



Des solutions résolument publiques pour améliorer le système de santé au Québec

Avis au Collège des médecins du Québec dans le cadre du sommet de la santé « Le système de santé : c'est l'affaire de tous ! », les 5, 6 et 7 novembre 2007, à Montréal

30 août 2007
D11801

- Siège social
- Bureau de Québec

Centrale des syndicats du Québec
9405, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1L 6P3
320, rue St-Joseph, bureau 100, Québec (Québec) G1K 9E7
Adresse Web : <http://www.csq.qc.net>

Téléphone : (514) 356-8888
Téléphone : (418) 649-8888

Télécopie : (514) 356-9999
Télécopie : (418) 649-8800

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente toutes les catégories de personnel œuvrant dans les agences régionales et dans tous les types d'établissements du réseau. Ces membres sont regroupés au sein des deux fédérations présentant les orientations de cet avis.

La CSQ place au premier plan la promotion et le développement de services publics de qualité, notamment en santé et services sociaux et la construction d'une société plus juste et équitable. C'est donc avec une préoccupation certaine envers l'avenir de notre système public de santé et de services sociaux que la CSQ prend part aux différents débats de société le mettant en jeu. La CSQ est également membre de la Coalition Solidarité Santé et a souscrit à son *Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux*.

Orientations : Centrale des syndicats du Québec (CSQ)
Fédération de la santé du Québec (FSQ-CSQ)
Fédération des syndicats de la santé et des services sociaux (F4S-CSQ)

Responsable politique : Louise Chabot, 1^{re} vice-présidente, CSQ

Rédaction : Hélène Le Brun, conseillère, CSQ

Édition : Marie-Jo Dubuc, secrétaire, CSQ

Révision : Andrée Bérubé, secrétaire, CSQ

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente quelque 155 000 membres, dont plus de 100 000 font partie du personnel de l'éducation.

La CSQ compte 12 fédérations qui regroupent environ 230 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres ; s'ajoute également l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (A.R.E.Q.).

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien) de même que dans les domaines de la garde éducative, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire et des communications.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 69 % de femmes et 25 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Introduction

Après les rapports Arpin, Clair, Romanow et Ménard, voilà que Québec recourt à la pensée déjà toute faite de Claude Castonguay pour convaincre la population que le gouvernement n'a plus le choix et qu'il doit se tourner vers le secteur privé ou des tarifications aux usagers.

Les récentes modifications législatives de ce même gouvernement sont d'ailleurs toutes orientées dans le sens d'ouvrir le système de santé du Québec à plus de privatisation. D'abord, avec la fusion des établissements, on a donné à leurs directions une pleine marge de manœuvre pour sous-traiter la prestation des soins et des services. Ensuite, en réponse à l'arrêt Chaoulli, le gouvernement du Québec profite de l'occasion pour introduire des éléments structuraux conduisant à l'ouverture du système de santé au marché lucratif : cliniques médicales spécialisées qui ressemblent tout à fait à des hôpitaux privés, ouverture à l'assurance privée duplicative, etc.

Tout ceci vient rompre de façon drastique avec les principes fondamentaux garantissant un régime universel public. Il s'agit d'un recul des droits démocratiques, des droits citoyens sans précédent qui ne pourra conduire qu'à un recul de l'égalité citoyenne.

Dans ce contexte, la CSQ répond avec plaisir à votre invitation de faire part de ses solutions au regard de l'avenir de notre système public.

Pour la CSQ, les solutions à mettre de l'avant sont résolument publiques. On retrouvera, dans le tableau ci-après résumées, ces solutions au regard de l'organisation des soins et des services, de l'administration du système et de son financement.

Un texte d'accompagnement explique plus exhaustivement les fondements des solutions avancées par la CSQ.



