

Systeme de sante en crise : au-dela du constat

Partie 1 : Comprendre les dynamiques à l'œuvre

Maxine Dumas Pilon MD CCMF FCMF Timothy Holland MD MA CCMF(MU) Mathieu Moreau MD CCMF(SP) FCMF MSc
 Ross E.G. Upshur MD MSc MCFP FRCPC Christy Simpson PhD MA Daniel Buchman MSW PhD

Le système de santé canadien traverse actuellement une crise et est confronté, depuis des décennies, à une succession de crises à n'en plus finir : 20 % de la population canadienne n'a pas de médecin de famille ni d'autre fournisseur de soins primaires¹ et les inégalités en santé se creusent, avec des écarts d'espérance de vie pouvant atteindre 10 ans entre les différentes communautés^{2,3}. Si, au Canada, l'espérance de vie augmente plus rapidement que l'espérance de vie ajustée sur la santé — une mesure qui tient compte de la qualité de vie en plus de sa durée — en raison des avancées et des innovations médicales, cette progression demeure néanmoins inégalement répartie³. Dans un tel contexte, les professionnels de la santé atteignent des niveaux records d'épuisement professionnel⁴.

L'ensemble des patients, des médecins, des professionnels de la santé et des autorités sanitaires préconisent des solutions urgentes et pérennes. Le Comité d'éthique du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) invite l'ensemble de la communauté médicale, ainsi que les patients, les familles, les autorités sanitaires et les gouvernements, à engager un dialogue sur cette question pressante : puisque la demande de services de santé augmente beaucoup plus rapidement que l'offre, ne devrions-nous pas nous pencher de plus près sur l'aspect « demande » de la crise?

Cet article est le premier d'une série en trois volets qui vise à favoriser ce dialogue. Il met en lumière les dynamiques à l'œuvre dans la crise du système de santé. Le deuxième proposera des pistes pour permettre à la société de redéfinir l'objectif global du système. Le troisième examinera des solutions à la crise, en accordant une attention particulière à la fin de vie. Cette série en trois volets a été élaborée par le Comité d'éthique du CMFC.

Cas

Avant d'entamer une longue journée à la clinique, vous ouvrez votre application d'actualités et parcourez les

gros titres : les services d'urgence (SU) ont atteint leur pleine capacité dans votre région; bon nombre de vos concitoyens et concitoyennes n'ont pas de médecin de famille ni d'autre fournisseur de soins primaires; une communauté autochtone du nord manque de logements adéquats et d'eau potable; votre hôpital local fait face à une grave pénurie d'infirmières; et la crise de la toxicité des drogues, autrefois circonscrite aux opioïdes, s'est intensifiée. Vous prenez une profonde inspiration. Rien de tout cela ne vous surprend. Cela fait au moins 30 ans que vous lisez les mêmes nouvelles. En y réfléchissant, vous vous rendez compte que vous êtes désormais insensible à cette situation et que vous êtes sur le point de sombrer dans le cynisme. Vous consultez vos courriels et le titre d'un article médical indique qu'un dépistage unique de l'antigène prostatique spécifique peut réduire le taux de mortalité lié au cancer de la prostate. Cependant, à la lecture du résumé, vous constatez que la réduction absolue de la mortalité est minime. Le directeur de votre clinique vous informe qu'une secrétaire vient de démissionner, débordée par le volume d'appels et les attentes croissantes des patients. Un courriel de votre autorité sanitaire locale sollicite des bénévoles pour des cliniques d'hiver afin d'alléger la pression sur les SU. Vous hésitez, car il vous arrive souvent de travailler tard le soir à vérifier des résultats d'analyses et à passer des appels. Les membres de votre famille ont remarqué votre fatigue grandissante et votre moindre intérêt pour les activités que vous faisiez ensemble. Vous commencez votre journée à la clinique en vous disant que vous y réfléchirez plus tard.

Comprendre les dynamiques en jeu : une tempête parfaite

Au cours des cinq dernières décennies, les dépenses liées à la santé au Canada ont grimpé en flèche, augmentant

Points de repère du rédacteur

- ▶ Les progrès de la médecine élargissent les attentes sociétales et la définition des besoins.
- ▶ Cela contribue à la médicalisation du vieillissement et de la fin de vie, et entretient le déni de la mort au sein de la société.
- ▶ Ces dynamiques mènent au paradoxe de la performance du système de santé : en réduisant la mortalité, il accroît les besoins en soins liés aux maladies chroniques, compromettant ainsi sa viabilité.

de près de 500 %⁵. Entre 1980 et 2022, le pourcentage du produit intérieur brut consacré à la santé est passé de 6,5 à 11,2 %⁶. Malgré ces investissements, le système de santé demeure en crise.

