructures, les patients ont résisté, l'utilisation du temps des médecins présente des inefficiences grossières et l'on n'a pas établi d'exigences afin de mieux mettre en œuvre les concepts des services ambulatoires. Ni le D<sup>r</sup> Waddell ni moi-même ne souhaitons être aspirés dans le débat sur la médecine à deux vitesses. Les tenants d'un système privatisé ont une attitude qui vise à protéger leurs propres intérêts et qui ne résout pas le problème posé par la façon de restructurer le système afin d'en préserver les cinq principes. Les milieux chirurgicaux seraient mieux servis si le système était organisé différemment et incluait les principes de gestion du secteur privé qui récompense la concurrence — soit la prestation de services efficaces et axés sur les patients.

Dans sa revue récente du système de santé du Canada (*N Engl J Med* 2000;342[26]:2007-12), Iglehart ne brosse pas un tableau très joli. Même s'il n'établit pas de comparaison avec d'autres systèmes, et en particulier celui des États-Unis, le lecteur sent bien que le financement est insuffisant et que nous n'en obtenons pas pour notre argent. Le Canada consacre maintenant 9,3 % de son produit intérieur brut à la santé, pourcentage qui n'a pas changé depuis 1990 : nos

dépenses venaient au deuxième rang derrière celles des États-Unis seulement. Nous nous classons maintenant au cinquième rang derrière les États-Unis, l'Allemagne, la Suisse et la France. Même si les chirurgiens que nous sommes pensent que nous œuvrons exclusivement dans un système financé par le secteur public, au moins 32 % de l'argent consacré aux soins de santé provient du secteur privé et sert à payer notamment des services de physiothérapie, de soins à domicile, de soins dentaires, de chiropratique et de médecine parallèle. Nous ne voyons pas beaucoup de cet argent, car les médecins en touchent moins de 1 %. Ce qui est financé presque exclusivement par secteur public, ce sont les soins hospitaliers et les services médicaux. Marcia Angell, rédactrice en chef du *New England Journal of Medicine* qui part à la retraite, a déclaré récemment à Victoria (Colombie-Britannique) que le système du Canada est de loin meilleur que celui des États-Unis : il lui faut simplement de l'argent. En réalité, ce n'est pas seulement que le système a besoin d'argent : il faut aussi dépenser l'argent de façon cohérente et gérer le

système avec vision. Il y a une limite aux efficacités de la prestation de soins cliniques. Plus précisément, si nous mettons en œuvre d'importantes améliorations de la prestation de services en recourant aux chirurgies de jour, aux admissions préalables, à la réduction des séjours, au traitement accéléré, aux cartes de soins, etc., et si nous épargnons de l'argent mais personne d'autre ne le fait dans l'établissement, les budgets de référence du département de chirurgie diminueront et d'autres services feront financer leur déficit. C'est de la mauvaise gestion qui n'incite aucunement à faire plus que maintenir le statu quo — ce qui est sans espoir.

Il est probable qu'au cours des prochaines élections fédérales, la lutte se fera sur le dos des soins de santé. Il faut de nouvelles idées. Il faut de nouvelles structures pour dispenser les soins que le public recherche afin qu'un grand nombre des interventions électives que nous avons de la difficulté à pratiquer maintenant ait une incidence favorable sur l'état de santé global de la population, et en particulier celle des personnes âgées. Celles-ci veulent qu'on leur enlève

leurs cataractes, leur remplace des articulations, leur revascularise les jambes et le cœur, sans compter les interventions urgentes et médicalement nécessaires. Le Canada est un pays nanti qui ne devrait pas être classé au cinquième rang par les dépenses qu'il consacre à la santé par habitant, mais qui vient au trentième rang pour les soins de santé globaux. Il faut réinvestir dans des ressources humaines et matérielles afin de pouvoir tirer le maximum de notre argent. Il faut en outre mettre en œuvre les principes de gestion du secteur privé et récompenser des activités fonctionnelles du système, ainsi que la concurrence, afin que les services bien gérés s'en tirent bien et dispensent des soins de grande qualité à un coût raisonnable.



**Jonathan L. Meakins, MD**  
Coéditeur

© 2000, Association médicale canadienne

## LE PRIX MACLEAN-MUELLER

### À l'attention des résidents et des directeurs des départements de chirurgie

Le *Journal canadien de chirurgie* offre chaque année un prix de 1000 \$ pour le meilleur manuscrit rédigé par un résident ou un fellow canadien d'un programme de spécialité qui n'a pas terminé sa formation ou n'a pas accepté de poste d'enseignant. Le manuscrit primé au cours d'une année civile sera publié dans un des premiers numéros (février ou avril) de l'année suivante et les autres manuscrits jugés publiables pourront paraître dans un numéro ultérieur du Journal.

Le résident devrait être le principal auteur du manuscrit, qui ne doit pas avoir été présenté ou publié ailleurs. Il faut le soumettre au *Journal canadien de chirurgie* au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre, à l'attention du D<sup>r</sup> J.L. Meakins, corédacteur, *Journal canadien de chirurgie*, Département de chirurgie, pièce S10.34, Hôpital Royal Victoria, 687, avenue des Pins ouest, Montréal (Québec) H3A 1A1.

