

Coalition Solidarité Santé

Non à la socialisation des pertes et à la privatisation des bénéfices !

Mémoire présenté à la Commission d'étude
sur les services de santé et les services sociaux

Septembre 2000

Table des matières

<i>Présentation de la Coalition</i>	3
<i>Qui ne dit mot consent !</i>	4
<i>Des a priori qui n'ont pas été démontrés</i>	5
<i>Le vieillissement de la population menace-t-il vraiment de faire exploser les coûts du système ?</i>	5
<i>Le privé a-t-il indéniablement un rôle à jouer dans la prestation des services à la population ?</i>	7
<i>Est-il nécessaire, pour réduire les coûts, de regarder du côté des médicaments ?</i>	8
<i>Le problème de répartition des médecins sur le territoire québécois pourrait-il se résorber par lui-même ?</i>	10
<i>Le débat peut-il se réduire à la dimension curative des soins médicaux et aux services hospitaliers ?</i>	11
<i>Est-il anormal que le mouvement communautaire autonome soit appelé à contribuer davantage ?</i>	13
<i>Est-il nécessaire de réinventer les services de première ligne ?</i>	14
<i>Notre vrai problème est-il réellement que nous avons un système trop généreux ?</i>	16
<i>Couper dans les services publics de soutien seraient-il un choix judicieux ?</i>	17
<i>Les caisses spéciales sont-elles véritablement une solution qui mérite qu'on s'y attarde ?</i>	18
<i>Les sommes investies dans la santé doivent-elles être considérées comme des dépenses ou comme un investissement social rentable économiquement ?</i>	20
<i>Les solutions proposées vont-elles dans le sens de la solidarité sociale et de l'équité ?</i>	21
Manifeste pour un système public de santé et de services sociaux	23
Un droit incontournable : la santé	23
Une définition de la santé qui s'impose	23
Une vision sociale de la santé à réaffirmer	23
Des principes à maintenir et à garantir.....	23
Un refus sans équivoque de la privatisation.....	24
Une couverture publique à développer.....	24
Une pratique médicale à repenser	25
Une réalité à reconnaître : la spécificité des femmes.....	25
Un réinvestissement urgent : le financement du système	25

Présentation de la Coalition

En 1991, treize organisations syndicales et communautaires créent la Coalition pour le maintien de la gratuité dans la santé. Pour ces organisations, l'introduction possible d'un ticket orienteur et d'un ticket modérateur indique sans équivoque un changement majeur au contrat social dans la santé et les services sociaux au Québec.

Les assises politiques de la Coalition sont, dès sa création, le respect des grands principes qui ont guidé la mise sur pied du système québécois : le caractère public, l'universalité, l'accessibilité, la gratuité et l'intégralité. En 1993, la Coalition pour le maintien de la gratuité dans la santé devient la Coalition Solidarité Santé.

Constatant que les reculs du droit à la santé se multiplient, la Coalition décide de poursuivre ses travaux toujours sur une base citoyenne et s'élargit.

Elle compte maintenant plus d'une trentaine d'organisations membres grandement préoccupées par l'avenir du système public de santé et de services sociaux. Parmi elles, signalons toutes les organisations syndicales actives dans le domaine de la santé et des services sociaux, des regroupements d'organismes communautaires régionaux et nationaux, des organismes de personnes handicapées, de personnes âgées, des organismes communautaires familles, des groupes de consommateurs, des groupes jeunesse, des comités de citoyennes et de citoyens.

Qui ne dit mot consent !

Les membres de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux ne doivent pas ignorer que la Coalition Solidarité Santé a déploré publiquement les modalités du présent processus de consultation, le fait que les scénarios sur le financement tournent autour de deux axes - l'augmentation de la contribution des usagers et la réduction de la couverture publique - et que dans les scénarios sur l'organisation des services, les hypothèses en faveur de la consolidation d'un système public aient été déconsidérées au départ. Nous sommes toujours de cet avis.

Notre présence devant la Commission s'explique essentiellement par l'adage « Qui ne dit mot consent ». Il était effectivement hors de question pour nous d'entériner les scénarios proposés « par défaut ».

Par ailleurs, il nous semblait important de joindre notre voix à celle des organisations et des citoyennes et citoyens pour affirmer que les scénarios mis de l'avant et soumis à la présente consultation nous mèneront inévitablement dans un cul-de-sac.

Nous tenions également à rappeler au gouvernement du Québec, qui vous a tous mandaté, les orientations qu'il avait lui-même énoncées dans son programme électoral en 1994 et avec lesquelles nous étions d'accord :

« L'un des secteurs privilégiés d'expression de la social-démocratie est celui de santé, véritable préalable au développement de l'individu et même de la société tout entière. Il y a plus de vingt ans, les Québécoises et les Québécois, conscients du coût matériel et moral intolérable qu'entraînait l'approche individualiste de la santé décidaient d'en faire une responsabilité collective. Ce choix était le bon ».

Enfin, soulignons que nos choix en matière de financement et d'organisation des services reposent sur un concept qui a, plus d'une fois, échappé aux décideurs politiques : le droit à la santé tel qu'il a été défini par l'Organisation mondiale de la santé :

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale.