Si cette croissance semble refléter une amélioration des soins, elle cache une réalité plus complexe : une redéfinition des besoins, des attentes sociétales croissantes et des défis structurels posés par les progrès médicaux sous-tendent la hausse des coûts.

Le piège des besoins

Contrairement à d'autres formes de justice distributive, qui peuvent être fondées sur la justice égalitaire ou l'accès équitable, notre système de santé alloue les ressources en fonction de ce que l'on désigne comme des *besoins*.

Pendant, le besoin est un concept non normalisé qui a considérablement évolué au cours des dernières décennies. En définir les contours, puis en établir la hiérarchie, constitue une tâche sans fin. Le paradoxe d'Easterlin apporte un éclairage intéressant⁷ : l'augmentation de la richesse matérielle ne se traduit pas nécessairement par un accroissement du bonheur, car les attentes de la société évoluent. À mesure que de plus en plus de personnes ont accès à certains biens, tels que les voitures, la climatisation ou les téléphones intelligents, ces biens passent du statut de luxe à celui de nécessités ou de besoins perçus.

Les besoins en matière de santé obéissent à une logique similaire. À mesure que progressent la technologie et la médecine, la perception de ce que le système de santé devrait offrir s'élargit en conséquence. Ce qui relevait autrefois de l'inéluctable condition humaine — le vieillissement, l'inconfort, l'anxiété et la mort — est aujourd'hui considéré comme un problème de santé inacceptable exigeant une solution médicale. Cela a entraîné une augmentation des attentes sociétales, ainsi qu'un recours accru au surdiagnostic et au surtraitement, de même que la médicalisation du vieillissement et de la fin de vie, entre autres phénomènes.

L'illusion d'une compression de la morbidité et d'une réduction de la mortalité

La médecine aime à croire qu'en traitant la maladie, elle en comprimera la durée⁸. Si cela est souvent vrai, le traitement des maladies chroniques — telles que les maladies cardiovasculaires et le cancer — conduit plutôt à une prolongation de la vie avec la maladie⁹. Par exemple, les personnes atteintes de démence au Canada vivent plus longtemps qu'auparavant¹⁰. Or, plus la maladie est avancée, plus elle requiert une surveillance étroite, une expertise spécialisée supplémentaire et une mobilisation croissante des ressources et des services de santé (Figure 1).

Une autre croyance répandue, mais erronée, consiste à penser que la médecine est à même de réduire la mortalité. Bien que cela puisse être vrai à certaines

étapes précises de la vie, la mortalité humaine demeure, invariablement, de 100 %. En omettant de préciser le moment et la durée de cette réduction, de nombreux titres d'articles scientifiques entretiennent le dogme selon lequel la mortalité doit être réduite à tout prix et à tout stade de la vie d'un patient.

Effets des progrès technologiques et pharmaceutiques

Les progrès scientifiques et techniques ont révolutionné la médecine en offrant des solutions inédites pour traiter des maladies jusque-là incurables. Cependant, ces avancées ne sont pas uniquement d'ordre scientifique et technique; elles sont aussi profondément sociales et ont amplifié les défis économiques et structurels au sein des systèmes de santé.

Les technologies de pointe, telles que l'imagerie par résonance magnétique, offrent des gains diagnostiques remarquables, mais leur coût augmente rapidement. Le recours à ces technologies est fréquemment dicté par leur disponibilité plutôt que par une nécessité clinique. Cette dynamique illustre un principe d'économie de la santé, souvent désigné sous le nom de « loi de Roemer », selon lequel l'augmentation de l'offre médicale — d'abord observée dans le cas des lits d'hôpitaux — tend à engendrer sa propre demande au sein des systèmes de santé à l'échelle mondiale^{11,12}.

