



**Couverture publique des services en
santé et en services sociaux**

**Tabler sur les vrais enjeux et pérenniser
le modèle de santé québécois**

Mémoire déposé dans le cadre des consultations
publiques menées par le Commissaire à la santé
et au bien-être sur le panier de services assurés
en santé et en services sociaux au Québec

Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Janvier 2016



La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente plus de 200 000 membres, dont 130 000 environ font partie du personnel de l'éducation.

La CSQ compte 11 fédérations qui regroupent quelque 240 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres ; s'ajoute également l'AREQ (CSQ), l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec.

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, des communications et du municipal.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 75 % de femmes et 30 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Table des matières

Introduction	1
1. Des prémisses qui mettent en péril le modèle de santé québécois	2
2. Des valeurs et préoccupations sociales mondialement reconnues	4
3. Élargir le débat public pour préserver l'universalité, l'intégrité et la pérennité de notre système public de santé	8
3.1 Les contrats en sous-traitance	9
3.2 Les partenariats public-privé (PPP).....	10
3.3 La gouvernance et la gestion du système de santé	11
3.4 Le régime général d'assurance médicaments	11
4. Miser sur une réelle collaboration interprofessionnelle.....	13
Conclusion	16
Liste des recommandations	17
Annexe 1	19

Introduction

Au début de l'été 2015, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec annonçait sa décision d'entamer des travaux sur le panier de services assurés au Québec.

Plusieurs activités de consultation publique¹ visant à déterminer les valeurs et les préoccupations de la population québécoise en matière de services, d'activités et de biens couverts par le régime public d'assurance maladie ont alors été présentées.

Dès le départ, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) s'est montrée préoccupée par l'objet même du mandat qui, dans un contexte d'austérité croissante, pourrait conduire à une réduction significative de la couverture publique des services sociaux et de santé :

Par l'accomplissement de ces travaux, le Commissaire souhaite d'abord éclairer les débats en faisant ressortir les valeurs et préoccupations des citoyens relativement au **contenu du panier de services**. De plus, il veut soutenir les décideurs dans leur prise de décisions en leur permettant de prendre en compte ces valeurs et préoccupations citoyennes.

Notre inquiétude s'est accentuée² à la lecture des questions du sondage³ mené au cours de l'été 2015 : plusieurs de celles-ci laissaient manifestement entrevoir des perspectives de désassurance de certains services et soins de santé ; des choix de réponse contrevenaient même à la Loi canadienne sur la santé en insinuant que la tarification des soins serait légitime⁴.

L'objectif de cette démarche de consultation est clair : déterminer les valeurs et les priorités qui pourraient **guider les choix futurs en matière de santé** et soutenir la prise de décision de nos élus.

Or, l'exercice en lui-même semble porteur d'une idéologie visant la réduction du rôle et des responsabilités de l'État. En effet, affirmer d'emblée que le contexte (besoins en santé et services sociaux croissants, ressources limitées) impose une

¹ Sondage et groupes de discussion, appel de mémoires, consultations régionales, etc.

² CHABOT, Louise (2015). « Soigner ou épargner, en sommes-nous là ? », dans *Blogue de Louise Chabot*, [En ligne], Montréal (6 novembre). [louisechabot.ca/2015/11/06/soigner-ou-epargner-en-sommes-nous-la] (Consulté le 18 janvier 2016).

³ QUÉBEC. COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2015). *Sondage sur les valeurs et priorités des citoyens quant au contenu du panier de services assurés*, [En ligne], 10 p. [csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/PanierServices/CSBE_Questionnaire_Sondage_ValeursPriorites_.pdf].

⁴ L'accessibilité, l'un des cinq principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé, prévoit qu'aucun obstacle financier ou autre ne doit entraver l'accès satisfaisant des personnes assurées aux services médicalement requis.

révision, logiquement à la baisse, de la couverture publique des services et des soins induit un biais d'analyse que nous ne pouvons passer sous silence.

Pour la CSQ, participer à cette démarche de consultation et de réflexion, sans questionner les prémisses, serait l'équivalent de renoncer aux principes fondamentaux de notre système public de santé⁵. À notre avis, les travaux de réflexion du Commissaire doivent s'inscrire dans une démarche beaucoup plus large et s'ouvrir aux solutions alternatives qui obtiennent déjà un très large consensus social⁶, constats qu'il a lui-même, dans certains cas, très bien documentés.

Ainsi, plutôt que de se prêter à l'exercice de réflexion comme soumis par le Commissaire à la santé et au bien-être, soit l'exercice de révision de la couverture publique des services en santé et en services sociaux, la CSQ a jugé qu'il était essentiel de mettre au jeu les problématiques qui compromettent globalement la pérennité de notre système public de santé et de services sociaux et, par le fait même, la couverture universelle des soins et des services de santé. La CSQ défend un projet de société fondé sur la justice sociale, l'équité et l'égalité des chances pour toutes et tous. Sa mission est d'œuvrer, notamment, à la défense des droits sociaux, en particulier le droit à l'éducation, à la santé, au travail et à des conditions de vie décentes. L'ensemble de notre analyse s'appuie sur ces valeurs et droits fondamentaux.