Des a priori qui n'ont pas été démontrés

M. Michel Clair, président de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux déclarait le 11 septembre dernier : « On regarde les choses pour améliorer le système et non pas sur la base de préjugés et de craintes qui n'ont pas été démontrées. » (Le Devoir, 12 septembre 2000)

Au risque de le décevoir, nous évaluons que les prémisses de base à l'origine des scénarios proposés n'ont effectivement été démontrées. Si vous permettez, nous les reprendrons une à une pour véritablement évaluer leurs fondements.

Le vieillissement de la population menace-t-il vraiment de faire exploser les coûts du système ?

D'entrée de jeu, nous réfutons l'argument du vieillissement que nous considérons alarmiste et teinté d'âgisme. La Suède et le Danemark ont atteint un niveau de vieillissement comparable à celui que connaîtra le Québec dans quinze ans et ont des dépenses comparables à celles du Québec.

	USA	Canada	Suède
PIB consacré à la santé	13,9 %	9,2 %	8,6 %
Dépenses publiques de santé	46,4 %	69,8 %	83,3 %
Espérance de vie femmes	79,4 ans	81,4 ans	81,5
Espérance de vie hommes	72,7 ans	75,7 ans	76,5

Source : OCDE, Statistiques de santé 1999

Plus, encore, les analyses mêmes du ministère de la Santé et des services sociaux confirment que le vieillissement de la population n'est pas une menace qui risque de faire exploser les coûts. Marie Demers, épidémiologiste au ministère, déclarait, elle aussi,

« C'est une solution très facile de faire reposer les maux de notre système sur les gens âgés. »¹

Entre 1982 et 1992, toujours selon le ministère, le vieillissement de la population n'a compté que pour 0,5 % de l'augmentation des dépenses en services médicaux alors que l'augmentation par l'ensemble de la population de la consommation des services médicaux a compté pour 47 %². Les coûts importants vont surtout découler de l'hébergement. L'Organisation de coopération et de développement économique affirmait que « même si les dépenses liées à l'hébergement devaient exploser de 50 % d'ici 20 à 30 ans, le fardeau supplémentaire pour les dépenses publiques ne serait que l'ordre de 1 % du produit intérieur brut ».

S'il est indéniable que le Québec connaîtra un important vieillissement de sa population, il est aussi évident que cette population âgée sera en meilleure santé que les générations qui l'ont précédées. Or, si l'on considère que les personnes de 75 ans et plus seront les personnes âgées du Québec de demain, force est de constater qu'elles composeront 12 % de la population du Québec soit exactement la même proportion que les personnes âgées de 65 ans et plus aujourd'hui.

Bref, toutes les études réalisées tant au Québec qu'au Canada et ailleurs dans le monde convergent, le vieillissement ne représente pas une menace pour le système québécois de santé et de services sociaux. Si les déclarations gouvernementales ont fait en sorte de créer un problème, là il n'y en a manifestement pas, on peut se demander quel était le but de cette opération. La réponse qui nous semble la plus juste nous vient de démographes canadiens qui évaluent que « la démographie apocalyptique n'est qu'un outil politique servant à modifier le tissu social et le contrat social...une raison de démanteler ce qui reste de l'État providence »³ en utilisant par exemple, le recours systématiquement aux familles, aux groupes communautaires et au secteur privé.

¹ Paré, Isabelle, Le Devoir, 29 avril 2000, Les vrais et les faux problèmes du système de santé : Le vieillissement une menace montée en épingle.

² Idem.

³ Pratte, André, La Presse, Halte à la démographie apocalyptique, 4 août 2000.

Le privé a-t-il indéniablement un rôle à jouer dans la prestation des services à la population ?

Sur ce point, nos vues divergent complètement avec les conclusions du Groupe de travail sur la complémentarité du privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé (le Groupe Arpin) qui sont, en partie, reprises par la Commission. Les récentes déclarations du président de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux à l'effet que : L'essentiel n'est pas ... « de savoir si les services doivent être donnés par des organismes privés ou publics »⁴ ne sont guère de nature à nous rassurer sur l'impartialité de la commission à ce chapitre.

Pourtant, personne ne nous convaincra que cela sera à l'avantage de la population québécoise. La proposition est simple :

- nous allons financer des équipements et des immobilisations qui ne nous appartiendront jamais. Une fois que nous les aurons payés en totalité, nous devons continuer de payer pour pouvoir les utiliser ;
- nous ouvrons toute grande la porte à ce que des frais dits connexes soient facturés directement aux citoyennes et aux citoyens comme c'est actuellement le cas dans les cabinets privés de médecins ;
- nous augmentons les frais d'administration qu'entraîne inévitablement une gestion à la pièce tout en prétendant que cela va réduire les coûts ;
- pire, encore, nous ajoutons des profits avec la même prétention.

Enfin, dans son rapport de 1999, l'Organisation mondiale de la santé concluait que « ... les recherches et l'expérience montrent de plus en plus que le marché de la santé est inefficace ».

Plus encore, les données américaines nous confirment que les coûts de santé au pays de l'Oncle Sam sont largement supérieurs à ceux du Québec. Cela est vrai pour les entreprises à but lucratif comme pour celles à but non lucratif. Nous osons, dans un tel contexte, adresser une question toute simple aux membres de la Commission : *si nous*

⁴ Le Devoir, 3 septembre 2000.

n'avons pas au Québec les moyens d'un système public, universel, accessible et gratuit, comment aurons-nous les moyens d'un système privé ?