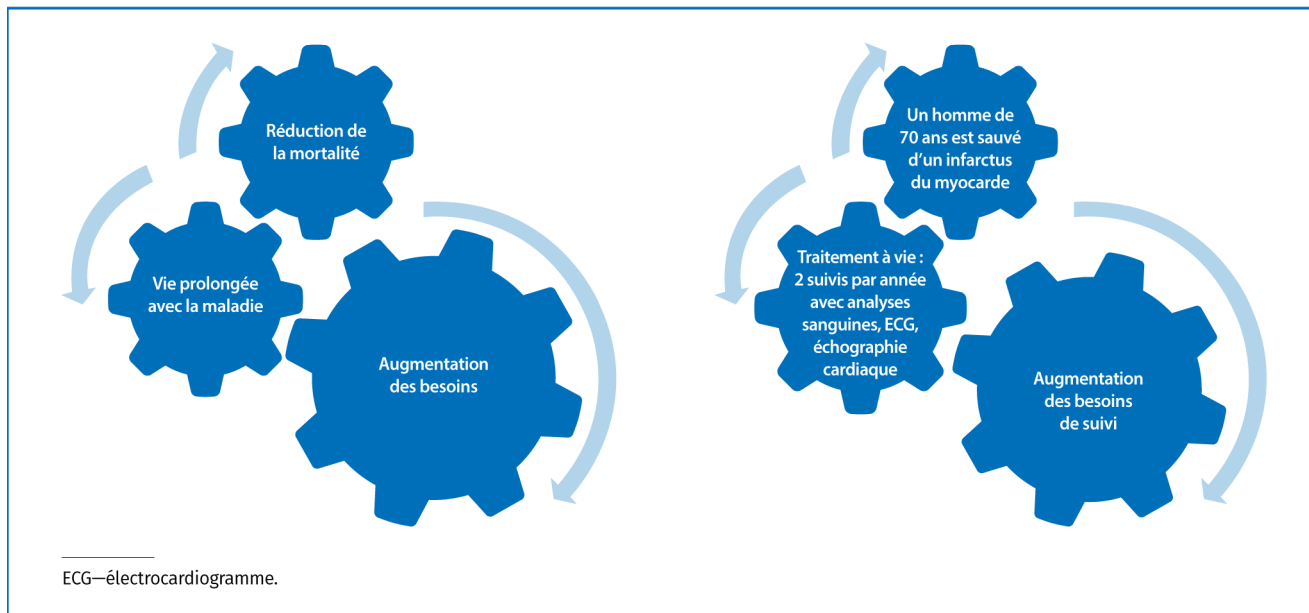
Un autre exemple concerne le recours aux unités de soins intensifs, trois fois plus onéreuses et beaucoup plus exigeantes en ressources humaines, qui croît plus rapidement que le nombre d'hospitalisations pour soins aigus en général¹³. De plus, une étude de cohorte rétrospective a montré que l'augmentation du nombre de lits en unité de soins intensifs dans un hôpital accroissait la probabilité qu'un patient atteint de démence avancée reçoive une ventilation mécanique, doublant ainsi le recours à cette intervention sans améliorer le taux de survie¹⁴.

De la même façon, les progrès réalisés dans le traitement de certaines maladies, telles que le diabète, l'insuffisance rénale ou l'insuffisance cardiaque, ont permis à des millions de personnes de vivre plus longtemps. Toutefois, cette longévité accrue contribue à prolonger la vie avec la maladie, ce qui accentue la pression sur le système¹⁵. Ce cycle est exacerbé par une culture qui valorise les interventions techniques et les innovations coûteuses, souvent au détriment des mesures préventives ou des soins primaires¹⁶.

Le déni de la mort : un fardeau pour les systèmes de santé

La modernité a profondément transformé notre rapport à la mort. Celle-ci n'est plus perçue comme une étape inévitable de l'existence, mais comme un échec du système médical. L'objectif de réduction de la mortalité, appliqué sans discernement, fait en sorte que nous passons collectivement à côté de ce qui est considéré

Figure 1. Effets à long terme de la réduction de la mortalité



comme une « bonne mort », ainsi que l'illustrent de nombreux rapports faisant état d'occasions manquées en matière de soins palliatifs¹⁷.

De plus, le Canada figure parmi les pays où les dépenses médicales en fin de vie sont les plus élevées¹⁸. Les statistiques sont frappantes : près de 25 % des dépenses de santé sont consacrées aux derniers mois de vie des patients, souvent pour des traitements invasifs qui ont un impact minimal sur la longévité et un impact négatif majeur sur la qualité de vie. Ce coût financier élevé reflète un manque d'alignement entre le système et la société¹⁸.

Le choix de notre système de santé d'opter pour une approche médicale plus agressive, bien qu'animé par une certaine forme d'espoir, est la preuve de notre difficulté à entamer des discussions courageuses sur les objectifs des soins, en particulier en fin de vie.

