

Santé, allocation des ressources et choix inévitables

Me Pierre Marc JOHNSON*

I. LA MACRO-ATTRIBUTION DES RESSOURCES	394
II. NIVEAU INTERMÉDIAIRE D'ATTRIBUTION DES RESSOURCES	394
III. MICRO-ATTRIBUTION DES RESSOURCES	395
IV. LA SANTÉ : UN CHOIX DE SOCIÉTÉ EN MUTATION?	396

* Avocat chez Guy & Gilbert et Professeur, Centre de médecine, éthique et droit, Université McGill, Montréal.

L'être humain a toujours réussi, à travers les années, à vaincre davantage la maladie et à augmenter sans cesse son niveau de santé. Bien que ce dernier demeure précaire dans bon nombre de sociétés à travers le monde, la majorité des pays occidentaux ont déployé depuis plusieurs décennies des efforts considérables pour assurer des services de santé adéquats, en injectant notamment de fortes sommes dans la recherche et le développement de nouveaux moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Au Canada, les programmes de santé apparus graduellement au cours de l'histoire récente démontrent que la santé fait partie des priorités des citoyens. Le système de santé existant illustre que l'on considère, ici, l'accessibilité à des soins de santé de qualité comme un droit qui doit être accordé de façon universelle et gratuite.

Cette accessibilité aux services de santé est fondée principalement sur le principe éthique fondamental de justice. Ce principe, présent dans les réformes des années soixante, fait appel à l'équité et s'exprime par une conception égalitariste des personnes. C'est au nom du respect du principe de justice que tout individu doit pouvoir exercer son droit à l'accessibilité aux soins de santé en toute égalité à l'égard des autres et ce, indépendamment de sa capacité de payer ou de toutes autres considérations non-thérapeutiques.

Cette conception implique inévitablement certaines responsabilités collectives à l'égard de l'exercice de ce droit. Cette responsabilité comporte, notamment, qu'il faille se donner collectivement les moyens pour que tous aient adéquatement l'occasion de l'exercer. Or, l'accroissement vertigineux des dépenses de santé, le ralentissement économique du début des années 1980 et la volonté des gouvernements de réduire les déficits budgétaires, ont conduit ces derniers à contrôler davantage les dépenses.

Dans un contexte où les ressources globales de l'État sont nécessairement limitées par la capacité de verser des impôts, il apparaît assez clairement que l'allocation de ces ressources publiques entraîne de réelles difficultés et pose des enjeux éthiques fondamentaux; les décisions sont maintenant prises dans un contexte de choix plutôt que dans un contexte de ressources illimitées.

En effet, le caractère illimité des besoins des individus et leur croissance constante accentuent le fossé entre la demande de services et les ressources disponibles. En matière médicale, l'accroissement des besoins est dû à de multiples facteurs: le vieillissement de la population, les habitudes de vie des individus, l'apparition ou l'identification de nouvelles maladies et le développement technologique en sont les plus évidents. Les progrès technologiques, en particulier, en fournissant aux professionnels de la santé des moyens diagnostiques et thérapeutiques absolument extraordinaires, ont engendré chez les utilisateurs de soins de santé des attentes considérables; celles-ci ont un impact direct sur l'utilisation des ressources disponibles. Le recours à ces nouvelles technologies est un des volets importants de la croissance des dépenses.

L'équation entre des besoins accrus et des ressources raréfiées provoque des choix à divers niveaux en vue de distribuer celles-ci le plus équitablement possible entre les besoins en compétition. En matière de santé, ces choix d'allocation des ressources s'effectuent à trois niveaux: d'abord, la macro-attribution faite au niveau de l'État, ensuite le niveau intermédiaire

d'attribution des ressources par les institutions et enfin, la micro-attribution effectuée au niveau des professionnels de la santé.

I. LA MACRO-ATTRIBUTION DES RESSOURCES

La macro-attribution des ressources s'effectue au niveau politique et consiste à déterminer la part relative des dépenses publiques attribuables à la santé. Puisqu'à ce niveau l'allocation des ressources en soins de santé s'inscrit dans la problématique générale de l'allocation des ressources publiques dans les différents secteurs où l'État intervient, la santé est inéluctablement en compétition avec l'éducation, l'agriculture, la recherche, les dépenses en matière de justice ainsi qu'avec une multitude d'autres domaines d'activités publiques où les besoins sont croissants eux aussi.