Simplement sur la base du gros bon sens, cette proposition ne tient pas la route. Le transfert des services au privé ne repose pas sur des bases économiques sérieuses pas plus que sur une analyse rigoureuse. Force est de constater que cette proposition est essentiellement idéologique. Elle n'équivaut à rien d'autre qu'à un cheval de Troie pour la socialisation des pertes et la privatisation des bénéfices. Proposition que nous ne pouvons, pour des raisons évidentes, endosser.

Nous ne sommes pas les seuls. En 1988, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (qui a pris plusieurs années pour étudier la question) affirmait :

« Il est établi depuis longtemps que les mécanismes du marché ne doivent pas s'appliquer aux services sociaux et aux services de santé (...) L'équité en matière d'accessibilité aux services et de distribution des ressources dans la collectivité ne peut être assurée sans le maintien d'un système public fort. »

Pourquoi tenter de nous convaincre du contraire aujourd'hui ?

La ministre de la Santé et des services sociaux déclarait récemment : Tout est sur la table sauf un système à deux vitesses. Alors pourquoi avons-nous la désagréable impression que le jupon dépasse et que tout est sur la table et surtout un système à deux vitesses ?

Est-il nécessaire, pour réduire les coûts, de regarder du côté des médicaments ?

Avec une hausse moyenne de 15 % par année, les médicaments sont l'élément le plus inflationniste du système québécois de santé et de services sociaux. Même si les entreprises pharmaceutiques font des profits exorbitants, le gouvernement québécois refusait au printemps 2000 d'opter pour une politique d'achat au plus bas prix pour les médicaments. La Commission, quant à elle, refuse d'aborder directement cette question

dans ses scénarios sur le financement. Ce choix éditorial de la commission nous étonne d'autant plus qu'en janvier dernier, dans son document d'évaluation du régime général d'assurance-médicaments, le ministère affirmait : « Ce taux est d'autant plus préoccupant qu'il influencera la répartition des ressources financières entre les différents acteurs de la santé.» Nous constatons que cela est déjà le cas.

Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, les budgets des établissements québécois ont diminué de plus d'un milliard entre 1993 et 1999 alors que les dépenses en médicaments ont progressé de plus de 800 millions⁵. Cela a entraîné des conséquences dramatiques sur le nombre de personnes traitées dans les hôpitaux de courte durée (-18 %), le nombre de lits disponibles pour des soins généraux et spécialisés(-28 %), le nombre de places en hébergement de longue durée(-8 %), le nombre de postes dans les établissements (abolition d'un poste sur onze), le développement des services à domicile maintes fois promis par le gouvernement pour vendre à la population le virage ambulatoire (le Québec investit trois fois moins que l'Ontario).

A l'instar du Forum national de la santé, la Coalition Solidarité Santé est d'avis que l'accès aux thérapies médicamenteuses fait partie intégrante de l'accès aux soins de santé. A maintes reprises par le passé, nous avons réclamé la mise sur pied d'un régime universel d'assurance-médicaments intégré au système québécois de santé et de services sociaux, l'adoption d'une véritable politique du médicament et une politique d'achat au plus bas prix. Ces propositions auraient comme avantages de permettre au gouvernement d'exercer un réel contrôle des coûts des médicaments et de répartir les risques dans un seul groupe : la population québécoise. Il nous semble évident qu'un tel choix gouvernemental irait dans le sens de l'équité, de la solidarité et de l'efficacité. Malheureusement, nous n'y sommes pas encore, le gouvernement se refusant toujours à étudier cette proposition à son juste mérite. Malgré les silences de la Commission sur la question des médicaments, nous réitérons notre demande.

⁵ Voir à ce chapitre les données de l'Institut canadien d'information de la santé.

Le problème de répartition des médecins sur le territoire québécois pourrait-il se résorber par lui-même ?

Alors que la répartition des médecins sur le territoire québécois (entre les régions et dans les régions) pose problème, la Commission ne formule aucune proposition explicite qui nous permettrait de régler une fois pour toute ce problème. Nous présumons donc que la Commission postule qu'il n'y a pas lieu de s'alarmer sur cette question, que le résultat des dernières négociations avec les fédérations médicales suffira à produire les effets escomptés bref, que le problème se résorbera de lui-même.

Ce que les citoyennes et les citoyens sont à même de constater c'est que le problème de répartition des médecins sur le territoire est un problème ponctuel récurrent. 30 ans après l'adoption de la loi qui a consacré le statut d'entrepreneur privé payé à même les deniers publics, un constat d'échec s'impose. Les médecins manquent dans les régions - Shawinigan et Acton Vale sont en voie de devenir des régions éloignées- et dans toutes les régions du Québec, les problèmes de recrutement sont majeurs dans les CLSC, dans les urgences, pour les soins à domicile, dans les centres de soins de longue durée. La création officielle des départements régionaux de médecine générale en 1998 n'aura rien changé à la donne et la solution des médecins dépanneurs n'aura fait que déplacer le problème d'une région à l'autre en produisant un effet domino.