1. Des prémisses qui mettent en péril le modèle de santé québécois

Est-il nécessaire de réduire l'offre de services publics ? Question simple qui permet pourtant de recadrer le débat. Selon nous, pas nécessairement, puisqu'il existe des solutions bien documentées, et certainement pas si l'exercice met en péril l'universalité et l'accessibilité aux services sociaux et aux soins de santé.

Est-il souhaitable de réviser certains paramètres et modalités de notre système public de santé afin d'en préserver justement l'universalité et d'en améliorer l'accessibilité et la qualité ? Sans aucun doute. Mais avant de s'y attarder, il importe de déconstruire certaines prémisses, de réaffirmer nos valeurs sociales et de mettre en lumière diverses solutions économiques et fiscales déjà mises de l'avant afin de financer plus adéquatement nos services publics sociaux et de santé.

⁵ La gestion publique du système, l'universalité des soins, l'accessibilité, la transférabilité, l'intégralité.

⁶ Alternatives fiscales pour hausser les revenus de l'État, révision de l'organisation des soins, révision du mode de rémunération des médecins, révision du régime général d'assurance médicaments, etc.

Le défaut de ressources : l'une des six stratégies de libéralisation des marchés et de privatisation des services publics⁷

Dans un contexte d'austérité persistante, de compressions budgétaires massives et de coupes de services croissantes, il est nécessaire, voire urgent, de rappeler que le « défaut de ressources » constitue l'une des six grandes stratégies⁸, recensées en 1997 dans le rapport de la Banque mondiale⁹, utilisées à travers le monde pour libéraliser les marchés, publics comme privés, y compris les services nationalisés. « Le défaut de ressources, décidé, planifié et organisé, constitue la pierre angulaire de toutes les autres formes de désengagement » de l'État. Ainsi, depuis plusieurs années au Québec, cette stratégie ne contribue pas uniquement au démantèlement du système public de santé et de services sociaux, mais également à la déconstruction de l'ensemble des services publics.

Rappelons que le mandat confié à la Commission de révision permanente des programmes par le gouvernement Couillard, au printemps 2014, vise à proposer, notamment, une vision globale quant au repositionnement de l'État. « Le gouvernement s'est engagé à poser des actions concrètes pour assurer une gestion plus rigoureuse et responsable des dépenses publiques et s'attaquer, de façon durable, au déficit structurel du Québec. »¹⁰ Quand ce même déficit structurel est en partie créé par une réduction planifiée des revenus de l'État, les intentions ne peuvent être plus claires.

Dans son mémoire¹¹ présenté à la Commission des finances publiques en septembre dernier, la CSQ souligne que les modifications apportées à la fiscalité depuis 1997 ont généré un manque à gagner de plusieurs milliards de dollars pour le Québec seulement.

[...] depuis la fin des années 1990, la charge fiscale a été réduite tant pour les particuliers que pour les sociétés. En ce qui concerne l'impôt des particuliers, une étude récente de l'Institut de recherche en économie contemporaine (IREC) a établi que, si les paramètres fiscaux de 1997

⁷ PELCHAT, Marie (2000). « Intervention Alternatives Santé et mondialisation », Texte de l'allocation présenté par la coordonnatrice de la Coalition solidarité santé lors du Sommet d'Alternatives « Santé et mondialisation », (23-24 novembre).

⁸ Le défaut de ressources, la déréglementation, la tarification, la décentralisation, la privatisation, la communautarisation.

⁹ BANQUE MONDIALE (2000). *L'État dans un monde en mutation. Rapport sur le développement dans le monde 1997*, Washington, États-Unis, Banque mondiale, 278 p.

¹⁰ COMMISSION DE RÉVISION PERMANENTE DES PROGRAMMES (2015). *Commission*, [En ligne]. [revisiondesprogrammes.gouv.qc.ca/commission] (Consulté le 18 janvier 2016).

¹¹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2015). *Pour un financement adéquat et équitable des services publics – Mémoire présenté à la Commission des finances publiques*, [En ligne] (septembre), 24 p. D12720. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2015-2016/D12720.pdf] (Consulté le 18 janvier 2016).

avaient été appliqués en 2013, le Québec aurait perçu 8,4 milliards de dollars de revenus additionnels¹².

Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant que le gouvernement se dise dans l'obligation de réduire autant les budgets pour rétablir l'équilibre budgétaire.

2. Des valeurs et préoccupations sociales mondialement reconnues

Pour la CSQ, il va de soi que nous nous situons dans un débat essentiellement idéologique, où les valeurs et les grandes orientations néolibérales remettent en question les principes mêmes de notre système public de santé.

Or, le droit à la santé, tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé, demeure un droit qui apparaît inaliénable pour la très grande majorité d'entre nous.

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 sociale¹³.

Affirmer qu'il faut restreindre ce droit, alors qu'il existe une multitude d'options fiscales, économiques et organisationnelles, nous apparaît nettement démesuré.

Est-il nécessaire de rappeler qu'en 1948, le Canada signait la *Déclaration universelle des droits de l'homme*¹⁴, dont l'article 25 stipule que :

[...] toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

¹² BÉLANGER, Jules, et Oscar CALDERON (2015). *Analyse des modifications au régime fiscal québécois des particuliers*, Montréal, Institut de recherche en économie contemporaine, [En ligne], 49 p. [irec.net/upload/File/rapportanalyse_modificationsregimefiscalmars_2015.pdf].