Sommet de la santé « Le système de santé : c'est l'affaire de tous ! »
Organisé par le Collège des médecins du Québec
5, 6 et 7 novembre 2007, à Montréal

Sondage sur les solutions à mettre de l'avant

1. Au regard de l'organisation des services et des soins	2. Au regard de l'administration du système de santé	3. Au regard du financement du système
<ul style="list-style-type: none">• Abroger la loi 33 ;• Renoncer aux assurances privées ;• Adopter une loi qui interdit tout recours à un système privé parallèle pour dispenser des soins médicaux et hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-maladie du Québec ;• Maintenir l'étanchéité entre les médecins participants et non participants ;• Réserver exclusivement à l'usage du secteur public l'équipement des établissements publics ;• Redonner aux CLSC les moyens d'assumer leur pleine et entière mission ;• Adopter des mesures concrètes pour régler la pénurie de médecins et d'autres catégories de personnel en particulier par l'amélioration des conditions de travail favorisant l'attraction et la rétention ;	<ul style="list-style-type: none">• Une gestion démocratique du système accordant une contribution de l'ensemble des acteurs du réseau incluant la population aux prises de décisions, et ce, à tous les paliers du système local, régional et national ;• L'abolition de la loi anti-déficit ;• Une gestion régionale des ententes de service et leur nature exceptionnelle ;• Une planification réaliste des ressources humaines basée sur la demande réelle et réduisant la précarisation de l'emploi ;• Une gestion des ressources humaines qui favorise la stabilité des équipes de travail et la reconnaissance de leur expertise.	<ul style="list-style-type: none">• Renoncer aux baisses d'impôt ;• Accroître le financement public du système de santé québécois minimalement à la hauteur de la moyenne canadienne ;• Régler le déséquilibre fiscal ;• Réexaminer le régime fiscal ;• Contrôler le coût des postes budgétaires les plus inflationnistes, au premier chef celui des médicaments ;• Assurer la couverture publique de tous les services médicalement et socialement requis dont les services diagnostics, les médicaments, les services à domicile et les services de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie ;

1. Au regard de l'organisation des services et des soins	2. Au regard de l'administration du système de santé	3. Au regard du financement du système
<ul style="list-style-type: none">• Concevoir une nouvelle façon de donner le service médical basée sur le suivi systématique des patients et la prise en charge globale et ajuster la rémunération des médecins en conséquence ;• Mettre en œuvre la révision du système professionnel dans tous les établissements du Québec de façon à faire un usage optimal de l'ensemble des ressources humaines ;• Réintroduire et consolider des modèles d'intégration des services pour des clientèles à risque ;• Développer des modèles d'intervenants pivots pour les programmes exigeant une continuité de services ;• Développer un réseau public efficace de services à domicile ;• Accorder une priorité à la prévention et à l'action sur les déterminants de la santé, sur la pauvreté en particulier ;		<ul style="list-style-type: none">• Assurer la « propriété publique » de la prestation des services de santé et des services sociaux de façon à les mettre à l'abri des traités internationaux de libre-échange déviant ce marché aux appels d'offres étrangères.

1. Au regard de l'organisation des services et des soins	2. Au regard de l'administration du système de santé	3. Au regard du financement du système
<ul style="list-style-type: none">• Développer des centres ambulatoires publics ;• Adopter un plan ministériel de gestion coordonnée et centralisée des listes d'attente et en confier l'évaluation au Commissaire à la santé et au bien-être.		

1. Nos solutions au regard de l'organisation des services et des soins

Il est reconnu que la qualité des services et des soins est excellente au Québec. Là où le bât blesse, c'est l'accès à ces services et soins. Les solutions doivent donc se concentrer à garantir l'accessibilité pour toutes et tous, quels que soient leurs revenus.

Les services et soins de première ligne

Au niveau des services primaires, les CLSC doivent retrouver leur pleine et entière mission. La récente fusion des établissements a réduit cette offre de services de proximité car plusieurs centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont choisi de concentrer certains services, la vaccination par exemple, dans un des CLSC du territoire obligeant la population, souvent démunie, à se déplacer davantage.

En ce qui concerne l'accès aux services médicaux proprement dit, il faudrait d'abord régler la question de la pénurie de médecins. Mais surtout, il faudrait concevoir une nouvelle façon de donner le service qui serait centrée sur le suivi systématique des patients et leur prise en charge globale plutôt que sur la production d'actes médicaux.

