

POUR L'AVENIR DES SERVICES PUBLICS...

un projet de loi :
trompeur
imprécis
menaçant



A stylized white signature or logo, possibly representing the organization or author of the document.



MÉMOIRE DE LA
FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

SUR LE
PROJET DE LOI N° 38

LOI SUR LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

DÉPOSÉ À LA
COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Février 2004

Résumé

Le projet de loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, tout comme l'ensemble des projets de loi adoptés lors de la précédente session parlementaire, constitue une nouvelle pièce de la réingénierie en santé. En font foi, les changements significatifs d'orientation de la fonction de commissaire par rapport aux deux conseils qu'il vient abroger. Plutôt que de prendre appui sur la *Politique de la santé et du bien-être*, adoptée par le gouvernement libéral au début des années 1990, le mandat du Commissaire à la santé repose sur l'évaluation de la performance et donc, sur l'application de la nouvelle politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux adoptée en juin dernier : *Évaluer pour s'améliorer*. Il s'agit là d'un changement fondamental d'orientation, appuyé sur des modifications importantes quant à la représentativité de l'organisme.



Le mandat du Commissaire à la santé et au bien-être, orienté vers la performance et l'appréciation des résultats atteints par le système de santé et de services sociaux, pose la question du mandat du Commissaire en termes de jugement de valeur à porter sur le système de santé et de services sociaux. En ce sens, la réingénierie de l'État, qui consiste à recentrer le rôle de l'État sur ses missions essentielles afin de procurer des rendements budgétaires significatifs, se trouve confiée, dans le réseau de la santé, via l'actuel projet de loi, au Commissaire à la santé et au bien-être.

Le Commissaire à la santé et au bien-être, en tant qu'organisme, concentre de multiples pouvoirs en regard de l'évaluation des services. Par son lien de subordination au ministre de la Santé et des Services sociaux et par les fonctions qui lui sont octroyées dans la mise en application de la politique d'évaluation du ministère, le Commissaire à la santé et au bien-être se verrait investi d'un pouvoir de recommandation pouvant mener à l'application de mesures qui vont dans le sens de la réduction des coûts et des dépenses et pouvant entraîner des décisions politiques qui privilégient les désassurances et la privatisation de services.

Au nombre des pouvoirs cumulés par le Commissaire, figurent des choix éthiques : l'arbitrage entre les besoins et les coûts des services, et ce, sans bénéficier de l'expertise du Conseil de la santé et du bien-être dont il assumera seul les fonctions. Son mandat l'amènerait également à apprécier la viabilité du système de santé, sur la base du flou associé à cette notion. Dans cette perspective, les choix qu'il sera nécessaire d'opérer, pour le Commissaire, représentent des choix politiques, voire idéologiques, rendus nécessaires pour assurer la viabilité du système de santé. En effet, le contexte de réingénierie va dans le sens de la diminution de la taille de l'État et de ses ressources, à travers les diminutions d'impôts, et remettent en question le financement public du système de santé. Il s'agit donc, d'une part, de choix comptables visant à limiter les dépenses publiques. D'autre part, il s'agit de choix d'affaires

destinés à rencontrer les obligations du ministère de la Santé et des Services sociaux relativement aux marchés publics et aux partenariats public-privé. L'institution d'un Commissaire à la santé, dont le mandat est l'évaluation de la performance, en regard de la santé et du bien-être de la population, pourrait bien fournir les arguments nécessaires au ministère et au gouvernement, pour faire les choix qui s'imposent relativement aux opportunités d'affaires attendues du réseau de la santé et des services sociaux.

L'évaluation de la performance par le Commissaire devrait se faire notamment en regard de l'assurabilité des services. Or, l'introduction de la notion d'assurabilité vient compromettre le principe d'intégralité inscrit dans la *Loi canadienne sur la santé*. S'agira-t-il pour le Commissaire de suivre une idée antérieurement exprimée à l'effet de distinguer entre deux catégories de biens : les « biens publics » (assurables) et les « biens privés » (non assurables)? Qu'advient-il de la première ligne dans un tel contexte? Il y a tout lieu de s'en alarmer.

L'introduction de la notion de « responsabilités corollaires face à leur santé et à l'utilisation des services offerts », quant à elle, remet en cause l'une des trois convictions énoncées dans la politique de la santé et du bien-être, à savoir « un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective ». Comment interpréter cette notion de « responsabilités corollaires » qui n'est d'ailleurs pas définie dans le projet de loi? Doit-on conclure à un désengagement de l'État en regard de la santé? Doit-on conclure à la confirmation de la seule responsabilité des citoyennes et des citoyens à cet égard? À quelles conséquences s'attendre pour les patient-e-s?

En conclusion, il apparaît à la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec que le projet de loi sur le Commissaire à la santé constitue un projet de loi trompeur, notamment parce qu'il semble abandonner la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE). La FIIQ croit que le Commissaire doit exercer son mandat en conformité avec celle-ci, particulièrement en regard des clientèles vulnérables. Le cas échéant, le titre du Commissaire à la santé et au bien-être, puisqu'il correspond mal au mandat et aux fonctions qui lui sont octroyés, devrait être modifié afin d'établir une meilleure concordance avec la réalité. La FIIQ propose que le titre du Commissaire soit modifié pour celui de « Vérificateur à la performance globale du système de santé et de services sociaux ».