¹³ CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ [s.d.]. *À propos de l'OMS*, [En ligne]. [www.who.int/about/mission/fr] (Consulté le 18 janvier 2016).

¹⁴ ORGANISATION DES NATIONS UNIES (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*, [En ligne], Paris, France, ONU. [un.org/fr/documents/udhr].

En 1976, le pays souscrivait au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels¹⁵ qui stipule à l'article 12 :

Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale, qu'elle soit capable d'atteindre.

De plus, le Canada adoptait, en 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé¹⁶. Le nouveau mouvement mondial pour la santé publique reconnaît alors un rôle fondamental aux déterminants de la santé tels que le revenu et l'environnement. Concrètement, l'ensemble des politiques de santé, financières et sociales doit viser l'équité en matière de santé.

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci [...] ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Dans le Programme national de santé publique 2015-2025¹⁷, rendu public le 9 décembre dernier, le gouvernement du Québec réaffirme l'importance des déterminants de la santé :

Ainsi, la consolidation de l'offre de services de santé publique dans le réseau et le renforcement des collaborations intersectorielles pour agir sur les déterminants de la santé demeurent des défis incontournables pour les prochaines années.

Nonobstant les défis de système indiqués par le Commissaire¹⁸ dans le *Guide de consultation pour l'appel de mémoires*, notre organisation partage toujours les valeurs citoyennes des différentes conventions internationales.

¹⁵ ORGANISATION DES NATIONS UNIES (1966). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, [En ligne], New York, États-Unis, Haut-Commissariat des droits de l'homme. [ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx].

¹⁶ CANADA, (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*, [En ligne], Ottawa, Agence de la santé publique du Canada. [phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php].

¹⁷ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*, [En ligne], Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 85 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565].

¹⁸ Coûts associés aux innovations technologiques, à la prévalence des maladies chroniques, aux changements démographiques, aux demandes liées aux divers groupes de pression, etc.

Lors d'une vaste campagne d'information et de consultation menée auprès de nos organismes affiliés en 2011-2012, les membres de la CSQ ont réaffirmé leur fort attachement au système public de santé et de services sociaux et dénoncé le discours ambiant fataliste :

Le discours politique, les chantages de la droite et les médias n'ont cessé de nous faire croire que le système de santé coûte trop cher, que le vieillissement de la population en fera exploser les coûts, que l'État ne pourra plus soutenir seul ces dépenses et que le recours accru au secteur privé nous ferait faire des économies, thèses que plusieurs chercheurs ont démantelées, démonstrations à l'appui. Mais le gouvernement continue de se servir de ces prétextes pour accroître la contribution du secteur privé et mettre en place des solutions à la pièce au profit d'une minorité¹⁹.

Lors de cette consultation, cinq enjeux prioritaires nécessitant une intervention rigoureuse de l'État ont alors été ciblés et font toujours l'objet de revendications :

- Assurer le financement public adéquat du système ;
- Contrer la privatisation pour préserver notre système public ;
- Contrôler le coût des médicaments ;
- Développer des solutions publiques pour améliorer l'accès aux soins et aux services ;
- Améliorer les conditions d'exercice des travailleuses et travailleurs du réseau.

Enfin, précisons qu'à titre de membre fondateur actif de la Coalition Solidarité Santé, la CSQ défend les principes et les grandes orientations de son manifeste pour la sauvegarde du système public de santé²⁰ :

- Des services publics : une responsabilité de l'État ;
- Un refus sans équivoque de la privatisation et de la tarification ;
- Une vision sociale de la santé à réaffirmer ;

¹⁹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2012). *Santé et services sociaux – Des solutions pour un système public*, Plate-forme politique de la CSQ en santé et en services sociaux, [En ligne]. 5 p. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/sante/privatisation/solutions-systeme-sante-public.pdf].

²⁰ COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ (2000). *Manifeste de la Coalition Solidarité Santé – 20 ans de luttes et de débats pour la sauvegarde du système public de santé et de services sociaux*, version renouvelée 2011, 4p.

- Une spécificité à reconnaître : celle des femmes ;
- Un financement public et adéquat.

Nous avons les moyens de préserver notre solidarité sociale

Vous l'aurez compris, la CSQ rejette la volonté du gouvernement québécois de réduire la taille de l'État et de laisser plus de place au privé au sein des services sociaux et de santé publics. Elle dénonce le sous-investissement chronique de certains services publics engendré par le défaut de ressources planifié. En fait, la province enregistre un retard important en matière de financement public pour le réseau de la santé, soit un manque à gagner évalué à près de trois milliards de dollars par année, lorsque l'on compare ses dépenses publiques de santé par habitant à la moyenne canadienne :

Précisons qu'en 2012, le Québec était la province canadienne dont les dépenses publiques de santé par habitant étaient les moins élevées (3 513 \$ comparativement à la moyenne canadienne de 3 870 \$). Chaque ménage québécois dépensait en moyenne 2 520 \$ en soins de santé privés, soit 10 % de plus que la moyenne canadienne et plus que toute autre province, hormis la Colombie-Britannique²¹.