Si l'on se fie aux données de l'Institut canadien d'information sur la santé, le Québec ne manque pas de médecins. Nous sommes les champions toute catégorie au Canada pour le nombre de médecins par 100 000 habitants. Le Québec compte actuellement 212 médecins par 100 000 habitants. L'Ontario, 179 médecins. La moyenne canadienne se situe à 186 médecins par 100 000 habitants. Fait intéressant à souligner, le Québec compte plus de médecins aujourd'hui qu'en 1995 (209 alors).

Si tel est effectivement le cas, nous nous expliquons mal cette pudeur que nous avons à nous réapproprié collectivement le droit de choisir le lieu, les endroits et les moments de pratique médicale.

Bien que nous ne soyons pas a priori contre l'option 6 proposée par la Commission, c'est-à-dire d'adapter la rémunération des médecins aux responsabilités qui leur sont conférées des exigences s'imposent préalablement :

- L'abandon du paiement à l'acte et l'établissement d'un mode de rémunération mieux adapté aux besoins de la population et des établissements publics. Un mode qui favorise davantage la multidisciplinarité dans le secteur public, la révision de la délégation d'actes et la démedicalisation des problèmes sociaux.
- La réappropriation collective du droit de choisir le lieu et les moments de pratique des médecins par l'établissement d'activités prioritaires dans les établissements publics et le respect des plans d'effectifs médicaux. Précisons que le fait d'introduire des exigences sociales de cette nature n'affecterait en rien leur autonomie professionnelle.
- La régionalisation des budgets de la Régie de l'assurance-maladie du Québec destinés au paiement des médecins doit enfin être mise de l'avant .

Le débat peut-il se réduire à la dimension curative des soins médicaux et aux services hospitaliers ?

Le Québec a historiquement opté pour un système qui reconnaît le médical autant que le social, le préventif autant que le curatif. Ce qui est fascinant dans les scénarios mis de l'avant par la Commission et ce, malgré le titre même de la Commission sur les services de santé *et les services sociaux*, c'est l'inexistence des services sociaux et du volet prévention et promotion de la santé. Il n'y en a pour que les services médicaux et les services hospitaliers. On pensait pourtant avoir disposé de cette question avec l'adoption du rapport de la Commission Castonguay-Nepveu en 1970 et la Commission Rochon, en 1988.

Les services sociaux et les activités de prévention et de promotion ont largement été sacrifiés sur l'autel du déficit zéro et qu'il ne saurait être question pour nous de faire perdurer la situation. Nous rappelons à la Commission que les facteurs qui font qu'une population est en santé ne sont pas tous de nature médicale et hospitalière et que cette

réalité justifie largement qu'on cesse de déconsidérer les services sociaux et les activités de prévention et de promotion de la santé.

Pour alimenter la réflexion de la Commission, nous rappellerons ce que l'Organisation mondiale de la santé, le Conseil de la santé et du bien-être et le rapport Rochon affirmaient :

Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, le logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, le revenu, l'émancipation des femmes, un écosystème stable, une utilisation judicieuse des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'Homme et l'équité. La plus grande menace à la santé est la pauvreté.

OMS, Quatrième conférence internationale de la promotion de la santé, Jakarta, juillet 1997.

La Commission réaffirme la nécessité fondamentale du système de santé et de services sociaux, à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être. Elle identifie en outre deux conditions préalables : la recherche d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social (p.685).

Rapport Rochon, 1988, Rapport de la commission sur les services de santé et les services sociaux.

Les déterminants socio-économiques de la santé et du bien-être, c'est-à-dire les facteurs qui relèvent des conditions de vie n'ont pas reçu la même attention. De plus en plus, on met en évidence les liens que les multiples facteurs économiques, sociaux et culturels entretiennent avec les autres déterminants de la santé. (...) Ces facteurs apparaissent désormais prépondérants.

Politique de santé et de bien-être adoptée par le gouvernement québécois en 1992.

Est-il anormal que le mouvement communautaire autonome soit appelé à contribuer davantage ?

Le huitième scénario sur l'organisation des services pose l'hypothèse d'un plus grand recours au secteur communautaire. La logique semble être assez simpliste : puisque le gouvernement québécois consacre des fonds pour le financement des organismes communautaires, il est acceptable qu'il impose ses conditions de financement.

Il est vrai que la dynamique des comités de citoyens s'est articulée en fonction de trois axes principaux : la prestation de services directs pour combler le manque à agir des responsables politiques et administratifs, l'élaboration d'activités d'éducation populaire et d'information et, finalement, l'articulation d'un ensemble de revendications formant l'enjeu politique de l'engagement citoyen. Celle-ci a toujours eu comme objectif de mobiliser les personnes d'un milieu ou d'un groupe social particulier afin de leur permettre de s'exprimer à titre de citoyennes et de citoyens. Il faut se rappeler que la revendication citoyenne ne portait pas sur un transfert de la responsabilité de l'État vers le milieu, mais plutôt sur la nécessité pour l'État d'assumer complètement sa responsabilité⁶. Les groupes communautaires ont très bien compris que « Mille dévouements admirables ne vaudront jamais une bonne politique sociale. »⁷

La Coalition s'inscrit en faux contre les visées utilitaristes du gouvernement québécois et le détournement de mission que suppose le recours voire même l'embrigadement des groupes communautaires dans la prestation de services. Ce point de vue est largement exprimé par les groupes eux-mêmes depuis le début des consultations sur la politique de financement et de reconnaissance de l'action communautaire qui sont toujours en cours sous la présidence de M. Gérald Larose. Il a également été exprimé au gouvernement et aux membres du Groupe Arpin. Malgré les dérives que suppose une telle volonté gouvernementale d'enrôler les groupes, nous désespérons de faire enfin comprendre aux

⁶ Mémoire de la Centrale des syndicats du Québec, du Conseil central du Montréal-métropolitain, de la Fédération de la santé et des services sociaux, de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec et du Syndicat de la fonction publique du Québec, déposé en juillet 2000 dans le cadre des consultations sur la politique de financement et de reconnaissance de l'action communautaire.