Avant-propos

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) est une fédération syndicale qui regroupe 45 500 infirmières québécoises. Elle représente 72 % de toutes les infirmières du Québec et 85 % de celles qui sont syndiquées. Plus de 90 % de ses membres sont des femmes.

Les membres de la Fédération, qui proviennent de tout le Québec, exercent exclusivement des fonctions d'infirmières dans 453 établissements du réseau de la santé, établissements qui représentent la plupart des missions de ce réseau. L'expertise de l'organisation se compose donc d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services de la santé et des services sociaux.

La FIIQ a toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué le processus de réforme du système de santé et de services sociaux au Québec. Elle a toujours soutenu une ouverture du réseau à la participation démocratique, fait valoir l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et revendiqué, pour le Québec, le maintien d'un système de santé et de services sociaux empreint des valeurs sociales-démocrates. Au niveau fédéral, la Fédération s'est présentée devant la commission Romanow pour y préciser le rôle attendu du gouvernement fédéral dans le devenir du système de santé. En outre, la Fédération a toujours mis en garde les gouvernements contre les répercussions des diktats de l'économie et, devrait-on maintenant ajouter, de la mondialisation néolibérale, sur des décisions aussi déterminantes que celles qui concernent l'avenir des soins de santé au pays.

Témoins privilégiés du système de santé au quotidien, les infirmières sont à même de connaître les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les effets parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique.

La FIIQ, en tant qu'organisation syndicale représentant une très large majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles de la santé, travailleuses du réseau public, usagères des services, vise par ses orientations et ses décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et plus de justice sociale.



Table des matières

Résumé	i
Avant-propos	iii
Introduction	1
Un projet de loi trompeur	2
L'abolition d'organismes publics en santé et leur caractère représentatif.....	2
L'approche préventive laissée pour compte	3
Un Commissaire à la santé et au bien-être dont la priorité est la performance	4
Une autre pièce de la réingénierie néolibérale	6
Le Commissaire au service de la réingénierie	6
Centralisation des pouvoirs	7
Les acquis et les valeurs de la collectivité menacés	9
Du droit à la santé à la liberté de choix « privé universel ».....	9
Le principe d'intégralité menacé	11
La notion de « responsabilités partagées » menacée	12
Conclusion	14
Recommandations	15



Introduction

Le programme du Parti libéral du Québec avait prévu la création d'un poste de Commissaire à la santé ainsi qu'une *Charte des droits et responsabilités des patients* visant à assurer une pleine défense des droits des citoyens et des citoyennes, d'une part, et visant à examiner le système de santé et de services sociaux sous l'angle des choix scientifiques, éthiques, technologiques, économiques, sociaux et de santé publique, d'autre part. Cela afin de jeter un regard transparent et indépendant sur notre système de santé.

Le *Projet de loi sur Le Commissaire à la santé et au bien-être* déposé, en décembre 2003, à la Commission des affaires sociales, ne concorde pas avec ce qui avait été annoncé. En effet, il ne prévoit plus de représenter les citoyens et les citoyennes, d'une part, mais, comme nous le verrons, il modifie le mandat d'amélioration de la santé et du bien-être en un mandat d'évaluation de la performance globale du système de santé, d'autre part. À cet égard, ce projet de loi nous apparaît trompeur parce que non seulement il s'inscrit dans l'entreprise de réingénierie entamée par le gouvernement du Parti libéral du Québec mais aussi parce qu'il menace, selon nous, les acquis et les valeurs que la société québécoise s'est données.

Dans les pages qui suivent, nous examinerons les conséquences négatives de l'abolition du Conseil de la santé et du bien-être, particulièrement en regard de la représentativité de l'organisme, mais aussi en regard de la *Politique de la santé et du bien-être* qui devrait être supplantée au profit de l'appréciation de la performance globale du système de santé et de services sociaux par le Commissaire à la santé. Par ailleurs, nous questionnerons le mandat d'évaluation et de performance comme « outil » de la réingénierie mais aussi la centralisation des pouvoirs créée par ce nouvel organisme. Enfin, nous analyserons les conséquences engendrées par une telle évaluation du système de santé sur le droit à la santé, le principe d'intégralité, ainsi que sur la notion de « responsabilités partagées ».



UN PROJET DE LOI TROMPEUR

Le projet de loi 38 prévoit la nomination d'un *Commissaire à la santé et au bien-être* responsable d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Selon l'article 2 du projet de loi, son mandat viserait l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Or, pour la FIQ, ce projet de loi est porteur de changements significatifs d'orientations en matière de santé et de gouvernance. Ces changements sont relatifs à la représentativité des organismes dans le secteur de la santé, à l'approche privilégiée pour l'amélioration de la santé de la population et au caractère impératif accordé à l'atteinte de la performance.



L'ABOLITION D'ORGANISMES PUBLICS EN SANTÉ ET LEUR CARACTÈRE REPRÉSENTATIF

Le projet de loi abolit deux organismes avec des missions distinctes en matière de santé, et au sein desquels la représentativité des intervenant-e-s en santé et de la société civile était assurée. Il s'agit du Conseil de la santé et du bien-être et du Conseil médical du Québec.