La CSQ est fermement convaincue que l'investissement massif d'un État dans les services publics et les programmes sociaux, jumelé à une efficacité dans la gestion de ces dépenses, est le modèle à suivre²². Depuis les années 1960, la mise en place d'une gamme étendue de services publics et de programmes sociaux a généré de nombreux bienfaits pour la société québécoise. Ainsi, « le Québec est l'une des sociétés les plus performantes sur le continent en matière d'égalité de revenus, de santé publique, de faible incidence de la criminalité ainsi que sur bien d'autres aspects ». Or, les dernières années de compressions budgétaires massives mettent à mal notre modèle social et menacent directement ces acquis sociaux. Cesser d'investir socialement et collectivement hypothèque donc l'avenir de toutes et de tous.

²¹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2015). *Mémoire présenté à la Commission des finances publiques, dans le cadre des audiences publiques sur le projet de loi no 28 – Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016*, [En ligne] (janvier), 24 p. D12652. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2014-2015/D12652.pdf] (Consulté le 18 janvier 2016).

²² CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2015). *Un budget et une fiscalité pour garantir la qualité, l'accessibilité et l'étendue des services publics au Québec. Mémoire présenté au ministre des Finances, Carlos J Leitao, dans le cadre des consultations prébudgétaires 2015-2016*, [En ligne] (février), 27 p. D12658. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2014-2015/D12658.pdf] (Consulté le 18 janvier 2016).

Rappelons que le ministère de la Santé et des Services sociaux a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et Québécois en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec²³. Conséquemment, l'État doit retrouver les moyens de remplir adéquatement ses diverses missions sociales.

Aussi, lors de son passage à la Commission des finances publiques à l'automne dernier²⁴, la CSQ a formulé de multiples recommandations visant à assurer un financement adéquat et équitable des services publics. Elle a notamment réclamé que l'effet global de la réforme de la fiscalité québécoise permette au gouvernement d'augmenter ses revenus, entre autres, par une contribution fiscale globale des entreprises plus élevée.

3. Élargir le débat public pour préserver l'universalité, l'intégrité et la pérennité de notre système public de santé

Pour la CSQ, le gouvernement doit remettre l'offre de services publics au centre des priorités gouvernementales.

De nombreux rapports de recherche et d'évaluation tendent à démontrer que la privatisation de notre système de santé, que ce soit dans la prestation ou dans le financement des services sociaux et des soins de santé, se fait le plus souvent au détriment de l'accessibilité et de la qualité des services.

À titre d'exemple, depuis plusieurs années, les enquêtes du Protecteur du citoyen révèlent que plusieurs résidences privées pour les personnes âgées n'offrent pas les soins et les services requis par une clientèle de moins en moins autonome, ayant un déficit cognitif grave, des incapacités physiques multiples ou un profil clinique complexe.

La situation est d'autant plus préoccupante que :

- La proportion de personnes âgées dont l'état nécessite une prise en charge s'accroît ;

²³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). Extrait du *Rapport annuel de gestion 2005-2006*, [En ligne]. [msss.gouv.qc.ca/ministere/mission.php] (Consulté le 21 septembre 2014).

²⁴ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2015). *Pour un financement adéquat et équitable des services publics – Mémoire présenté à la Commission des finances publiques*, [En ligne] (septembre), p. D12720. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2015-2016/D12720.pdf] (Consulté le 18 janvier 2016).

- L'offre de services de soutien à domicile est de plus en plus limitée ;
- Les délais d'attente s'allongent pour accéder à l'hébergement public ;
- Les places disponibles en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) diminuent²⁵.

Vouloir réviser le contenu du panier de services assurés, et reconnaître du même souffle que les coûts du système de santé se sont accrus, incitent à une certaine prudence.

En effet, selon nous, de nombreux dossiers et postes budgétaires, de plus en plus coûteux pour le gouvernement, devraient faire l'objet d'une attention urgente et particulière. Aussi, l'idée de se doter de mécanismes de décision, d'évaluation et de révision systématique, comme le propose le Commissaire pour l'offre de services publics, devrait s'appliquer à l'ensemble des composantes du système de santé.

Parmi les enjeux qui soulèvent de nombreuses préoccupations économiques, plusieurs ont déjà fait l'objet de recommandations, mentionnons :

3.1 Les contrats en sous-traitance

Selon une étude réalisée par l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS)²⁶, la sous-traitance engendre fréquemment des dépassements de coûts, des délais de réalisation, une perte d'expertise. Elle n'assure pas, en outre, une meilleure qualité ou efficacité et participe généralement à rendre les activités du gouvernement moins transparentes.

L'exemple des ressources intermédiaires (RI) d'hébergement

Selon l'étude de l'IRIS :

Les coûts totaux d'une place en CHSLD sont à peu près équivalents aux coûts d'un hébergement en RI. La croissance importante des coûts des RI peut sans doute s'expliquer par la part de profit que s'octroient certains propriétaires. Le seul avantage du gouvernement est alors d'éviter d'ajouter à sa dette le poids de ces infrastructures.

²⁵ LE PROTECTEUR DU CITOYEN (2015). *Rapport annuel d'activités 2014-2015*, [En ligne], 164 p. [protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/rapport-annuel-protecteur-2014-2015.pdf].

²⁶ HÉBERT, Guillaume, et autres (2013). *Rapport de recherche. La sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences*, Montréal, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 64 p. [iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/sous-traitance-WEB-03.pdf].