C'est dans ce sens que s'orientait la mise en place des groupes de médecine familiale (GMF). Le fait d'avoir un groupe de médecins, une douzaine, soutenu par des infirmières, qui prend en charge le suivi d'un certain nombre de patients inscrits auprès du groupe est un bon point de départ. Cependant, pour que le suivi soit efficace, le mode de rémunération de ces médecins devrait être révisé pour correspondre à cette vision de prise en charge globale. De plus, la formule GMF ne règle pas la mauvaise répartition des médecins sur le territoire québécois puisqu'il n'y a aucune incitation pour que ceux-ci s'installent en région éloignée ou dans des quartiers défavorisés où les problèmes de santé sont souvent plus lourds.

Par ailleurs, les infirmières qui accompagnent les groupes de médecine familiale devraient être en mesure d'agir à titre d'infirmières praticiennes pour pouvoir exercer plus d'actes traditionnellement dévolus aux médecins. Cette révision de l'organisation du travail devrait d'ailleurs être généralisée dans l'ensemble des établissements du réseau. Les récents changements au système professionnel permettraient une utilisation optimale de toutes les catégories de personnel et ainsi générer une efficacité accrue dans la prestation des services. Or, les directions d'établissements hospitaliers, particulièrement, tardent à les mettre en œuvre.

La consolidation d'une organisation efficace des services sur le modèle de l'intégration des services doit se finaliser le plus rapidement possible avant de penser accroître la contribution financière des usagers par quelque moyen que ce soit. Il faut réintroduire les modèles de services intégrés aux personnes âgées (SIPA) qui avaient fait leurs preuves avant qu'on les abolisse. D'autres modèles

d'intégration des services pour des clientèles à risque (jeunesse, maladies cardio-respiratoires, diabète, etc.) seraient d'une aussi bonne efficacité.

La notion d'intervenant pivot est centrale pour assurer un suivi et une continuité des soins à travers les différentes missions du réseau. Elle est, de loin, plus efficace qu'une fusion de structures comme le Québec a choisi.

Mais l'accessibilité aux soins et aux services, cela se fait d'abord par du personnel en quantité suffisante dans toute la gamme de soins et de services.

Régler la pénurie de personnel dans le réseau s'avère donc la première cible à viser. La pénurie touche les médecins et les infirmières, mais aussi plusieurs autres catégories d'emplois. Dans le peloton de tête des dix emplois le plus en manque, on retrouve aussi les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires, les techniciens en éducation spécialisée, les agents de relations humaines, les travailleurs sociaux, les technologistes médicaux, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de même que l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) évaluent à près de 100 000 les recrues qu'il faudra rechercher d'ici 2015, soit la moitié du personnel du réseau. De plus, les établissements du réseau devront desservir 300 000 personnes supplémentaires au cours des cinq prochaines années (personnes âgées, jeunes personnes vulnérables, augmentation des chirurgies).

Pour ce faire, le Québec ne pourra pas que compter sur la formation de recrues, il faudra également favoriser l'immigration de personnel compétent. La rétention du personnel présent s'avère également primordiale dans ces conditions. Or, l'attraction et la rétention de personnel passent, au premier chef, par l'amélioration des conditions de travail. Régler la pénurie va donc de pair avec améliorer les conditions d'exercice du personnel du réseau.

Le développement des services à domicile s'avère de toute première importance pour favoriser une prestation de services moins lourde qu'en milieu hospitalier ou d'hébergement de longue durée. Or, le Québec demeure encore aujourd'hui parmi les provinces (Île-du-Prince-Edward, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique et territoires) où les investissements par habitant en soins à domicile (78,00 \$) sont plus bas que la moyenne canadienne (91,15 %). Cela n'est pas sans conséquence sur les familles des personnes qui ont besoin de soins à domicile puisque ce sont elles – et particulièrement les femmes – qui doivent, bon gré, mal gré, prendre la relève. Elles offrent aujourd'hui plus de 80 % de l'aide requise et souvent, elles le font à leur propre détriment.