Le Conseil médical du Québec comprend quinze membres dont la plupart sont des médecins omnipraticiens, spécialistes, résidents ou issus du milieu universitaire, qui doivent conseiller le ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

Quant à lui, le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) comprend dix-neuf membres votants issus de tous les milieux : usagères et usagers des services de santé (3); organismes communautaires qui s'occupent de la défense des droits, de la prestation de services et de bénévolat (3); praticien-ne-s, chercheur-e-s et administratrices et administrateurs (6); municipalités, éducation, économie, travail, sécurité du revenu, environnement et justice (6). Cet organisme doit conseiller le ministre sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Il doit aussi donner des avis sur l'évolution des problèmes de santé et de bien-être en considérant l'origine de ces problèmes, particulièrement pour les groupes les plus vulnérables. Par ailleurs, la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE), dont l'objectif principal est de réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui affectent la population, oriente les travaux du CSBE. Ce dernier a de plus été chargé d'en faire le suivi et l'évaluation.

Ainsi, nous constatons un changement radical entre la représentativité du CSBE et celle de l'organisme créé par le projet de loi. En effet, le Commissaire à la santé et au bien-être, en tant qu'organisme, se trouverait désormais seul à remplacer et à assumer les fonctions jusque-là occupées par le CSBE et ses dix-neuf membres remarquablement représentatifs de la société civile et des intervenant-e-s



du réseau de la santé et des services sociaux. Nous savons que la santé est une priorité pour la population du Québec et que le système public de santé et de services sociaux qu'elle s'est donné est le reflet de valeurs collectives partagées. L'abandon du caractère représentatif pour le nouvel organisme créé par le projet de loi, organisme en principe préoccupé par l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, est de très mauvais augure.

Pour la FIIQ, la création de cet organisme pourrait avoir pour effet de limiter la capacité des citoyennes et des citoyens et des intervenant-e-s en santé de jeter un regard critique sur le système de santé par le biais d'un organisme public en santé, indépendant de l'appareil d'État. Dans ce contexte, il devient aussi plus aisé de concentrer l'information et le pouvoir entre les mains de quelques-uns. Nous y reviendrons plus tard.

L'APPROCHE PRÉVENTIVE LAISSÉE POUR COMPTE

Le projet de loi ne prévoit pas que les avis et propositions du Commissaire prendront appui sur la *Politique de la santé et du bien-être* comme c'était le cas pour le Conseil de la santé et du bien-être. Rappelons que les orientations de la PSBE sont clairement basées sur une approche préventive qui prend en compte les déterminants de la santé (patrimoine génétique, facteurs sociaux et économiques, mode de vie, productivité et richesse, environnement). Force est de constater que cette approche, certes plus coûteuse à court terme mais dont on apprécie les effets à moyen ou long terme, ne cadre pas avec les objectifs de performance mis de l'avant par le présent projet de loi, objectifs mesurés sur le court terme. La FIIQ est d'avis qu'il y a tout lieu de croire à un changement fondamental en regard de l'approche préventive privilégiée par *la Politique*, puisque rien, dans le projet de loi, n'oblige le Commissaire à en tenir compte.

La FIIQ ne peut souscrire à un tel changement en termes d'orientations. En effet, la Fédération s'est prononcée à de nombreuses reprises sur la nécessité d'investir en promotion-prévention de la santé d'une part. D'autre part, elle a souscrit dès le début des années 1990 à l'idée que le réseau de la santé et des services sociaux devait être subordonné à la PSBE. En aucun cas, l'argument économique qui veut que tout système doive faire preuve d'efficacité et d'efficience ne doit supplanter la capacité de ce système à répondre aux besoins de santé de sa population. Ce changement d'orientation est d'autant plus surprenant que le programme du Parti libéral du Québec ainsi que les priorités énoncées par le gouvernement laissaient croire à une nécessaire augmentation des investissements en santé, alors que le projet de loi démontre plutôt une volonté contraire, soit celle de soumettre les soins à la disponibilité du financement à travers des objectifs d'évaluation de la performance.

UN COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DONT LA PRIORITÉ EST LA PERFORMANCE

Ce changement d'orientation est confirmé par les fonctions octroyées au Commissaire à la santé. En effet, celui-ci devra apprécier périodiquement les résultats obtenus par le système de santé et de services sociaux, informer le ministre et la population de la performance globale de celui-ci ainsi que des changements qu'il propose afin d'en améliorer l'efficacité ou l'efficience. Ces modifications révèlent clairement que l'objectif visé est axé sur les résultats et met l'accent sur la gestion des services plutôt que sur l'amélioration de la santé et du bien-être. Dans un contexte de sous-financement du réseau, constaté surtout en matière de prévention, de telles orientations risquent de confirmer le virage vers une approche curative opérée par le réseau depuis le milieu des années 1990 et par conséquent l'abandon de l'approche préventive et de la *Politique de la santé et du bien-être*.



Comme nous l'avons mentionné plus haut, le mandat du CSBE est étroitement lié à la *Politique* et ne prête pas à confusion : le Conseil doit conseiller le ministre sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population et porter une attention particulière aux problématiques touchant les groupes vulnérables. Il faut rappeler également que le Conseil s'appuie sur des valeurs de justice sociale, d'équité, de participation démocratique, de solidarité, et de primauté du développement des personnes et des communautés.