Or, ces économies semblent se traduire par une réduction significative de la qualité des services. Pour de nombreux observateurs, la compétence et le professionnalisme du personnel sont essentiels pour assurer un hébergement de qualité. Or, l'étude révèle que « les conditions de travail inférieures y génèrent en effet un roulement de personnel dont les effets nuisent beaucoup au maintien et au développement de l'expertise au sein des installations d'hébergement privé. »

L'exemple des ressources informationnelles

Selon les données du Système électronique d'appel d'offres (SEAO) du gouvernement du Québec, la valeur des contrats d'approvisionnement et de services professionnels liés aux technologies de l'information accordés par les ministères et les organismes publics s'élevait à plus de 1,7 milliard de dollars au cours des exercices 2012-2013 et 2013-2014. Dans son rapport d'évaluation²⁷ rendu public le 30 novembre dernier, la vérificatrice générale du Québec, Guylaine Leclerc, indique de nombreuses lacunes dans la gestion de ces contrats. Les nouvelles règles visant à corriger celles-ci sont jugées insuffisantes. La vérificatrice précise que, selon l'OCDE, « les enjeux financiers et l'étroite interaction des intervenants publics et privés font des marchés publics l'un des principaux domaines à risque » de malversations et de corruption.

Rappelons que le projet informatique Dossier santé Québec (DSQ), lancé il y a maintenant près de dix ans, n'est toujours pas pleinement opérationnel²⁸ et que sa facture, combinée à tous les grands projets informatiques dans le secteur de la santé, atteindra 1,8 milliard de dollars, soit le triple de ce qui était anticipé. Sa livraison a été repoussée en 2021.

3.2 Les partenariats public-privé (PPP)

« [...] de plus en plus d'études démontrent que la réalisation de projets en mode PPP n'est pas plus économique qu'en mode public et que les avantages invoqués au départ ne sont pas au rendez-vous. Les projets en cours démontrent plutôt que les PPP sont sujets à d'importants dépassements de coûts, à des retards dans la réalisation et même à des défaillances quant aux services offerts²⁹ ».

²⁷ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2015). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016, Vérification particulière - Contrats en technologies de l'information*, Québec, Vérificateur général du Québec, [En ligne], 60 p. [vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_verification-particuliere-enquete/fr_Rapport2015-CTI/fr_Rapport2015-CTI.pdf].

²⁸ Le projet a été qualifié « d'échec » par le vérificateur général du Québec en 2011.

²⁹ SECRÉTARIAT INTERSYNDICAL DES SERVICES PUBLICS (2011). *Qu'est-ce qu'un PPP ?*, [En ligne]. [sisp.qc.net/vigie-infrastructure-quebec/quest-ce-quun-ppp/index.html] (Consulté le 18 janvier 2016).

Une récente étude de l'IRIS³⁰ révèle qu'en rachetant les deux contrats des Centres hospitaliers universitaires (CHU) en PPP, le gouvernement du Québec pourrait économiser plusieurs centaines de millions de dollars, selon les hypothèses les plus conservatrices, voire près de quatre milliards de dollars, selon les projections les plus réalistes. L'analyse des expériences étrangères révèle que les contrats signés en PPP sont très opaques et, qu'à long terme, cette formule financière est insoutenable par les États et constitue, ni plus ni moins, une « dilapidation pure et simple des fonds publics ».

3.3 La gouvernance et la gestion du système de santé

Certains scandales financiers impliquant divers partenaires privés du réseau de la santé doivent nous interpeller. Jamais les questions de l'accès à l'information et de la transparence n'ont suscité autant d'intérêt et d'inquiétudes. Est-il nécessaire de rappeler que l'an dernier, les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux détenaient 17 milliards \$ de fonds publics pour réaliser leurs différentes missions ? Dans un tel contexte, que penser de la composition des conseils d'administration des nouveaux centres intégrés de santé et de services sociaux dont, la majorité des membres sont indépendants et plusieurs issus du secteur privé ? Pour notre organisation, la question de l'octroi et de la gestion des contrats publics dans un contexte de transformation sans précédent de la gouvernance des établissements publics devrait être étroitement surveillée et documentée.

3.4 Le régime général d'assurance médicaments

Diverses études économiques^{31,32} démontrent que la mise en place d'un régime entièrement public d'assurance médicaments permettrait au gouvernement du Québec d'économiser annuellement plusieurs centaines de millions, voire milliards de dollars. Le gouvernement pourrait ainsi maintenir, voire mieux financer, l'ensemble de nos services publics, notamment nos services sociaux et de santé.

Dans sa dernière analyse détaillée sur les médicaments d'ordonnance, publiée en mars dernier³³, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) constatait la

³⁰ INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES (2014). *Note socio-économique. Devrait-on racheter les PPP du CHUM et du CUSM ?*, [En ligne], 12 p. [iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/CHU-PPP-WEB-02.pdf].

³¹ GAGNON, Marc-André (2014). *Vers une politique rationnelle d'assurance-médicaments au Canada*, Ottawa, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, [En ligne], 84 p. [fcsii.ca/sites/default/files/pharmacare_report_french.pdf].