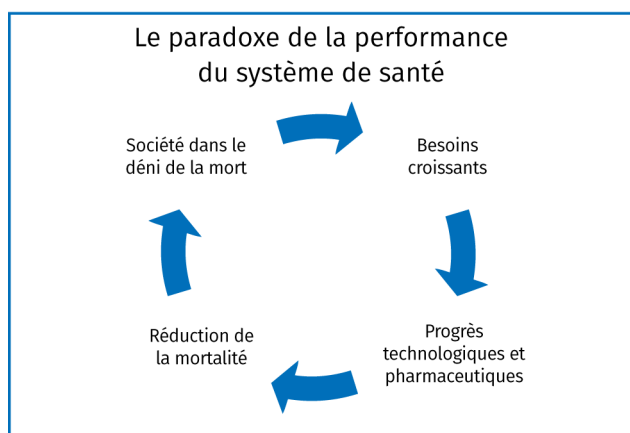
La D^{re} Iona Heath, médecin de famille anglaise, va plus loin dans cette réflexion :

De nos jours, les médecins sont animés par un sentiment de culpabilité et de malaise qui les pousse à lutter toujours davantage pour prolonger la vie, souvent au détriment de sa qualité. Là encore, l'orgueil démesuré et l'ambition de la science biomédicale sont en grande partie responsables du déni dangereux et préjudiciable de la mort que l'on observe dans la société contemporaine¹⁹.

Paradoxe de la performance : un système qui alimente sa propre crise

L'analyse ci-dessus révèle un aspect négligé de la crise, à savoir le rôle même du système de santé dans l'augmentation de la demande. Plus le système de santé devient efficace pour réduire la mortalité et prolonger la vie, plus le nombre de personnes nécessitant des soins

Figure 2. Le paradoxe de la performance du système de santé



prolongés augmente (Figure 2). Ce phénomène illustre le paradoxe de la performance du système de santé, selon lequel ses réussites en viennent à menacer sa propre viabilité²⁰.

Pour faire face à cette crise, nous devons examiner comment la demande — générée à la fois par les patients et par les professionnels — contribue à l'alimenter. Il convient également d'affronter ces dynamiques en adoptant une nouvelle manière de concevoir ce que signifie être en bonne santé et ce à quoi peuvent et doivent ressembler le vieillissement, la fin de vie et la mort. Le prochain article de la série s'inspire des concepts liés aux limites planétaires afin de proposer une redéfinition du système de santé.

La D^{re} Maxine Dumas Pilon est médecin de famille et professeure adjointe au Département de médecine de famille de l'Université McGill, à Montréal (Québec), et présidente du Groupe de travail sur l'innovation en soins primaires du Collège des médecins de famille du Québec. Le D^r Timothy Holland est médecin de famille au centre de santé Sipekne'katik à Shubenacadie, en Nouvelle-Écosse, chef du département de bioéthique à l'Université Dalhousie à Halifax, en Nouvelle-Écosse, et responsable médical de la clinique de santé pour les nouveaux arrivants de Halifax. Le D^r Mathieu Moreau est

professeur adjoint d'enseignement clinique au département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, au Québec. Le **D^r Ross E.G. Upshur** est titulaire de la chaire en santé publique clinique et chef de la Division de santé publique clinique à la Dalla Lana School of Public Health, à Toronto. Il est également professeur au Département de médecine de famille et de médecine communautaire de l'Université de Toronto, en Ontario. Le **D^r Christy Simpson** est professeure agrégée au département de bioéthique de l'Université Dalhousie et éthicienne à la Société canadienne du sang à Ottawa, en Ontario. Le **D^r Daniel Buchman** est bioéthicien et scientifique au Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, professeur agrégé à la Dalla Lana School of Public Health et scientifique affilié au Krembil Research Institute à Toronto.