Dans le cadre du suivi de la *Politique*, des consultations ont été effectuées en 2002 auprès de six régions : Montréal-Centre, Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Québec et Mauricie-Centre-du-Québec. Leurs objectifs consistaient à évaluer la portée et l'application de la PSBE et de la renouveler. Ces consultations ont mis en lumière qu'en s'appuyant sur la *Politique de la santé et du bien-être*, le CSBE a fait « valoir une vision plus globale de la santé, axée sur les déterminants de la santé¹ ». Cette vision a permis de mettre en évidence l'importance de la prévention-promotion et du domaine du social par rapport à celui de la santé et des soins curatifs habituellement privilégiés. Les résultats de la consultation ont également démontré que la *Politique* a permis d'établir des priorités et a largement contribué à organiser la planification et la programmation à différents niveaux, surtout dans les CLSC et en santé publique. Cette consultation tenait compte des facteurs favorables à l'application d'une telle politique, comme par exemple l'apport important des CLSC et de leur approche globale et communautaire. Par ailleurs, elle tenait aussi compte des facteurs défavorables comme le contexte des compressions et de la transformation du réseau, le manque d'engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux dans la promotion et le suivi de la politique, ainsi que de la mauvaise connaissance de la *Politique*.

C'est dire que malgré la participation active de certain-e-s intervenant-e-s, l'application de cette politique encore jeune (1992) devait s'appuyer sur des efforts supplémentaires pour atteindre ses objectifs



d'amélioration de la santé et du bien-être de la population; volonté politique, volonté des intervenant-e-s et financement sont nécessaires.

Rappelons que c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Marc-Yvan Côté, qui a piloté l'élaboration et l'adoption de la *Politique de la santé et du bien-être* au nom du gouvernement libéral. Il avait alors longuement insisté sur la nécessité de soumettre l'ensemble de l'activité gouvernementale à l'amélioration de la santé de la population, en agissant positivement sur les déterminants de la santé. Avec le présent projet de loi, tout permet de croire que la vision de la santé portée par la *Politique de la santé et du bien-être* sera oubliée, particulièrement en ce qui concerne les aspects qui tiennent compte des déterminants de la santé et qui favorisent la promotion et la prévention.

De plus, contrairement au mandat du CSBE qui consiste à identifier les meilleurs moyens pour améliorer la santé et le bien-être, y incluant des interventions sur les déterminants de la santé, celui du Commissaire consiste principalement à apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux.

Les infirmières, comme les autres soignantes, ont à cœur de prodiguer les meilleurs soins possibles et le souci de la qualité et de l'efficacité fait partie de leurs préoccupations. La PSBE en tient déjà compte et propose comme sixième stratégie, celle d'orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses avec, entre autres, une politique d'évaluation. C'est donc dire qu'en regard de la nécessité de la qualité et de l'efficacité des soins, le projet de loi sur le Commissaire à la santé est inutile puisqu'il n'apporte rien de nouveau par rapport à la *Politique* toujours en vigueur.

Par ailleurs, le projet de loi introduit l'atteinte de la performance dans l'ensemble du système de santé comme objectif principal que ce soit dans la dispensation des soins ou dans l'organisation des services, alors que l'on aurait dû retrouver, en premier lieu, l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. En fait, on retrouve dans le projet de loi une série de principes émanant d'un document publié en juin 2003 intitulé *Politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux, Évaluer pour s'améliorer*². Si en 1988, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (commission Rochon) remarquait « la prééminence du service, davantage perçu comme une fin en soi plutôt que comme un moyen de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être »³; force est de constater que désormais le principe de performance supplante la mission essentielle du réseau de la santé et qu'il devient à son tour une fin en soi.

Par ailleurs, il y a lieu de questionner l'utilisation du verbe « apprécier », à l'article 2 du projet de loi pour définir les responsabilités du Commissaire. En effet, l'appréciation sous-entend une perception, une approximation, peu compatibles avec une évaluation juste et exacte d'un système. On peut donc émettre des doutes quant au sens que le mot performance pourra prendre lorsqu'il s'agira d'évaluer le réseau en regard d'un accroissement des dépenses de l'État en santé et en regard de la

réingénierie. D'autant plus que le projet de loi est suffisamment flou pour ne pas permettre de comprendre quel type d'évaluation le Commissaire devra faire.

Le rôle dévolu au nouveau Commissaire, qui est axé sur l'atteinte de la performance risque de soumettre l'objectif d'amélioration de la santé et du bien-être de la population à des impératifs économiques, voire comptables, qui exigent des résultats à court terme, même si l'on sait que le respect de la *Politique* exige volonté politique, financement adéquat et efforts soutenus dans le temps.



En conséquence, la FIIQ ne peut souscrire à cette orientation du projet de loi qui vise à transformer le mandat d'amélioration de la santé et du bien-être en un mandat d'évaluation de la performance globale du système de santé et des services sociaux. Par conséquent, afin d'établir une concordance entre le mandat et le titre du Commissaire et afin d'être bien clairs sur les objectifs de la création de cet organisme, la FIIQ recommande que le titre du Commissaire à la santé et au bien-être soit remplacé par celui de « Vérificateur à la performance globale du système de santé et des services sociaux », meilleur reflet de la réalité des fonctions octroyées.