³² DAMÉCO (2014). *Régime d'assurance médicaments du Québec – Les impacts économiques de l'instauration d'un régime public et universel*, [En ligne], 22 p. [docplayer.fr/4800915-Les-impacts-economiques-de-l-instauration-d-un-regime-public-et-universel.html].

³³ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2015). *Les médicaments d'ordonnance : Agir sur les coûts et l'usage au bénéfice du patient et de la pérennité du système – Rapport*

hausse importante des coûts, indiquait, une fois de plus, plusieurs sources d'iniquités entre les régimes public et privés et formulait de nombreuses recommandations visant à les corriger. Sans réclamer la mise en place d'une assurance entièrement publique, ce dernier suggérait fortement une révision du régime hybride (public-privé) actuel :

Améliorer l'équité d'accès au sein du RGAM, particulièrement à l'égard des personnes couvertes par son volet privé, s'impose à court terme. Le gouvernement ne peut pas faire abstraction des arguments pour une couverture publique universelle des médicaments, qui s'appuie sur la place qu'ils occupent dans les soins de santé, de même que ceux liés à l'équité.

Plusieurs arguments économiques militent en faveur de la mise en place d'une assurance médicaments 100 % publique :

- La population québécoise est celle qui paie le plus cher au monde pour ses médicaments, tout juste derrière la Suisse. Nos médicaments nous coûtent 30 % de plus que dans la moyenne des autres pays développés ;
- Le régime en place au Québec (public-privé) ne permet pas de contrôler la hausse des coûts exorbitante : les médicaments prescrits nous coûtent 7,5 milliards de dollars par année au Québec ;
- Dans les pays possédant un régime d'assurance médicaments entièrement public – la France, le Royaume-Uni, la Suède, l'Australie et la Nouvelle-Zélande –, les médicaments coûtent de 16 % à 40 % moins cher qu'au Québec, et leur indexation annuelle est de deux à trois fois moins élevée.

Force est d'admettre que ni le gouvernement du Québec ni les régimes privés d'assurances collectives, qui desservent 57 % de la population québécoise, n'ont réussi à établir un rapport de force par rapport aux entreprises pharmaceutiques. Un marché ainsi fragmenté limite le pouvoir de négociation et les économies d'échelles qu'il serait possible de réaliser grâce aux achats regroupés.

Pour ces raisons, et bien d'autres, plus de 410 organisations et experts de la santé du Québec réclament un régime entièrement public depuis plusieurs années³⁴. Or, le gouvernement reste sourd à leurs préoccupations et revendications. À cet égard,

d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, Gouvernement du Québec, [En ligne], 138 p. [csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/Medicaments/CSBE_Medicaments_Recomm.pdf].

³⁴ UNION DES CONSOMMATEURS (2015). *Appuis à un régime public universel d'assurance médicaments au Québec*, [En ligne]. [uniondesconsommateurs.ca/wp-content/uploads/2015/11/20151110-UC-AssMed-appuis.pdf] (Consulté le 18 janvier 2016).

il est préoccupant de constater que, dans son dernier rapport d'analyse³⁵, la Commission de révision permanente des programmes a omis de mentionner les deux rapports d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux du CSBE ayant traité de la problématique des médicaments.

Précisons que l'ensemble des autres provinces canadiennes travaille pour la mise en place d'un régime entièrement public. Près de trois cents universitaires canadiens ont appuyé la déclaration Pharmacare 2020³⁶; selon eux, un régime entièrement public constitue la meilleure solution pour assurer l'accès aux médicaments, l'équité, la sécurité et la pérennité des systèmes de santé.

Enfin, une vaste campagne citoyenne pour l'adoption d'une assurance médicaments 100 % publique, *Le remède aux coupures, ça existe !*³⁷, a été lancée au Québec par la Coalition Solidarité Santé, le 7 décembre dernier.

Qu'attend le gouvernement du Québec pour agir ?

4. Miser sur une réelle collaboration interprofessionnelle

Nous le savons, améliorer l'accès aux services de première ligne et l'efficacité de la coordination des soins constitue l'un des principaux défis de notre système de santé et de services sociaux.

À l'instar de nombreuses organisations professionnelles, la CSQ est convaincue que la mise en place de modèles de soins et de services axés davantage sur la collaboration interprofessionnelle permettrait d'améliorer très significativement l'efficacité du système de santé et, par le fait même, contribuerait à préserver son universalité et son accessibilité. Pour ce faire, nos décideurs politiques doivent reconnaître l'importance de cet enjeu et l'urgence de créer les conditions concrètes qui favoriseront réellement une telle collaboration.

³⁵ COMMISSION DE RÉVISION PERMANENTE DES PROGRAMMES (2015). *Rapport de la Commission de révision permanente des programmes – Cap sur la performance, Volume 2*, Québec, Gouvernement du Québec, Tableau « Les principaux rapports et réformes visant le système de santé québécois », [En ligne], 61 p. [revisiondesprogrammes.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/rapport_2015_sommaire.pdf].

³⁶ MORGANS, Steven G., et autres (2015). *The Future of Drug Coverage in Canada*, Vancouver, The Pharmaceutical Policy Research Collaboration, University of British Columbia, [En ligne], 19 p. [pharmacare2020.ca/assets/pdf/The_Future_of_Drug_Coverage_in_Canada.pdf].