⁷ Bruckner, Pascal, La tentation de l'innocence.

décideurs que cela signifierait un recul démocratique considérable pour l'ensemble de la société québécoise et qu'il serait périlleux d'aller de l'avant en ce sens.

Cela serait d'autant plus périlleux pour les Québécoises et les Québécois qu'ils assisteraient à l'effritement de leur recours. Nous donnons à témoin, un extrait d'un document de la Régie régionale de Montréal sur les entreprises d'économie sociale en aide domestique où il fait mention que le recours que les citoyennes et les citoyens insatisfaits pourraient envisager, c'est le dépôt de plaintes à l'Office de la protection du consommateur. Le système de santé et de services sociaux n'est pas une fabrique de petits pois !

Est-il nécessaire de réinventer les services de première ligne ?

Un des enjeux évidents qui se dégage de la réorganisation des services proposée par la Commission Clair concerne les services de première ligne. La Commission se questionne sur la nécessité d'organiser ces services sur une base territoriale, sous une autorité unique. La responsabilité clinique et financière pourrait même être confiée à une équipe composée d'infirmières, de médecins et de d'autres professionnels de la santé. Les services visés seraient les services médicaux généraux, les soins infirmiers, l'aide à domicile, l'hébergement et les soins de longue durée, etc.

Il est assez inquiétant de constater que nulle part, la Commission ne mentionne explicitement que l'organisation des services médicaux et sociaux de première ligne sur une base territoriale, c'est exactement l'objectif qui était visé par la création d'un réseau de CLSC dans l'ensemble des régions du Québec. La Commission envisagerait-elle de remettre en question la mission dévolue aux CLSC qui devaient marier préventif et curatif, social et médical ?

Rappelons la mission des CLSC telle que définie dans la Loi sur la santé et les services sociaux : La mission d'un Centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou

curative, de réadaptation ou de réinsertion. A cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille sont rejointes, que les besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail, à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes et les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Il est indéniable qu'une majorité de médecins ont boudé les CLSC et ont refusé d'aller y pratiquer. Il est aussi indéniable que les CLSC n'ont jamais eu des budgets à la hauteur des mandats qui leur ont été confiés. Le problème des heures d'ouverture est essentiellement lié à la sous-budgétisation de ces centres. Avec le virage ambulatoire, les problèmes des CLSC se sont accentués, l'écart entre les mandats et les ressources financières se creusant davantage.

Ce que propose la Commission, c'est ni plus ni moins que de réinventer les boutons à quatre trous. Le réseau des CLSC ne constitue pas, semble-t-il, un acquis du système québécois de santé et de services sociaux suffisamment significatifs pour que cette question soit réglée de facto.

A cet égard, il importe de rappeler à la Commission que la porte d'entrée du système est déjà toute désignée en ce qui nous concerne. Des bonifications budgétaires importantes sont requises (particulièrement en ce qui concerne les soins et les services à domicile) et il faut absolument que les médecins soient là où la situation l'exige.

Leur mandat doit être aussi complet et inclure : la prévention et la promotion de la santé, l'intervention communautaire, les services diagnostiques, les services curatifs, les services sociaux, de soins et de maintien à domicile pour toutes les personnes pour lesquelles ces services sont médicalement ou socialement requis, la coordination des services médicaux sur leur territoire, etc.

Nous préciserons enfin que la continuité des services et des soins ne peut reposer essentiellement sur des cartes à puces, des réseaux informatiques alors que le débat sur l'informatisation des dossiers médicaux, nous l'attendons toujours.

Notre vrai problème est-il réellement que nous avons un système trop généreux ?

Le Québec pourrait difficilement tirer une quelconque fierté d'être la province canadienne qui investit le moins dans les services de santé de sa population (1615 \$ par année et par habitant comparativement à 1889 \$ pour Terre-Neuve, pourtant reconnue comme la province la plus pauvre du Canada⁸).

Les dépenses privées de santé représentaient en 1977, 17 % des dépenses totales de santé. En 1997, elles avaient presque doublé pour atteindre 32,6 %⁹. Les dépenses privées représentent aujourd'hui 683 \$ par année et par habitant alors que 52 % des contribuables québécois vivent avec moins de 20 000 \$ par année »¹⁰.

Pire, encore, à l'heure actuelle, le Québec est également la province où les dépenses privées de santé croissent le plus rapidement.