UNE AUTRE PIÈCE DE LA RÉINGÉNIERIE NÉOLIBÉRALE

Dans son mémoire présenté à la Commission des affaires sociales en décembre 2003 sur la réforme du réseau de la santé et des services sociaux, la FIIQ a dénoncé l'entreprise de réingénierie de l'État québécois entamée par le gouvernement libéral, particulièrement en santé. Cette réingénierie vise entre autres, à recentrer le rôle de l'État sur ses missions essentielles par des mesures structurantes qui doivent procurer des rendements budgétaires significatifs dès 2004-2005. Les objectifs de performance, que le Commissaire devra apprécier, cadrent parfaitement avec ce processus et la FIIQ pense que la création d'un Commissaire à la santé viendrait supporter la réforme entamée en justifiant la volonté de diminuer les dépenses de l'État, d'une part, et assurerait une concentration des pouvoirs en limitant le nombre d'intervenants, d'autre part.

LE COMMISSAIRE AU SERVICE DE LA RÉINGÉNÉRIE

En effet, le projet de loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être s'arrime parfaitement avec les lois 25, 30 et 31 qui ont déjà été adoptées. En effet, rappelons que sous le couvert de l'intégration des services, le gouvernement libéral a remplacé les régies régionales par des agences, obligé les fusions administratives entre CH, CLSC, et CHSLD, ouvert le réseau de la santé aux partenariats public-privé et donc, aux accords de commerce sur les marchés publics, par le biais d'ententes. Il a aussi porté atteinte aux droits des travailleurs et travailleuses, au syndicalisme en général, et il a modifié les lois du travail afin de faciliter le recours à la sous-traitance. Maintenant, avec la Loi sur

le Commissaire à la santé et au bien-être et l'évaluation du système de santé qui en découlera, le gouvernement se donne les outils nécessaires pour poursuivre une réforme qui, pour l'instant, rencontre beaucoup d'hostilités non seulement de la part des intervenant-e-s du réseau mais aussi de la part de la population. Ainsi, à la lumière des lois déjà adoptées, le rôle du Commissaire consisterait vraisemblablement, en conjonction avec la *Politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux*, à circonscrire les marchés pouvant être offerts en partenariats public-privé, conformément aux engagements pris en vertu des accords sur les marchés publics.



Tout laisse croire que les principes de la réingénierie sont susceptibles de menacer l'intégrité du système de santé et par conséquent d'avoir un impact sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Il est clair que l'objectif de réduction des dépenses de l'État ne coïncide pas avec celui du maintien et de l'amélioration du réseau qui nécessite un financement adéquat. D'ailleurs, les questions formulées par le Conseil du trésor pour examiner les programmes ou les services fournis par le gouvernement, révèlent davantage la volonté de celui-ci de réduire les coûts : pourrait-on offrir un programme autrement et à moindre coût? a-t-on les moyens d'assumer les coûts de ce programme ou faut-il en revoir la portée? par conséquent, la privatisation ou la désassurance des services pourraient-elles faire partie des solutions du gouvernement en regard des ressources financières disponibles pour réduire les dépenses de l'État?

Le virage ambulatoire, amorcé par la réforme du ministre Jean Rochon, a engendré des conséquences pour les citoyens et, surtout, devrait-on dire pour les citoyennes. En effet, les services qui habituellement étaient payés par l'État, parce que donnés dans les hôpitaux, ont été à la charge des patients dès lors que ceux-ci ont été donnés à l'extérieur des murs des hôpitaux. Les soins de convalescence pouvaient donc être, en quelque sorte, désassurés des régimes de santé et de services sociaux des provinces sans que ces dernières ne soient pénalisées par le gouvernement fédéral lors de l'octroi des paiements de transfert puisque la *Loi canadienne sur la santé* n'obligeait pas les provinces à financer les services dits complémentaires, dispensés à l'extérieur de l'hôpital. Selon la FIIQ, l'examen, par le Commissaire, des « grands enjeux » qui menacent la viabilité du système de santé public pourrait fournir des arguments dans le sens des réductions des dépenses et engendrer une remise en question du financement public du système de santé. Comme elle l'a déjà fait valoir à plus d'une occasion, la FIIQ s'oppose formellement à la privatisation et à la désassurance des soins et des services de santé. Pour la Fédération, il est impératif de maintenir et d'améliorer notre réseau public de santé, dans le respect des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et d'assurer un financement adéquat.

CENTRALISATION DES POUVOIRS

En juillet 2003, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, avait souligné la volonté du gouvernement de « dépolitiser partiellement le système de santé et de services sociaux,

surtout dans l'arbitrage des choix » relatifs aux questions d'accessibilité et de nouvelles technologies⁴. Il proposait la création d'un poste de Commissaire à la santé. Choix éthiques, disait-il, puisque l'arbitrage devrait se faire entre deux facteurs : les besoins de santé et le coût des services. En outre, le Commissaire, nommé par l'Assemblée nationale et donc indépendant du gouvernement, devait disposer de l'autorité morale suffisante pour implanter concrètement une culture d'excellence et de performance dans l'organisation et le fonctionnement des services⁵. De plus, le Commissaire devait ajouter une dimension nouvelle au réseau sans toutefois supprimer le Conseil de la santé et du bien-être et le Conseil médical du Québec.