³⁷ COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ (2015). *Le remède aux coupures, ça existe !*, [En ligne]. [remedeauxcoupures.cssante.com] (Consulté le 18 janvier 2016).

Au-delà des principes

Les médecins admettent la nécessité de réviser certaines modalités touchant le travail interprofessionnel. Cependant, jusqu'où seront-ils prêts à aller ?

Pour le Collège des médecins du Québec, « la collaboration, la communication, le partage d'information et la compréhension des rôles des différents intervenants doivent désormais guider les pratiques des équipes interprofessionnelles »³⁸. Mais au-delà de ces principes, qu'en sera-t-il du déploiement réel des ordonnances collectives et de l'exercice des actes délégués ?

C'est une chose admise, chaque professionnelle et professionnel et intervenante et intervenant devrait pouvoir mettre à contribution de façon optimale l'ensemble de ses expertises et compétences professionnelles. À ce titre, l'entrée en vigueur de la prescription infirmière³⁹, le 11 janvier dernier, constitue un pas important vers un meilleur accès aux soins de santé. Cette avancée semble concorder avec l'énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle, dans lequel l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) reconnaissent que « les modèles de soins qui privilégient la collaboration entre professionnelles ou professionnels et la pleine utilisation de leurs compétences dans leurs champs d'exercice respectifs contribuent à l'atteinte de résultats de santé optimaux pour les personnes. »

Aussi, nous croyons que la mise en place des nouveaux projets cliniques et organisationnels découlant de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux doit être l'occasion de revoir globalement les rôles, les responsabilités et les conditions d'exercice des divers professionnels et professionnelles qui constitueront les équipes de soins afin d'assurer justement un meilleur accès à des services de qualité.

La rémunération à l'acte : une contrainte à la collaboration interprofessionnelle ?

Accentuer le déploiement des équipes interprofessionnelles dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé nécessitera d'importants ajustements.

En effet, pourquoi ce qui semble faire consensus du point de vue thérapeutique a-t-il été si difficile à implanter jusqu'à maintenant ? Nous croyons qu'une partie de la réponse se trouve dans le modèle de rémunération à l'acte dont bénéficient

³⁸ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle* (3 septembre). Repéré au cmq.org/nouvelle/fr/enonce-de-position-conjoint-sur-la-collaboration-interprofessionnelle.aspx.

³⁹ Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière ou un infirmier, pris en application de la Loi médicale.

certaines professions et professionnelles de la santé. En effet, comment prendre les décisions en collectifs de soins, alors que certaines de ces décisions peuvent affecter les revenus des personnes professionnelles détenant un statut d'entreprise privée ou de travailleur autonome, et qui plus est, l'autorité fonctionnelle ?

En fait, de nombreux problèmes seraient associés, du moins en partie, à ce modèle de rémunération, notamment la difficulté à mettre en œuvre les ordonnances collectives et à travailler en équipe multidisciplinaire, sans oublier le volume de services réalisés au détriment de la qualité. Les problématiques de surdiagnostic et de surtraitement sont également mises au jeu par l'Association médicale du Québec (AMQ) qui estime à environ cinq milliards de dollars les économies qu'il serait possible de réaliser en éliminant ceux-ci à tous les niveaux du système de santé⁴⁰.

La complexité administrative associée au financement et à la rémunération à l'acte⁴¹ est également décriée par l'AMQ.

Enfin, l'ampleur des problèmes indiqués⁴² par la vérificatrice générale du Québec⁴³ impose un débat urgent sur la rémunération des médecins, poste budgétaire qui représente 62 % des dépenses de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Un gouvernement qui se targue de vouloir améliorer l'efficacité et la performance économique de son système de santé ne peut s'y soustraire. Ne pas corriger la situation serait nous condamner, à plus ou moins long terme, à une réduction croissante de la couverture publique de nos services sociaux et de santé.

À cet égard, les travaux menés sur les divers modèles de rémunération des médecins par le Commissaire à la santé et au bien-être nous intéressent au plus haut point ; ils nous permettront de connaître l'incidence des modifications des divers modes de rémunération des médecins sur l'évolution des différentes

⁴⁰ ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC (2013). *Optimisation de la pratique clinique – Mieux choisir*, [En ligne], 22 p. [amq.ca/images/stories/documents/optimisation-rapport.pdf].

⁴¹ Le manuel de facturation des médecins omnipraticiens comporte 500 pages et plus de 14 000 actes médicaux peuvent actuellement être facturés.

⁴² Mécanismes de vérification de la RAMQ insuffisants pour contrôler les sommes facturées par les médecins (moins de 2 % des cas ont fait l'objet d'une vérification), facture additionnelle payée à même les fonds des autres programmes du réseau de la santé, mesures financières incitatives sans cible ni indicateur permettant d'évaluer leur efficacité, etc.

⁴³ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2015). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources, Rémunération des médecins : administration et contrôle*. Régie de l'assurance maladie du Québec, chapitre 3, Québec, Vérificateur général du Québec, [En ligne], 192 p. [vgq.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VORAutomne/fr_Rapport_2015-2016-VOR.pdf].

pratiques professionnelles et la demande de soins et services⁴⁴ et d'agir en conséquence.