Les différentes missions du gouvernement font l'objet d'un arbitrage parfois douloureux en fonction de l'intérêt public et de la saine gestion des finances; à ce titre, plusieurs facteurs interviennent dans la détermination du mode de gestion et d'attribution des dépenses. Parmi ceux-ci se trouvent évidemment les différentes idéologies véhiculées par les acteurs qui participent, de près ou de loin, au processus décisionnel au sein de l'État. L'extension des protections sociales accordées par notre régime fait aussi l'objet de débats idéologiques, technocratiques et d'écoles: faut-il augmenter les budgets en matière de santé au détriment d'autres secteurs? Augmenter les impôts? Réformer uniquement les structures? Privatiser partiellement le système de santé? Imposer un "ticket modérateur"? Privilégier une approche préventive plutôt que curative?

Voilà autant de questions qui seront résolues en fonction des décideurs en place et des priorités qu'ils établissent par leurs décisions comme par leurs absences de décisions. Le problème des déficits annuels, fédéral et provinciaux, ainsi que la dette accumulée constituent une réalité incontournable qui force des choix de rareté; au niveau fédéral cela se traduit par une diminution des transferts aux provinces, et au niveau de celles-ci, par une gestion de rareté dans le cadre de principes établis dans la législation fédérale.

Il faut ajouter à ces considérations, les engagements et programmes des partis politiques, le rôle grandissant des groupes de pressions et des médias, ainsi que l'opinion publique.

II. NIVEAU INTERMÉDIAIRE D'ATTRIBUTION DES RESSOURCES

Une fois déterminées les sommes d'argent allouées aux soins de santé par le gouvernement, il revient aux institutions de prendre les nombreuses décisions relatives à l'allocation des ressources entre les diverses fonctions du système: apparaît-il plus approprié de développer les soins de base dans le but de servir une clientèle plus étendue ou favorise-t-on les traitements plus spécialisés visant une clientèle restreinte? Faut-il mettre l'emphase sur les soins accordés aux malades chroniques ou développer les soins d'urgence? Doit-on privilégier l'achat d'équipement à la fine pointe de la technologie ou remplacer certains

appareils traditionnels vétustes? Combien de lits doit-on mettre à la disposition des bénéficiaires? Comment répartir les ressources entre les diverses régions? Doit-on favoriser les ressources institutionnelles ou les soins à domicile?

De façon quotidienne, les gestionnaires sont confrontés à ce type de décisions d'ordre administratif lesquelles ont des répercussions considérables sur la disponibilité et la qualité des services de santé offerts aux utilisateurs.

Évidemment, la marge de manoeuvre des gestionnaires dans l'élaboration des critères de disponibilité des services est largement tributaire des budgets qui leur sont alloués par l'État. Les directives ministérielles ainsi que les règles législatives et réglementaires déterminent souvent la nature des services offerts par les différents établissements de santé.

Depuis le début des années quatre-vingt, l'ensemble du secteur public et para-public au Canada a évolué dans un contexte budgétaire restrictif. Les établissements de santé ont dû adopter des politiques de gestion relativement rigoureuses, ce qui n'a toutefois pas empêché la détérioration de leur situation financière. Ainsi avons-nous assisté, pendant cette période, à des fermetures de lits, à la réduction du temps d'accès aux blocs opératoires, à des réductions de personnel qui ont toutes engendré de profondes perturbations au sein de l'organisation des services de santé et, parfois, réduit l'accessibilité aux soins.

III. MICRO-ATTRIBUTION DES RESSOURCES

Dans leur relation individuelle avec chaque patient, les médecins sont au coeur de la problématique d'attribution des ressources publiques. Depuis toujours, la pratique de la médecine implique des choix que doit faire le médecin à l'égard de la priorité à donner aux patients, compte tenu de leur état de santé et des moyens dont il dispose. La pratique du médecin consiste à donner le meilleur de lui-même, dans le meilleur intérêt de chacun de ses patients.