Or le projet de loi présenté ne concorde pas avec ce qui avait été précédemment annoncé. Comme nous l'avons souligné plus haut, le projet de loi abolit les deux conseils et prévoit que le Commissaire serait nommé par le gouvernement. Selon la FIIQ, ce mode de nomination crée des doutes quant à l'indépendance d'un tel organisme puisque celui-ci agirait sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Aussi, l'abolition du CSBE entraîne le transfert de mandats significatifs qui devront désormais être assumés par le Commissaire : l'amélioration de la santé et du bien-être et l'évaluation de la performance globale du système. Le cumul de ces fonctions nous semble quelque peu irréaliste et laisse sous-entendre que la priorité sera accordée à l'évaluation de la performance au détriment des autres mandats, d'une part, mais révèle surtout, d'autre part, la volonté de concentrer les pouvoirs au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux. Loin de « dépolitiser » le système de santé, le projet de loi nous semble aller dans la direction opposée. Cette concentration des pouvoirs nous apparaît dangereuse puisque, comme nous l'avons vu plus haut, le Commissaire ne bénéficiera plus de l'expertise des différents acteurs qui œuvraient au sein des deux conseils abolis. Cette crainte est renforcée par le pouvoir d'enquête qui est attribué au Commissaire à l'article 16. En effet, le projet de loi n'apporte aucune précision quant à la portée de ce pouvoir. Le mandat du Commissaire étant relatif à l'ensemble du système de santé (prestation de soins, organisation des services, politiques, financement, etc.), l'absence de balises risque d'entraîner des chevauchements quant aux mandats respectifs d'autres instances comme par exemple, le Protecteur des usagers.

Outre les questions relatives au pouvoir du Commissaire, celles relatives au mandat qui lui est confié méritent une attention particulière. En effet, celui-ci devra apprécier la performance et la viabilité du système de santé. Encore une fois, une démarche transparente ne peut pas faire l'économie d'une clarification sémantique en ce qui concerne la « viabilité » du système de santé. Cette question a été soulevée dans le rapport Romanow qui préconisait la prudence quant à l'interprétation de ce mot. Si pour certains la viabilité du système reposait sur la réduction des coûts, pour d'autres, elle signifiait une réorganisation des services, et, pour d'autres encore, une restauration et une augmentation du financement. Le projet de loi est flou quant à l'interprétation qui sera



donnée à l'expression « viabilité du système de santé ». De plus, elle porte déjà un jugement sur cette viabilité puisqu'en la questionnant, elle suppose la non-viabilité. Est-il besoin de rappeler, d'une part, les conclusions du rapport Romanow à l'effet que le système de santé est viable. Et, d'autre part, la nécessaire volonté politique de financer convenablement cette viabilité à travers la politique fiscale du gouvernement.

Selon la FIIQ, certains indices permettent donc de croire que les orientations du ministère ainsi que la politique de réingénierie influenceront grandement les voies empruntées par le Commissaire. Son indépendance semble menacée et son mandat semble refléter une vision d'abord économique. Aussi, en considérant la concentration des pouvoirs décrite plus haut ainsi que son pouvoir d'enquête large et mal défini, il y a lieu de se questionner sur la façon dont le Commissaire abordera les grands enjeux du système de santé. En adoptant l'a priori que l'État ne peut plus financer un système de santé public et universel? Ou bien, en adoptant la position contraire qui s'inscrit dans une vision qui prône le partage des richesses et la défense d'un réseau public?

LES ACQUIS ET LES VALEURS DE LA COLLECTIVITÉ MENACÉS

Outre les changements d'orientations engendrés par le projet de loi ainsi que les effets appréhendés quant au maintien d'une politique de la santé et du bien-être, nous constatons l'intrusion de valeurs qui menacent les valeurs et les principes jusqu'alors défendus par les Québécoises et les Québécois en matière de santé : droit à la santé, principe d'intégralité et partage des responsabilités. Ce virage est significatif pour la société québécoise et mérite d'être souligné puisqu'il remet en question les fondements de notre système public de santé.

DU DROIT À LA SANTÉ À LA LIBERTÉ DE CHOIX « PRIVÉ UNIVERSEL »

L'article 10 du projet de loi met en relation les notions de performance, d'efficacité, d'efficience et de choix nécessaires à la viabilité du système. Encore une fois, il apparaît nécessaire de questionner les objectifs visés par cet article. En effet, la notion de choix peut sembler suspecte dans un contexte de performance où l'on questionne la viabilité du système. Selon la FIIQ, cette notion serait introduite dans le projet de loi en regard de la réingénierie de l'État en santé pour deux raisons.

Premièrement, l'augmentation des coûts du système de santé qui s'ajoute à un sous-financement chronique représente une pression importante pour le gouvernement du Québec qui a promis des baisses d'impôts et qui, pour ce faire, entend diminuer la taille de l'État et des services publics. Il s'agit ici d'un objectif strictement financier.