Conclusion

Comme nous l'avons déjà mentionné, la CSQ est très consciente de ne pas s'être prêtée à l'exercice de réflexion comme soumis par le Commissaire à la santé et au bien-être, soit l'exercice de révision de la couverture publique des services en santé et en services sociaux.

Plutôt que de nous attarder au contenu et aux processus de décision au regard du panier de services assurés québécois⁴⁵, la CSQ a exposé ses préoccupations sur des enjeux qui, selon elle, mettent en péril la pérennité de notre système public de santé.

Pourquoi cette décision ?

Parce que le droit à la santé est un droit fondamental que nous devons, comme société, préserver et protéger des divers intérêts privés qui réduisent l'accès aux services sociaux et de santé.

Parce qu'elle considère essentiel de réaffirmer et de renforcer le rôle social de l'État qui doit retrouver les moyens de remplir adéquatement ses diverses missions.

Parce que l'exercice tel que présenté induit d'une certaine façon un biais d'analyse qui remet en question les principes fondamentaux mêmes de nos systèmes publics de santé, soit l'universalité et l'accessibilité.

Enfin, parce qu'il existe de multiples options économiques, fiscales et organisationnelles qui permettraient d'améliorer significativement le financement et l'accès à des soins et des services publics de qualité, solutions reprises dans les recommandations ci-dessous.

⁴⁴ Établissement des diagnostics, prescription de médicaments, demande de tests, nombre d'hospitalisations, visites hospitalières, etc.

⁴⁵ Voir Annexe 1 – Extrait du *Guide de consultation pour l'appel de mémoires*.

Liste des recommandations

La CSQ recommande que le Commissaire à la santé et au bien-être inscrive ces travaux de réflexion dans une démarche beaucoup plus large en y intégrant, notamment, les solutions alternatives qui obtiennent un très large consensus social ; elle lui soumet ainsi les recommandations suivantes :

Recommandation 1

Que le gouvernement du Québec remette l'offre de services publics au centre des priorités gouvernementales.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Québec réinvestisse massivement dans les services publics et les programmes sociaux.

Recommandation 3

Que le gouvernement du Québec améliore la gestion des divers postes budgétaires qui semblent échapper au contrôle gouvernemental ; les mécanismes de décision, d'évaluation et de révision systématique, comme le propose le Commissaire pour l'offre de services publics, devraient s'appliquer à l'ensemble des composantes du système de santé. Les contrats en sous-traitance, les partenariats public-privé (PPP) et le régime général d'assurance médicaments devraient faire l'objet d'une attention urgente et particulière.

Recommandation 4

Que le gouvernement du Québec reconnaisse concrètement l'importance de la collaboration interprofessionnelle en créant les conditions qui favoriseront réellement une telle collaboration ; la mise en place des nouveaux projets cliniques et organisationnels découlant de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux doit être l'occasion de revoir globalement les rôles, les responsabilités et les conditions d'exercice des divers professionnels et professionnelles qui constitueront les équipes de soins, afin d'assurer un meilleur accès à des services de qualité.

Recommandation 5

Que le gouvernement du Québec révise les modèles de rémunération des médecins afin qu'ils ne soient plus une contrainte à l'accès universel aux services et aux soins de santé, ni à la collaboration interprofessionnelle.

Recommandation 6

Que le Commissaire à la santé et au bien-être surveille étroitement et documente la question de l'octroi et de la gestion des contrats publics dans un contexte de transformation sans précédent de la gouvernance des établissements publics de santé.

Annexe 1 – Extrait du *Guide de consultation pour l'appel de mémoires*

APPEL DE MÉMOIRES

Dans le cadre de cet appel de mémoires, le Commissaire désire entendre votre voix concernant la couverture publique des services en santé et en services sociaux.

- **Vous êtes invités à faire part en grand nombre des préoccupations et des enjeux qui vous interpellent au regard du panier de services assurés québécois, en autres son contenu et les processus de prise de décision y étant liés.**
- **Vous êtes également conviés à faire connaître les aspects positifs que vous désirez souligner et les propositions d'adaptation que vous désirez partager.**

Par ailleurs, le Commissaire aimerait avoir votre avis à l'égard des critères inclus dans le tableau suivant, qui sont couramment utilisés pour soutenir la prise de décision relative à la couverture publique des services de santé et des services sociaux.

- **Vous êtes invités à commenter la pertinence de ces critères, leur importance relative, les enjeux pouvant être soulevés par leur utilisation, etc.**
- **Vous pouvez ajouter d'autres critères qui vous apparaissent pertinents à considérer à cet égard.**

Critères retenus et utilisés pour soutenir la prise de décision

Les bénéfices supplémentaires que le service apporte (par exemple, des bénéfices sur l'efficacité, comme l'augmentation de la durée de vie ou l'amélioration de sa qualité, ou encore des bénéfices sur la sécurité, telle la diminution des risques pour la santé)

- La gravité de la maladie ou du problème
- Le nombre de personnes touchées par la maladie ou le problème
- L'urgence du besoin
- L'absence d'un soin efficace déjà remboursé par l'État
- L'ensemble des bénéfices pour le patient, ses proches et la société
- L'importance des coûts que l'État devrait assumer
- L'importance des coûts du service pour l'État par rapport aux bénéfices qu'il apporte
- La solidité des données scientifiques



D12769

Janvier 2016