



Payer pour contrôler la douleur

Cal Gutkin MD CCMF(MU) FCMF, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET CHEF DE LA DIRECTION

Cela se produit avec une constance presque effrayante partout au pays. On restructure des services couverts par notre régime financé à même les fonds publics et, par la suite, les patients voient leurs services réduits et doivent parfois même payer au privé. La physiothérapie, les soins de santé mentale, l'audiologie, l'orthophonie et les cliniques de contrôle de la douleur comptent parmi les services réduits ou éliminés du menu des services financés par le secteur public. Quand on ajoute les médicaments d'ordonnance, les soins dentaires, les services de psychologues, les soins à domicile et de longue durée, et les ambulances, qui n'ont jamais été entièrement financés par l'assurance-santé au Canada, la proportion des services de santé nécessaires qui ne sont pas aisément accessibles continue de s'accroître.

Depuis des années, les Canadiens paient le secteur privé pour plus de 30% des services médicaux et de santé. Beaucoup ne s'en rendent pas compte et croient que l'assurance-santé couvre tout ou, au moins davantage que les régimes d'autres pays. Ce sont des mythes dont on ne discute habituellement pas ouvertement des détails. Les grands titres et les débats politiques enflammés à propos de l'éventuelle érosion de notre régime public portent surtout sur les services des médecins et cachent hypocritement le fait qu'en réalité, ce ne sont pas les médecins mais les gouvernements qui transfèrent peu à peu les services de santé vers le secteur privé.

Voici un récent exemple en Ontario: le gouvernement a annoncé des coupures de fonds qui ont entraîné la fermeture de divers services importants dispensés dans les hôpitaux, comme les cliniques de contrôle de la douleur. Un porte-parole du gouvernement défendait ces décisions en disant qu'elles ne touchaient que les services non essentiels dans les hôpitaux de soins aigus et qu'on n'avait mis un terme à ces programmes qu'après s'être assuré de leur disponibilité dans la collectivité¹.


Par ailleurs, l'accessibilité dans la collectivité pourrait bien être un produit opportun de l'imagination collective des gouvernements. L'analyste expert en soins de santé, Dr Michael Rachlis, a indiqué que, si les milieux communautaires sont probablement plus appropriés que les hôpitaux de soins aigus pour fournir certains de ces services, il y a peu de preuves étayant les assurances données par le gouvernement que des services de remplacement existent. Dr Roman Jovey, ancien président de la Société canadienne pour le traitement de la douleur, a déclaré: « Le contrôle de la douleur est déjà un domaine de la santé si mal desservi en Ontario que nous ne pouvons pas nous permettre de perdre une seule clinique »¹.

Ces changements signifient aussi que de nombreux programmes ne seront plus couverts par les fonds

publics. L'Ontario Health Coalition a fait remarquer que des problèmes d'équité se posent maintenant que beaucoup de gens ne peuvent plus se payer un nombre grandissant de services. Les représentants des hôpitaux et des gouvernements ont répondu en nous rappelant qu'ils sont vraiment forcés d'essayer de faire l'équilibre entre les ressources publiques limitées et la nécessité de servir les collectivités¹.

Sommes-nous à court de solutions créatrices à notre énigme canadienne? Les nouveaux modèles de pratique, y compris en soins primaires, réaliseront-ils les économies nécessaires à la survie de notre régime public? Ou les gouvernements ont-ils choisi comme solution à leurs problèmes financiers de transférer le financement d'autant de services que possible du secteur public au privé?

L'assurance-maladie au Canada couvre à 100 % les services médicaux et hospitaliers nécessaires, mais seulement un petit pourcentage de bien d'autres, autrement dit moins de 70 % de tous les services de santé. Notre ratio public-privé de 70 pour 30 est-il vraiment meilleur que celui des pays où le secteur public couvre 90 % de tous les services, médecins et hôpitaux compris? En décourageant un franc débat sur les options, nous enlevons-nous tout simplement la possibilité de définir une solution de meilleure qualité et plus rentable pour répondre aux besoins de notre population? Pourquoi notre extrême inquiétude à propos de l'avenir menacé de notre régime public semble-t-elle disparaître quand les gouvernements eux-mêmes transfèrent le financement public au privé pour des services essentiels comme en santé mentale, en orthophonie ou en contrôle de la douleur? Ne devrions-nous pas remettre en question l'engagement des responsables de ces décisions qui sont souvent les mêmes porte-parole publics officiels se targuant d'être les sauveurs de l'assurance-santé? Ces personnes ne font-elles pas le contraire de ce qu'elles disent et ne trahissent-elles pas notre régime public?

Les gouvernements luttent contre une récession économique et doivent étirer des dollars limités pour couvrir des services nécessaires non seulement en santé, mais aussi en éducation, en services sociaux, en défense et en infrastructure nationale. Les Canadiens souffrent de voir menacé l'avenir de notre programme national le plus précieux - l'assurance-santé. C'est le temps d'une discussion franche et honnête pour non seulement préserver mais aussi apporter des changements essentiels à l'assurance-santé, afin d'assurer le financement de programmes apportant de meilleurs résultats en santé dans un système juste et abordable pour tous. La population du Canada mérite de pouvoir participer à cette discussion dans le cadre d'un programme national de contrôle de la douleur. 

Référence

1. Boyle T. Juggling act as hospitals eye savings. *Toronto Star*, le 15 février 2010.

This article is also in English on page 396.