Deuxièmement, ce même gouvernement a démontré, depuis le 14 avril 2003, la volonté de diminuer les services que fournit l'État et d'offrir



des opportunités d'affaires au secteur privé. L'arrêt du développement des places en garderies en centres de la petite enfance au profit des garderies privées; la modification de l'article 45 du Code du travail pour favoriser la sous-traitance, l'ouverture au partenariat public-privé dans le réseau de la santé par la création des Réseaux locaux de services intégrés; les récentes déclarations du ministre de la Santé et des Services sociaux sur les services diagnostiques qui mettent de l'avant les ressources privées plutôt que publiques; tous ces exemples mettent en évidence la même volonté. Le programme du Parti libéral du Québec soulevait d'ailleurs, peu d'ambiguïté quant à ces orientations et proposait une solution à la situation complexe du système de santé : « les partenaires en santé seront des fournisseurs de services privés affiliés au réseau public, capables d'augmenter l'offre de services et d'offrir dans de meilleurs délais et à meilleur coût différents services, sans aucune contribution directe de l'utilisateur. C'est le privé au service du public⁶. »

En fait, à l'instar du gouvernement libéral, les tenants du libéralisme économique soutiennent l'argument de l'intrusion du privé dans le public par l'augmentation de la croissance des coûts du système ainsi que par l'inefficacité de celui-ci. À cette problématique, ils proposent un concept qui s'oppose aux principes d'universalité et d'accessibilité : le choix privé universel. Ils proposent « l'instauration d'un système de santé mixte public-privé, [pour] redonner de la vigueur au système en y permettant la liberté de choix individuel et la concurrence⁷ ». Ils avancent aussi l'argument que l'incapacité du système de santé de répondre aux besoins des citoyens et des citoyennes constitue un obstacle à la liberté de choix. Liberté qui devrait s'actualiser dans la possibilité de choisir entre des services aussi bien publics que privés et ainsi permettre la viabilité du système de santé. Les défenseurs de cette thèse argumentent aussi que les services privés à but lucratif sont plus efficaces et qu'un système privé parallèle pourrait réduire les listes d'attente.

Pourtant, l'argument qui attribue une supériorité aux services privés et qui repose davantage sur une idéologie néolibérale du rôle de l'État et des services publics que sur des études sérieuses, n'a pas été démontré à ce jour. En effet, comme le révèlent plusieurs études, les dépenses de santé sont plus élevées et augmentent plus vite dans les collectivités desservies par des hôpitaux à but lucratif. Par ailleurs, il est généralement reconnu que la qualité des soins est meilleure dans le système sans but lucratif. En outre, au Canada, les listes d'attente qui ne sont pas gérées de façon uniforme et systématique, ne fournissent pas d'indicateurs fiables afin de tirer des conclusions sur la différence entre le public et le privé. Selon ces études, le seul constat qui peut être fait est qu'un système privé parallèle semble fournir de meilleurs soins aux personnes aisées⁸.

Cette liberté de choix du privé, fondée sur des prémisses dont les preuves n'ont jamais été faites, apparaît à la FIIQ pour le moins suspecte et s'oppose, par le fait même, au concept de droit à la santé, reconnu au niveau national et international, qui oblige les gouvernements à obéir au principe d'équité et d'accessibilité⁹. Droit à la santé qui, parce qu'il est reconnu, protège les plus démunis contre les inégalités.



Selon la FIIQ, l'introduction de la notion de choix vise à légitimer des décisions politiques qui remettent en question l'offre de services et l'assurabilité des services. Cette stratégie a déjà été utilisée aux États-Unis, en 1989, dans l'État de l'Orégon. Une expérience de priorisation des services et des besoins de santé visait à justifier des choix en matière d'offre de services assurables. Cet exercice avait pour objectif de supprimer les services de faible priorité du programme, de prioriser les services correspondant aux besoins de santé de la population, en reconnaissant que tous les services n'avaient pas une valeur égale en termes de résultats de santé¹⁰.

L'esprit du projet de loi ainsi que l'interprétation qui peut être faite de la « performance » en regard des choix nécessaires à la viabilité du système laissent entrevoir la venue de changements significatifs en matière d'offre de services. Toute diminution de services qui pourrait être entraînée par ces changements serait inacceptable parce qu'elle briserait le contrat social historique passé en matière de santé entre la population et l'État, et parce qu'elle irait à l'encontre des attentes des citoyennes et des citoyens envers le gouvernement qui a fait de la santé sa « première priorité ».

LE PRINCIPE D'INTÉGRALITÉ MENACÉ

Nous avons vu plus haut que le Commissaire aura à apprécier les résultats atteints par le système de santé. En outre, il exercera ces responsabilités notamment en regard de la qualité, de l'accessibilité, de l'intégration, de l'assurabilité et du financement des services, des aspects éthiques liés à la santé et au bien-être, des médicaments et des technologies.

Selon la FIIQ, ces balises démontrent encore une fois que le but visé par le projet de loi ne sera pas d'améliorer la santé et le bien-être de la population mais plutôt, comme nous l'avons mentionné précédemment, d'évaluer la performance globale du système de santé. Ainsi, ces critères d'évaluation entrent en conflit avec certains des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

En l'occurrence, la notion d'assurabilité vient compromettre le principe d'intégralité inscrit dans la *Loi canadienne*. Ce principe suppose que tous les services de santé fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes sont assurés, et lorsque la loi de la province le permet, que les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé le soient aussi. Pourquoi mentionner le critère de l'assurabilité si ce n'est pour réviser le panier de services à la baisse?