D'autre part, la prévention et l'action sur les déterminants de la santé, sur la pauvreté plus particulièrement, sont aussi reconnues de façon consensuelle comme étant les plus efficaces pour contrer les mauvaises conditions de santé de la population. Pourtant, bien peu de moyens y sont actuellement consacrés.

En matière de santé publique, le Québec ne consacre que 1,3 % de ses budgets alors que les actions concrètes ont donné des résultats importants. Par exemple, le port de la ceinture de sécurité dans les automobiles, du casque à vélo, la diminution du tabagisme, l'évitement des chutes chez les personnes âgées, etc.

Aussi, toutes les actions gouvernementales visant à hausser le niveau de vie des populations et à éradiquer la pauvreté sont des mesures qui, à terme, entraînent des effets positifs sur la pérennité du système. Diverses mesures sont ici à considérer, dont la principale est un marché du travail offrant des conditions salariales et de travail adéquates (création d'emplois, salaire minimum et horaires de travail décents, etc.).

Les soins spécialisés

En ce qui concerne les soins spécialisés, Québec a choisi de se tourner vers davantage de privatisation en réponse à l'arrêt Chaoulli en adoptant, sous le bâillon, la loi 33.

Or, ici encore, les solutions publiques existent. Elles devraient prendre la forme du développement de centres ambulatoires publics.

Les expériences canadiennes démontrent en effet qu'il est plus avantageux d'opter pour des cliniques de chirurgies publiques parce que les frais de gestion et de surveillance sont moindres.

En Ontario, le Toronto's Queensway Surgicenter constitue une branche d'un hôpital public et s'avère le plus grand centre de chirurgie ambulatoire public en Amérique du Nord. Au Manitoba, les autorités provinciales ont acheté la clinique privée PanAm pour l'intégrer au réseau public. Ces expériences, concentrant les spécialisations, ont réussi à réduire les coûts administratifs liés aux cliniques privées du même genre.

Selon le groupe Médecins pour l'accès à la santé, les installations du centre de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont par exemple existent depuis trois ans et pourraient accroître de 30 % la capacité opératoire, mais faute de volonté politique, le centre n'est toujours pas fonctionnel (*Le Soleil*, 10 mars 2006). À Laval, le Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval (CHARL) affilié à la Cité de la Santé a fait ses preuves.

À Montréal, l'Agence de la santé et des services sociaux a obtenu des succès tangibles en concentrant les chirurgies de la cataracte et les activités orthopédiques au sein de certains établissements spécialisés. Il s'est fait 7500 chirurgies de la cataracte et 1200 arthroplasties de la hanche et du genou de plus à Montréal en 2005-2006 qu'en 2004-2005.

Une gestion coordonnée ou centralisée des listes d'attente doit également être développée. Le Ministère devrait déposer un plan de gestion des listes d'attente incluant des normes administratives rigoureuses de coordination de ces listes. Le Commissaire à la santé et au bien-être devrait obtenir le mandat d'évaluer les résultats atteints quant aux objectifs de réduction des listes d'attente.

En résumé, nos solutions publiques pour améliorer l'organisation des soins et des services sont :

- Abroger la loi 33 ;
- Renoncer aux assurances privées ;
- Adopter une loi qui interdit tout recours à un système privé parallèle pour dispenser des soins médicaux et hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-maladie du Québec ;
- Maintenir l'étanchéité entre les médecins participants et non participants ;
- Réserver exclusivement à l'usage du secteur public l'équipement des établissements publics ;
- Redonner aux CLSC les moyens d'assumer leur pleine et entière mission ;
- Adopter des mesures concrètes pour régler la pénurie de médecins et d'autres catégories de personnel en particulier par l'amélioration des conditions de travail favorisant l'attraction et la rétention ;
- Concevoir une nouvelle façon de donner le service médical basée sur le suivi systématique des patients et la prise en charge globale et ajuster la rémunération des médecins en conséquence ;
- Mettre en œuvre la révision du système professionnel dans tous les établissements du Québec de façon à faire un usage optimal de l'ensemble des ressources humaines ;
- Réintroduire et consolider des modèles d'intégration des services pour des clientèles à risque ;
- Développer des modèles d'intervenants pivots pour les programmes exigeant une continuité de services ;
- Développer un réseau public efficace de services à domicile ;
- Accorder une priorité à la prévention et à l'action sur les déterminants de la santé, sur la pauvreté en particulier ;
- Développer des centres ambulatoires publics ;
- Adopter un plan ministériel de gestion coordonnée et centralisée des listes d'attente et en confier l'évaluation au Commissaire à la santé et au bien-être.