Dans le contexte actuel de ressources limitées et de restrictions budgétaires, il devient inévitable que les dépenses diagnostiques et thérapeutiques engendrées par le médecin deviennent un élément de sa prise de décision clinique. Cela cause de graves problèmes éthiques et déontologiques. En subordonnant des décisions cliniques à des considérations extérieures à l'état du patient, les médecins risquent de s'éloigner de leur rôle traditionnel et de s'exposer à des situations de conflit.

Dans un contexte où l'intérêt public semble susceptible d'entrer en conflit avec les droits individuels, les médecins devront prendre conscience du rôle important qu'ils occupent dans l'allocation des ressources; ils devront être soucieux de les utiliser efficacement. Au-delà de la recherche des meilleurs intérêts des patients, l'allocation des ressources oblige les médecins à devenir responsables envers les autres patients et la société en général. En ce sens, leurs décisions cliniques doivent reposer sur certains critères d'efficacité dans l'utilisation rationnelle des ressources mises à leur disposition. Le respect du droit d'accès des autres patients est à ce prix.

L'utilisation adéquate des ressources amène les professionnels à évaluer les coûts et les avantages des moyens thérapeutiques et diagnostiques qu'ils choisissent. La démarche vise un équilibre entre les meilleurs intérêts des patients et la nécessité sociale de gérer efficacement les ressources restreintes disponibles. Cette attitude responsable n'est d'ailleurs pas irrécyclable avec la liberté thérapeutique du médecin; elle n'affecte pas nécessairement la qualité des soins qu'il peut prodiguer à ses patients, compte tenu des moyens dont dispose le système de santé.

Évidemment, le rôle du médecin n'est pas d'établir des politiques. Il ne lui revient pas d'assumer seul la responsabilité d'un juste équilibre entre les intérêts collectifs et individuels. Le médecin, rappelons-le est largement tributaire des nombreux choix sociaux qui précèdent son intervention dans le processus d'allocation des ressources.

IV. LA SANTÉ: UN CHOIX DE SOCIÉTÉ EN MUTATION?

Les principes à la base du système de santé au Canada sont profondément enracinés. Ils reflètent des valeurs collectives considérées comme des acquis.

En dépit de sa bonne réputation, le système de santé traverse aujourd'hui une crise importante qui menace, à certains égards, ses principes les plus fondamentaux, à savoir la qualité et l'accessibilité aux soins. Nous ne pouvons plus échapper à la remise en question d'un système dorénavant marqué par l'inefficacité d'utilisation des lits de courte durée, l'engorgement des urgences, le besoin pressant de personnel infirmier, la vétusté des immeubles et équipements, l'allongement des listes d'attente et la démotivation du personnel et des professionnels oeuvrant en établissement.

Si nous voulons préserver des acquis, il faudra redéfinir les objectifs, les attentes et les orientations que nous voulons privilégier. Les contraintes qui s'abattent sur le système finiront un jour par affecter irrémédiablement tant la qualité des soins que leur accessibilité. Il faudra trouver des solutions imaginatives et audacieuses qui devront tenir compte de l'attachement de la population au système mis sur pied il y a plus de 20 ans.

Il sera nécessaire, par exemple, de prévoir des mesures d'adaptation à la consommation des services de santé des personnes âgées, laquelle a actuellement un impact considérable sur l'organisation des soins. On leur consacre en effet 63% des dépenses publiques totales affectées aux soins de longue durée et 31% des sommes réservées aux soins de courte durée en centre hospitalier. Les gouvernements seront également confrontés à de nouveaux problèmes liés à la prolongation de la vie, à la procréation assistée, aux interventions avant la naissance, amenés par le développement de technologies peu accessibles et coûteuses.

Ultimement, ce type de question pose le problème de la responsabilité légale découlant du manque de ressources en matière de soins de santé. Peut-on en effet imaginer qu'une telle responsabilité puisse un jour survenir dans le cas de refus de services sur la base de leur non-disponibilité? Chose certaine, puisque l'organisation des soins et de services dans les établissements de santé est fondée sur des décisions d'ordre administratif et budgétaire, il

apparaît possible que les tribunaux sanctionnent le droit aux services si ceux-ci sont refusés sur la base du manque de ressources résultant d'une incompétence administrative.

Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'aux États-Unis, dans l'arrêt *Wickline c. State of California*,¹ dans le cadre d'une action prise par une patiente pour l'amputation de la jambe survenue suite à son renvoi prématuré de l'hôpital dû aux "cost containment" il fut décidé que:

*The physician who complies without protest with limitations on treatment imposed by a third-party payer, when his medical judgment dictates otherwise, cannot avoid his ultimate responsibility for his patient's care.*²

Et le tribunal ajoute:

*While we recognize, realistically, that cost consciousness has become a permanent feature of the health care system, it is essential that cost limitation programs not be permitted to corrupt medical judgment.*³

Les tribunaux du Québec ont décidé de cas particuliers en ayant recours aux critères traditionnels de responsabilité civile, c'est-à-dire en recherchant la faute professionnelle. On comprend leur réserve à l'idée de rendre des jugements sur l'allocation quantitative des ressources laquelle relève du domaine politique. Les tribunaux ont entre les mains les instruments nécessaires pour justifier leur intervention dans l'allocation des ressources médicales limitées. Il est en effet permis de croire que les Chartes des droits et libertés de la personne permettront de judiciariser certains refus de traitement sur la base du droit à l'égalité, à la dignité et à la vie.

À titre d'exemple, la Cour supérieure décide, dans *Jasmin c. Cité de la Santé de Laval*⁴ qu'un règlement adopté par un centre hospitalier visant à donner une priorité d'accès absolue à certain de ses services à la population de municipalités déterminées était discriminatoire, et contraire aux Chartes des droits et libertés. Or, le règlement avait été adopté par ce centre hospitalier suite à son incapacité de répondre adéquatement à la forte demande de services obstétricaux, donc sur la base d'un manque de ressources.

Dans la recherche d'un juste équilibre entre les droits fondamentaux et l'intérêt de la collectivité, les tribunaux devront tenir compte des choix politiques faits par l'État, et de la justification de ces choix. Les tribunaux ont, bien sûr, la noble mission de préserver la justice et d'appliquer le droit. Toutefois, la justice concerne également et tout autant la conscience collective d'une population à travers ses institutions démocratiques. En ce sens, politiques, administrateurs et simples citoyens doivent travailler ensemble à la préservation des acquis du système de santé.

1. *Wickline c. State of California*, 239 Cal.Rptr. 810 (Cal. App. 2 Dist. 1986).

2. *Ibid.* at 819.

3. *Ibid.* at 820.

4. [1990] R.J.Q. 502 (C.S.).

Les citoyens d'abord, doivent faire preuve de retenue dans leur utilisation des services de santé; la conscience du droit à l'accessibilité des services doit s'accompagner d'un sens de la responsabilité à l'égard des autres. Il faut gérer la demande de services, au même titre que d'autres gèrent l'offre. Ensuite, les administrateurs et les gestionnaires, doivent établir des politiques de gestion efficace des établissements pour permettre une utilisation optimum des ressources médicales disponibles. Enfin, les politiques doivent faire des choix et fixer des priorités judicieuses en vue de répartir équitablement les ressources nécessaires au bon fonctionnement du système de santé, tant dans les grands centres que dans les régions plus éloignées.

Tous ces acteurs devront, en collaboration, explorer de nouvelles avenues, qui seules permettront une meilleure gestion des ressources et le développement de services harmonieux et de qualité. On pourra ainsi s'attendre à ce que, tout en respectant les principes de base du système de santé, on privatise des services accessoires (laboratoires, services alimentaires, services de blanchissage, etc.). Cela entraînerait des économies dont les fruits seraient affectés à des services directs pour les citoyens. Au même titre, une meilleure intégration des services de santé et une collaboration inter-établissements plus développées dans l'utilisation de certaines ressources pourraient avoir des effets bénéfiques pour le système de santé.

Ces avenues, ainsi que la prévention à long terme visant à modifier les conditions qui provoquent des appels de ressources, restent à reconsidérer ou à explorer. La sauvegarde des principes de qualité et d'accessibilité en dépend.