Collaborateurs

La **D^r Maxine Dumas Pilon** a conçu le manuscrit et rédigé la première ébauche. Elle a ainsi élaboré la majeure partie du contenu. Les **D^s Timothy Holland** et **Mathieu Moreau** ont participé à la réécriture et à l'élaboration du contenu. Tous les coauteurs ont fourni des commentaires critiques, contribué à la réflexion intellectuelle de l'article et approuvé la version finale. Tous les auteurs assument la responsabilité de l'intégrité du travail.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Maxine Dumas Pilon; courriel maxine.dumaspilon@mcgill.ca

Références

- Duong D, Vogel L. National survey highlights worsening primary care access. *Can Med Assoc J*; 2023;195(16):E592-3. doi: 10.1503/cmaj.1096049.
- Brassard D. De l'ouest à l'est de Montréal, l'espérance de vie raccourcit de 9 ans [Internet]. Radio-Canada; 2016 [cité le 14 janv. 2026]. Accessible à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/765569/esperance-vie-est-montreal-ouest-ciuss-est-ile>.
- Bushnik T, Tjepkema M, Martel L. Socioeconomic disparities in life and health expectancy among the household population in Canada. *Health Rep*. 2020 Jan 15;31(1):3-14. doi: 10.25318/82-003-x202000100001-eng.
- Boudreau RA, Grieco RL, Cahoon SL, Robertson RC, et al. The pandemic from within: two surveys of physician burnout in Canada. *Can J Commun Ment Health*. 2007;25(2):71-88. doi: 10.7870/cjcmh-2006-0014.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Canadian Health expenditure and financing from 1974 to 2023 [Internet]. Paris : OECD Data Explorer; 2024 [cited 2026 Jan 14]. Available from: [https://data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_SHA%40DF_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=CAN.A.EXP_HEALTH.XDC..._T_T.HP1%2BHP2%2BHP3...&pd=%2C&of\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=CAN.A.EXP_HEALTH.XDC..._T_T.HP1%2BHP2%2BHP3...&pd=%2C&of[TIME_PERIOD]=false&vw=tb).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health expenditure and financing; Share of gross domestic product [Internet]. Paris: OECD Data Explorer; [cited 2026 Feb 2]. Available from: https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&tm=health%20finance%20and%20expenditure&pg=0&snb=30&vw=tb&df%5Bds%5D=dsDisseminateFinalDMZ&df%5Bid%5D=DSD_SHA%40DF_SHA&df%5Bdf%5D=OECD.ELS.HD&df%5Bvs%5D=1.0&dq=A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ..._T...&pd=1980%2C2022&to%5BTIME_PERIOD%5D=false.
- Easterlin RA. Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. In: David PA, editor. *Nations and households in economic growth*. Maryland Heights: Elsevier; 1974. p. 89-125.
- Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980;303(3):130-5. doi: 10.1056/NEJM198007173030304.
- Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75-86. doi: 10.1093/geronb/gbq088. Epub 2010 Dec 6.
- Statistics Canada. Canadian Community Health Survey—Annual Component (CCHS) [Internet]. Government of Canada; 2022 [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>.
- Roemer MI. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. *Hospitals*. 1961 Nov 1;35:36-42.
- Weisbrod BA (1991). The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *J Econ Literature*. 1991 June;29(2):523-52.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les unités de soins intensifs au Canada [Internet]. ICIS; 2016 [cité le 2 févr. 2026]. Accessible à : <https://www.cih.ca/sites/default/files/document/care-canadian-icu-report-fr.pdf>.
- Teno JM, Gozalo P, Khandelwal N, Curtis JR, et al. Association of Increasing Use of Mechanical Ventilation Among Nursing Home Residents With Advanced Dementia and Intensive Care Unit Beds. *JAMA Intern Med*. 2016 Dec 1;176(12):1809-16. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.5964.
- Gruenberg EM. The failures of success. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1977 Winter;55(1):3-24.
- Callahan D. What kind of life?: the limits of medical progress. Georgetown University Press; 1995.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). Access to palliative care in Canada [Internet]. CIHI; 2023 Apr 27 [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://www.cih.ca/en/access-to-palliative-care-in-canada>.
- Quinn K, Isenberg S, Downar J. Commentary NO.608. Expensive Endings: Reining In the High Cost of End-of-Life Care in Canada [Internet]. C.D. Howe Institute; 2021 Oct [cited 2026 Jan 15]. Available from: https://www.cdhowe.org/wp-content/uploads/2024/04/Commentary_608.pdf.
- Heath I. *Matters of life and death: key writings*. Abingdon, England: Routledge; 2007.
- Heath I, Mangin D, Toop L, Brodersen J. The future of national health systems. *Br J Gen Pract*. 2011 May;61(586):319-20. doi: 10.3399/bjgp11X572292.

Can Fam Physician. 2026 mars;72(3):e84-7.
doi: 10.46747/cfp.7203e84

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the March 2026 issue on page 209.