2. Nos solutions publiques au regard de l'administration du système de santé

La CSQ a toujours privilégié une gestion démocratique au niveau de la planification, de l'organisation, de la gestion et de l'évaluation du système. Gestion démocratique qui facilite et renforce l'apport de tous les types d'acteurs intervenant dans le réseau incluant les citoyennes et citoyens.

Or, cet apport démocratique n'a cessé de décroître depuis l'instauration du système public dans les années 1970. Dernièrement, la fusion des établissements a pratiquement réduit du tiers les sièges des conseils d'administration. Il faudrait que chaque point de service des CSSS retrouve un espace de parole et de décision de nature démocratique.

De plus, en raison de la loi anti-déficit, les directions d'établissements et d'agences régionales ont pieds et poings liés au Ministère sous peine de tutelle. Ils n'ont souvent d'autres choix que de réduire les services à la population réduisant d'autant l'accessibilité. Cette loi devrait être abolie et le financement basé sur les besoins réels, médicalement et socialement requis.

Par ailleurs, les récentes lois du gouvernement libéral ont donné pleine marge de manœuvre aux directions d'établissements de sous-contracter la prestation des services auprès du secteur privé, des entreprises d'économie sociale et des organismes communautaires. Les CSSS sont dorénavant tenus d'assurer que le service soit offert, peu importe par qui. En plus d'accroître la privatisation, cette façon de faire n'est pas de nature à garantir la qualité des soins et des services et surtout pas leur continuité. Les ententes de service devraient être des mesures exceptionnelles gérées régionalement.

De plus, la fusion des établissements génère des difficultés au niveau de la gestion des ressources humaines. La trop grande mobilité du personnel à l'intérieur des différentes missions nuit au sentiment d'appartenance, au développement et à la reconnaissance des expertises du personnel de même qu'à la stabilité des équipes de travail. La planification à court terme et trop serrée du besoin d'effectif (généralement à une hauteur de 80 % de la demande) empêche la stabilisation de postes réguliers de travail. Ceci entraîne précarité, augmentation de la charge de travail pour le personnel restant, utilisation accrue d'heures supplémentaires, hausse de l'absentéisme du personnel dû à l'épuisement. Le recours à des agences privées de placement qui en découle souvent contribue à ralentir l'efficacité au travail. L'administration du système devrait donc privilégier une gestion des ressources humaines qui prévoit du personnel en quantité suffisante pour répondre à la demande et une stabilité des équipes de travail.

En résumé, nos solutions publiques au regard de l'administration du système sont :

- Une gestion démocratique du système accordant une contribution de l'ensemble des acteurs du réseau incluant la population aux prises de décisions, et ce, à tous les paliers du système local, régional et national ;
- L'abolition de la loi anti-déficit ;
- Une gestion régionale des ententes de service et leur nature exceptionnelle ;
- Une planification réaliste des ressources humaines basée sur la demande réelle et réduisant la précarisation de l'emploi ;
- Une gestion des ressources humaines qui favorise la stabilité des équipes de travail et la reconnaissance de leur expertise.

3. Nos solutions publiques au regard du financement du système

L'ouverture de plus en plus grande à la privatisation n'assure plus une universalité de l'accès aux soins. Plusieurs services diagnostiques sont privatisés, la convalescence l'est aussi et voilà que le gouvernement du Québec ouvre au secteur privé plusieurs services de chirurgie. La contribution individuelle des usagers s'accroissant, cela creuse un fossé de plus en plus grand entre les personnes favorisées et démunies. Il ne peut en résulter qu'un accroissement des inégalités sociales.