Cela n'est pas l'effet du hasard. Depuis 1982, le mouvement de déconstruction du système québécois de santé et de services sociaux est amorcé. Les désassurances se sont succédées à un rythme effréné: désassurance des soins dentaires des enfants de 10 à 16 ans, désassurance des soins optométriques des adultes de 18 à 65 ans, désassurance de la physiothérapie, désassurance de la convalescence avec le virage ambulatoire, désassurance des services d'aide domestique pour les personnes en perte d'autonomie temporaire, désassurance de ces services pour les personnes de plus de 65 ans et qui ont des incapacités, désassurance des médicaments des personnes assistées sociales et des personnes âgées de 65 ans et plus, désassurance de services examens ophtalmologiques¹¹. A toutes ces privatisations actives, il faut ajouter les effets des privatisations passives liées au manque de ressources dans les établissements publics : chirurgie de la cataracte, les examens diagnostiques- les échographies, les examens de résonance magnétique, les vasectomies, etc. lorsque ces services sont offerts dans les cliniques privées. Les listes

⁸ Ministère de la santé et des services sociaux, Le système québécois de santé et de services sociaux, 2 février 2000.

⁹ Coalition Solidarité Santé, Guide électoral 1998 sur l'avenir du système de santé et de services sociaux, octobre 1998.

¹⁰ Coalition Solidarité Santé, Notre diagnostic: un système malade de ses compressions, juin 2000.

d'attente sont les principaux outils à la disposition du gouvernement pour accélérer les privatisations passives.

Le Conseil de la santé et du bien-être lançait, en 1995, un cri d'alarme au ministère de la Santé et des Services sociaux quand il affirmait que passer 30 % de dépenses privées nous amenait dans un système à deux vitesses. Ce cri n'a malheureusement pas été entendu.

Il serait illogique dans un tel contexte de prétendre que le système québécois de santé et de services sociaux est suffisamment financé et que des réinvestissements seraient superflus.

Couper dans les services publics de soutien seraient-il un choix judicieux ?

Depuis une vingtaine d'années, tous les gouvernements qui se sont succédés à Québec ont imaginé des formules pour rogner sur les services de soutien et les services de support. Il y a eu impartition dans plusieurs cas des services alimentaires, diagnostiques et autres.

Plusieurs acteurs importants se sont déjà positionnés dans ce débat - manifestement, ils n'ont pas été entendus - et l'expérience démontre que le recours au privé est loin d'être une solution pour le contrôle des coûts.

En 1993, l'Association des directeurs généraux s'inquiétait que les établissements deviennent dépendants d'un tiers en matière de contrôle de qualité. Elle reconnaissait que l'idée de distinguer les employés qui dispensent des soins et des services de ceux et celles qui offrent les services de soutien ne tenait pas compte de la réalité. Enfin, ils craignaient que les gains réalisés restent strictement liés à la réduction des salaires.

En 1993, la Conférence des régies régionales rejetait, elle aussi, ce courant de privatisation des services de soutien. « Sur le plan macro-économique, y a-t-il tant

¹¹ On réfère ici notamment à la désassurance de la biométrie.

d'avantages pour une économie d'augmenter son bassin des emplois faiblement rémunérés ou chômeurs » questionnait la Conférence.

Très concrètement, les expériences de privatisation des services alimentaires se sont avérées dans plusieurs cas plutôt pitoyables. Quelques exemples suffiront à illustrer nos propos.

- Après avoir privatisé son service alimentaire en 1987, l'hôpital La Providence de Magog reprenait le contrôle de la situation en 1990 parce que la privatisation leur coûtait trop cher.
- A l'hôpital de St Mary's, la privatisation du service alimentaire a provoqué une hausse immédiate du coût unitaire. Il est passé de 19,12 \$ avant la privatisation à 22,44 \$ deux ans plus tard.

La privatisation des services d'entretien n'augure, elle aussi, rien qui vaille. Comme le faisait remarquer Karen Missing en 1994, le nettoyage est étroitement lié à la mission des établissements dans la mesure où cela ne concerne pas l'esthétique mais bien l'hygiène, ce qui est particulièrement important dans la mesure où des épidémies peuvent facilement prendre naissance dans des centres mal entretenus.

Regardons maintenant du côté des laboratoires. Des recherches ont démontré que les provinces où les coûts de laboratoires sont les plus élevés sont celles où la proportion des tests effectués par le privé est la plus élevée.

En bref, cette hypothèse de la Commission ne tient pas la route.

Les caisses spéciales sont-elles véritablement une solution qui mérite qu'on s'y attarde ?

Dans plusieurs de leurs interventions, les membres de la Commission ont affirmé qu'un des problèmes de ce réseau est justement qu'il ne fonctionne pas en réseau. Aussi est-il étonnant que leur proposition sur les caisses spéciales aille dans le sens de la fragmentation du financement et des besoins.

La proposition de la Commission est d'autant plus étonnante qu'elle concerne les soins à domicile. N'est-ce pas justement de ces services dont parlait le gouvernement quand il prétendait que le virage ambulatoire et le virage-milieu, ce serait faire mieux et autrement, plus proche du milieu de vie des citoyennes et des citoyens ? Aujourd'hui, après avoir sous-budgétisé ces services (avec un maigre 37 \$¹² par année et par habitant), après avoir forcé les CLSC à offrir moins de services à plus de monde, on nous propose ni plus ni moins que de sortir ces services du mandat des établissements publics.