Comme le reconnaissent à peu près tous les intervenants, le Québec, à l'instar des autres provinces canadiennes, a jugé que le meilleur moyen d'assurer un accès universel aux services de santé passait par le financement public d'un réseau de santé public.

C'est le constat qui se dégage des diverses études sur le sujet : étude Bédard, commission Clair, commission Romanow, etc. Il ne s'agit pas de recommencer indéfiniment les mêmes discussions. Le consensus au sujet du type de régime que veulent les citoyennes et les citoyens est clair. La question est de déterminer les meilleurs moyens pour assurer le bon fonctionnement et le développement du système public. Or, le Québec se situe toujours en queue de peloton à l'égard des dépenses par habitant (2707 \$; la moyenne canadienne est de 3069 \$, soit un écart de près de 12 %).

Un réinvestissement nécessaire

Avant l'élection du gouvernement actuel, le ministre Audet avait budgétisé 22,1 milliards de dollars pour la santé et les services sociaux conformément aux promesses libérales d'injecter 4,2 millions de plus sur trois ans au budget de la santé et des services sociaux.

Cette part de budget était suffisante pour maintenir les coûts des systèmes actuels.

Cependant, il est évident que le Québec souffre toujours d'un manque à gagner au regard des investissements en santé et services sociaux et que le réseau présente des déficiences importantes quant à l'offre de services et à sa qualité. La CSQ estime ce manque à gagner au niveau des cibles prioritaires à la hauteur suivante :

- Les services médicaux et hospitaliers spécialisés (accès à un médecin de famille et réduction des délais d'attente) : 600 millions de dollars ;
- Les services à domicile : 400 millions ;
- Les services d'hébergement et de soins de longue durée : 300 millions ;
- Les services aux jeunes en difficulté (services sociaux de 1^{re} ligne et centres jeunesse) : 300 millions ;
- Les services de prévention : 300 millions ;

- Uniformisation globale de l'offre de services sociaux sur l'ensemble du territoire : 100 millions.

La CSQ revendique donc un rehaussement des investissements en santé et services sociaux qui ferait en sorte que le Québec rejoindrait minimalement la moyenne canadienne relativement aux dépenses publiques de santé. Cela représente un investissement de 2,5 milliards.

Pour répondre aux besoins de la population, Québec devrait donc planifier d'investir au moins 2 milliards d'argent neuf à l'intérieur d'un plan triennal en développement de services.

Pour y arriver, la toute première mesure consiste à ce que Québec renonce aux baisses d'impôt. À court terme, la CSQ réclame un investissement de 433 millions de dollars supplémentaires dans le secteur de la santé pour atteindre les trois cibles prioritaires suivantes :

- Faciliter l'accès à un médecin de famille et réduire les délais d'attente (200 millions) ;
- Améliorer les services d'hébergement et de soins de longue durée (100 millions) ;
- Développer les services à domicile (133 millions).

Accroître les revenus

Où prendre cet argent pour rejoindre la moyenne canadienne ?

On ne peut pas traiter de manière isolée les dépenses de santé. Les finances publiques dans leur ensemble doivent être tenues en compte lorsqu'il est question du financement de la santé.

D'abord, les transferts fédéraux sont en cause. Les initiatives du gouvernement fédéral pour le financement de la santé sont en bonne partie annulées par l'affaiblissement du financement en matière de péréquation. Pour assurer la viabilité à long terme du financement du système de santé public, il faut trouver des correctifs au déséquilibre fiscal.

Si, malgré tout, le financement fédéral additionnel s'avère insuffisant, il faut intensifier le recours au financement autonome. À cet égard, le principe qui devrait nous guider est celui d'un effort réparti équitablement, c'est-à-dire qui mettrait à contribution de manière équilibrée autant les impôts et contributions des particuliers que ceux des entreprises.

Québec doit donc procéder à une analyse comparative du fardeau fiscal des particuliers et des entreprises en tenant compte également des charges locales

(impôt foncier municipal, taxes scolaires, taxes de vente) afin de mieux en équilibrer la proportion et de déterminer les meilleures mesures. On pourrait, par exemple, penser à réajuster à la hausse la contribution des entreprises au Fonds de la santé et des services sociaux.

Le contrôle des dépenses de médicaments

De plus, avant d'envisager l'apport de nouveaux revenus de la part des particuliers, il est impératif d'agir sur les facteurs qui occasionnent le plus de dépenses. Au premier chef, cela concerne le contrôle des dépenses de médicaments, poste budgétaire le plus inflationniste du système avec un accroissement annuel de 15 % par année.

Beaucoup de pistes ont été mises sur la table par les groupes syndicaux, communautaires et sociaux au fil des différentes commissions parlementaires depuis l'instauration du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) en 1996. Peu de ces pistes ont été sérieusement analysées par les gouvernements successifs et mériteraient pourtant de l'être.

Instauration d'un système de prix de référence, de règles d'achat au plus bas prix, d'évaluation de la valeur pharmacologique des médicaments, de règles d'utilisation accrue de médicaments génériques en fonction du rapport à la qualité, de mesures de plafonnement de prix, de même qu'un réexamen de la règle de 15 ans et un contrôle plus serré des pratiques de marketing de l'industrie (actuellement envisagé timidement dans le projet de politique du médicament) : ce sont là autant de solutions qui permettraient de freiner la hausse incessante des médicaments.

La réalisation d'une étude impartiale, fondée sur des données probantes, sur la faisabilité, sur la pertinence, sur les impacts économiques (incluant les effets sur les assurances privées et l'industrie québécoise des médicaments brevetés) et sur les conditions de réussite de la mise en place d'un régime universel public d'assurance médicaments devrait être commandée par le gouvernement.

De façon générale, lorsqu'on examine plus précisément les dépenses du Québec en matière de santé, ce ne sont pas les dépenses reliées aux hôpitaux et aux services médicaux qui connaissent une hausse, celles-ci ont même diminué, mais tout le reste, services à domicile, services de longue durée, etc. Or, ce sont justement pour ces services que la livraison publique a diminué et la contribution du secteur privé a augmenté.

La solution ne réside donc pas à accroître la contribution privée mais bien le financement et la prestation publics.

En résumé, nos solutions publiques pour le financement du système sont :

- Renoncer aux baisses d'impôt ;
- Accroître le financement public du système de santé québécois minimalement à la hauteur de la moyenne canadienne ;
- Régler le déséquilibre fiscal ;
- Réexaminer le régime fiscal ;
- Contrôler le coût des postes budgétaires les plus inflationnistes, au premier chef celui des médicaments ;
- Assurer la couverture publique de tous les services médicalement et socialement requis dont les services diagnostics, les médicaments, les services à domicile et les services de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie ;
- Assurer la « propriété publique » de la prestation des services de santé et des services sociaux de façon à les mettre à l'abri des traités internationaux de libre-échange déviant ce marché aux appels d'offres étrangères.

Conclusion

Le gouvernement du Québec trompe la population en faisant croire que les cliniques spécialisées privées ne coûteront pas plus cher, qu'elles contribueront à réduire les listes d'attente et que le recours à l'assurance privée pour des personnes en mesure de se les payer ne changera rien pour les personnes les plus démunies. Tout cela est faux ! Les cliniques privées exigent des frais supplémentaires exorbitants aux patients. Toutes les recherches confirment qu'un système privé parallèle coûte plus cher à l'État et que loin de réduire les listes d'attente, les cliniques spécialisées privées contribuent à les allonger car elles puisent à même les faibles ressources humaines et financières du réseau public.

Il est inadmissible que les fonds publics pour la santé servent à favoriser des entrepreneurs à but lucratif de même qu'un accès privilégié aux soins. Surtout que les solutions publiques existent, soit le développement de cliniques ambulatoires publiques, une prise en charge et un suivi personnalisé pour les patients, un accent sur la prévention et sur les soins à domicile.

Le vrai courage politique se situe là. Le gouvernement du Québec doit fermer la porte au cheval de Troie du privé et prendre les décisions publiques qui s'imposent, soit un système public pour toutes et tous qui n'a que faire des portefeuilles des marchands de la santé.