Que ce se soit pour les soins à domicile ou tout autre service actuellement offert, la formule des caisses spéciales sert peut-être les intérêts des décideurs mais certainement pas ceux de la population québécoise.

Nous tenons pour preuve la caisse spéciale sur l'assurance-médicaments créée, il y a quelques années à peine par le gouvernement québécois. La création de cette caisse a servi de prétexte au gouvernement québécois pour rogner sur sa contribution, mettre à contribution des personnes dont le revenu est odieusement bas, refuser une politique d'achat au plus bas prix, livrer une clientèle captive aux assureurs privés et enfin, doubler les primes pour que le régime fasse ses frais. Le tout, sans se soucier véritablement des conséquences de ce régime sur les personnes à faible revenu et sur les autres composantes du réseau de la santé.

Cette caisse spéciale a si peu été équitable que le Protecteur du citoyen a, à maintes reprises, dénoncé le caractère inéquitable de ce régime.

En nous proposant un clone de cette caisse spéciale pour d'autres services, le gouvernement nous demande de jouer impunément Ponce Pilate et à nouveau, de s'en laver les mains. Par ailleurs, nous n'ignorons pas que les nouvelles règles budgétaires du gouvernement québécois lui permettraient d'aller se servir à même la caisse si celle-ci devait générer des surplus.

¹² Trois fois moins que l'Ontario.

Nous réaffirmons que les soins à domicile font partie intégrante des services sociaux et de santé publics et qu'une budgétisation décente des CLSC qui ont le mandat d'offrir ces services de soutien et de maintien dans la communauté serait plus équitable et plus efficace que n'importe quelle caisse spéciale.

Les sommes investies dans la santé doivent-elles être considérées comme des dépenses ou comme un investissement social rentable économiquement ?

En 1992, le gouvernement du Québec dans sa Politique de la santé et du bien-être admettait que « les problèmes de santé qu'éprouvent une partie trop importante de la population constituent un handicap certain au développement du Québec ».

Les récentes déclarations du Ministre Landry à l'effet que le système de santé est un gouffre sans fond illustre bien la nouvelle vision gouvernementale. Les sommes investies dans la santé sont désormais considérées uniquement comme des dépenses, à la limite comme une perte sèche pour les contribuables québécois.

Or, rien n'est plus faux.

Dans la revue Science du 19 février 2000, deux chercheurs, David Bloom et David Canning, démontrent que l'état de santé d'une population est un facteur déterminant de la croissance économique.

Deux facteurs soulevés par ces chercheurs nous apparaissent prépondérants.

Productivité: Les populations plus en santé ont une plus grande productivité au travail parce que les travailleurs et les travailleuses sont plus énergiques et mentalement alertes. L'absence au travail est moindre en raison de la maladie ou de la nécessité de prendre soin d'un proche.

Éducation: Les populations plus en santé et dont l'espérance de vie est plus grande sont davantage incitées à investir dans leurs compétences parce qu'elles s'attendent à en profiter dans l'avenir. Une meilleure éducation améliore la

productivité et le revenu. Une meilleure santé diminue l'absentéisme à l'éducation et améliore la capacité d'apprendre.

L'Organisation mondiale de la santé, dans son rapport de 1999 concluait que : « Les études permettent constamment d'observer une forte influence de la santé sur les niveaux économiques et les taux de croissance.»

Les solutions proposées vont-elles dans le sens de la solidarité sociale et de l'équité ?

A la lumière des quelques commentaires qui précèdent, nous comprenons mal les prétentions de la Commission d'avoir mis de l'avant des solutions qui vont dans le sens de la solidarité sociale et de l'équité. En fait, nous constatons que la plupart des propositions mises de l'avant, axées sur le médical et le curatif, si elles étaient mises en œuvre nous conduirait inévitablement à un autre rétrécissement de la couverture publique et du rôle de l'État qui est de garantir le droit à la santé à l'ensemble des Québécoises et des Québécois, peu importe leur revenu ou leur statut. Nous constatons également que plusieurs des solutions proposées tiennent plus du mythe et des préjugés que de la réalité.

Nous considérons que le rôle du privé dans la santé fait partie du problème et non des solutions. Il faut absolument déboulonner ce mythe qui nous empêche d'étudier des pistes de solutions sérieuses et porteuses d'avenir.

Nous considérons que les Québécoises et les Québécois ont le droit d'en avoir pour leur argent et que seul un renforcement du système public nous permettra d'atteindre cet objectif.

Nous considérons avoir fait le bon choix en développant un système de santé et de services sociaux qui combine le préventif et le curatif, le social et le médical tout en favorisant les approches multidisciplinaires.

Nous croyons que le gouvernement québécois devrait non seulement intégrer les principes de la Loi canadienne de la santé dans sa propre loi sur les services sociaux et de

santé et en élargir la portée pour y inclure les médicaments, les services et les soins à domicile.

Puisque ce sont nos a priori, vous comprendrez qu'il nous est impossible d'agrèer les propositions qui ne vont pas dans ce sens soient les désassurances de services, la contribution des usagers, la gestion et la production privées de services médicaux et hospitaliers, la sous-traitance des services de soutien, la création de caisses spéciales, la vente de services spécialisés aux non-résidents, l'absence de reconnaissance du rôle-clé des CLSC dans les services de première ligne et la participation obligatoire du secteur communautaire dans la prestation des services.

Nos propositions sont quant à elles contenues dans notre manifeste pour un système public de santé et de services sociaux.

Coalition Solidarité Santé

Manifeste pour un système public de santé et de services sociaux

Un droit incontournable : la santé

La Coalition Solidarité Santé fait sien le principe du droit à la santé tel que défini par l'Organisation Mondiale de la santé :

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale.

Une définition de la santé qui s'impose

La Coalition Solidarité Santé fait aussi sienne la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé à savoir que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ».

Une vision sociale de la santé à réaffirmer

La Coalition Solidarité Santé réaffirme que le système québécois de santé et de services sociaux doit reposer sur une vision sociale de la santé et du bien-être qui englobe les grands déterminants de la santé (revenu, éducation, environnement) et non sur une vision strictement médicale et comptable de la maladie.

Des principes à maintenir et à garantir

La Coalition Solidarité Santé affirme son adhésion pleine et entière aux principes fondamentaux d'un système public de santé et de services sociaux : le caractère public, l'universalité, la transférabilité, l'intégralité, l'accessibilité et la gratuité (sans contribution directe des usagères et des usagers).

La Coalition Solidarité Santé exhorte le gouvernement québécois à intégrer ces principes fondamentaux dans la Loi québécoise de la Santé et des Services sociaux.

La Coalition Solidarité Santé réaffirme la nécessité que les soins de santé et les services sociaux soient disponibles pour toutes les Québécoises et tous les Québécois et ce, sans discrimination aucune afin de garantir l'égalité et le droit à la santé.

La Coalition Solidarité Santé réaffirme la nécessité de maintenir et d'élargir les espaces démocratiques qui permettent aux citoyennes et aux citoyens de faire entendre leur voix dans la gestion et les orientations quant à l'avenir du système québécois de santé et de services sociaux.

La Coalition Solidarité Santé s'oppose vigoureusement à tout rétrécissement du rôle social de l'État québécois dans le domaine de la santé et des services sociaux et exige que celui-ci assume pleinement ses responsabilités dans la prestation de services publics.

La Coalition Solidarité Santé réaffirme qu'un système intégralement public, géré et financé publiquement, est la seule garantie que les Québécoises et les Québécois aient un système équitable et efficient.

La Coalition Solidarité Santé s'oppose à toute orientation gouvernementale qui atrophierait le principe d'autonomie des groupes communautaires autonomes en les obligeant à agir en substitution ou dans le prolongement du mandat des établissements publics de même qu'à répondre à des priorités gouvernementales.

Un refus sans équivoque de la privatisation

La Coalition Solidarité Santé s'oppose à toute marchandisation des services sociaux et de santé, à toute privatisation active ou passive du système québécois de santé et à toute mesure qui aurait pour effet d'instaurer un système à deux vitesses.

La Coalition Solidarité Santé s'oppose à toute contribution financière pour des services qui devraient être publics et réclame que cesse immédiatement toute facturation de produits et services médicaux relative aux diagnostics, aux soins et aux traitements dans les cabinets de médecins et dans les établissements de santé.

La Coalition Solidarité Santé réclame que toutes les personnes, dont l'état de santé nécessite un hébergement temporaire ou permanent, aient accès à des ressources publiques leur garantissant la qualité des soins et ce, en quantité suffisante.

Une couverture publique à développer

La Coalition Solidarité Santé réclame que tous les services sociaux et de santé contribuant à la santé et au bien-être de la population québécoise soient inclus dans la couverture publique y compris ceux répondant à de nouveaux besoins de la population.

La Coalition Solidarité Santé réclame que les services et les soins nécessaires au maintien à domicile des personnes dont l'état de santé et de bien-être les requiert soient garantis par la couverture publique.

La Coalition Solidarité Santé réclame l'adoption par le gouvernement québécois d'une véritable politique du médicament laquelle comprendrait notamment un régime public et universel d'assurance médicaments.

Une pratique médicale à repenser

La Coalition Solidarité Santé constate que le paiement à l'acte génère plus d'effets pervers que d'avantages pour la population québécoise et exige une révision du mode de rémunération des médecins qui corresponde aux besoins de la population.

La Coalition Solidarité Santé réclame que soit favorisée une approche multidisciplinaire dans la gestion, la planification, l'organisation, et la prestation des services et des soins qui inclut tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, y compris les médecins.

Une réalité à reconnaître : la spécificité des femmes

La Coalition Solidarité Santé dénonce l'ampleur du rôle et des responsabilités qui incombent aux femmes dans la prestation des services de santé et des services sociaux en tant que proches aidantes et réclame des mesures gouvernementales immédiates pour remédier à ces impacts négatifs de la transformation du réseau de même que des politiques publiques qui respectent les besoins et les attentes des femmes ainsi que le caractère volontaire de leur engagement.

Un réinvestissement urgent : le financement du système

La Coalition Solidarité Santé réclame d'urgence un réinvestissement tant fédéral que provincial dans le système de santé québécois afin de réaliser la consolidation financière des services publics et leur développement ; elle appuie avec le même sentiment d'urgence les revendications des organismes communautaires autonomes pour la consolidation de leur financement.

La santé, c'est un droit !

Comme peuple, nous avons déjà fait ce choix !