Certains, comme Claude E. Forget, ex-ministre des Affaires sociales dans le cabinet Bourassa de 1973 à 1976, questionnent même le principe d'intégralité en invoquant l'augmentation croissante des dépenses en santé assumée par l'État, et proposent d'y renoncer définitivement. Selon ce dernier, renoncer au principe d'intégralité engendrerait une révision du financement des soins. Ainsi, les revenus

détermineraient les dépenses en santé ce qui permettrait d'établir des priorités divisées en deux catégories les « biens publics » (assurables) et les « biens privés » (non assurables). Les biens non assurables comprenant ce qu'il qualifie « d'entretien de routine » et qui se « fait surtout dans les lieux consacrés aux soins primaires et secondaires (cliniques publiques et privées, hôpitaux) mais aussi dans les établissements dits tertiaires. » Ce qui revient à dire que tous les soins de première ligne seraient assumés par les citoyens et les citoyennes et non plus par l'État¹¹.



À l'opposé, les partisan-e-s d'un système public et universel défendent ce principe jusqu'à vouloir le bonifier dans le but d'assurer la plus grande couverture possible, le définissant comme un « principe permanent » qui doit « continuer d'évoluer de manière à se rapprocher d'un continuum de soins¹² ». La FIIQ abonde dans le sens du rapport Romanow, commission à laquelle elle a participé, en novembre 2001, pour réclamer que certains soins, dont les soins à domicile, désassurés lors du virage ambulatoire, soient inclus au panier des services publics et qu'ils soient convenablement financés à même l'enveloppe du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux¹³. La FIIQ trouve alarmant de remettre en question le principe de l'intégralité, sachant très bien qu'une telle décision pénaliserait les plus démunis-e-s en réduisant le panier de services publics et en instaurant un régime à deux vitesses.

LA NOTION DE «RESPONSABILITÉS PARTAGÉES» MENACÉE

La *Politique de la santé et du bien-être* repose sur trois convictions profondes :

- la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu;
- le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective;
- la santé et le bien-être de la population représentent a priori un investissement pour la société¹⁴.

La deuxième conviction fait état de la notion de responsabilité individuelle et de responsabilité collective. Le partage des responsabilités exige une solidarité sociale. À ce jour, cette notion de partage des responsabilités n'a pas été remise en question par les Québécoises et les Québécois. En fait, elle est tellement primordiale que le rapport Romanow soulignait combien les Canadiens et les Canadiennes demeuraient attaché-e-s à des valeurs comme l'égalité, la justice et la solidarité et s'attendaient à ce que le gouvernement fédéral aussi bien que les gouvernements provinciaux veillent conjointement à ce que les politiques et les programmes respectent ces valeurs. Or, la FIIQ est d'avis que l'esprit du projet de loi sur le Commissaire à la santé va à l'encontre du



respect de telles valeurs. En fait, la vision qu'il sous-tend révèle plutôt la primauté de la responsabilité individuelle sur les responsabilités partagées. Le Commissaire à la santé et au bien-être serait, en effet, chargé d'aviser le ministre et les établissements de santé et de services sociaux sur la façon la plus adéquate d'informer la population des droits qui lui sont reconnus par la loi en matière de santé et de services sociaux, et de sensibiliser les citoyennes et les citoyens à leurs responsabilités corollaires face à leur santé et à l'utilisation des services offerts.

Il y a lieu de se questionner sur la signification de « responsabilités corollaires ». Doit-on comprendre que, dans une perspective d'évaluation de la performance du système de santé, la responsabilité de l'individu sera mise en rapport avec l'utilisation adéquate ou inadéquate que celui-ci en fera? Doit-on comprendre que, dans une perspective de changements en vue d'améliorer l'efficacité ou l'efficacité du système de santé et de services sociaux, une utilisation inadéquate des services engendrera des conséquences économiques pour le-la patient-e? Pourquoi aborder la notion de responsabilités corollaires des individus qui reçoivent des soins alors que l'objectif principal du projet de loi est la performance du système? Avant même que le Commissaire ne soit entré en fonction, la responsabilité individuelle serait-elle l'un des facteurs pressentis par le gouvernement et le ministre de la Santé et des Services sociaux ayant un impact significatif sur la performance du système de santé et de services sociaux? Le projet de loi n'apporte aucune précision relative aux indicateurs de performance, comment se fait-il que la responsabilité de l'individu soit alors questionnée? Par ailleurs, on constate que le projet de loi ne prévoit pas de participation citoyenne, le Commissaire ayant seulement l'obligation d'informer la population et de rendre publiques certaines informations. Il faut donc en conclure que la communication entre le Commissaire et les citoyens-nes se fera de façon unilatérale et ne permettra donc pas l'interactivité nécessaire à un sain débat démocratique.

A une époque où, au niveau provincial, national et international, les questions sur le financement, la réorganisation et la performance des soins de santé sont régulièrement abordées¹⁵, le glissement de la notion de responsabilités partagées vers celles de responsabilité individuelle nous apparaît alarmant. Nous pensons aussi qu'il est erroné d'établir un rapport entre le droit à la santé et celui de la responsabilité relative à l'utilisation des services, comme cela est énoncé dans l'article 12. De nombreux facteurs comme le système de santé, la situation socio-économique, l'environnement et l'éducation influencent la santé des individus. L'attitude propre à chacun face à la santé ne peut en aucun cas être mise au premier plan. En effet, la responsabilité de l'état de santé des individus incombe également au gouvernement. Celui-ci doit agir sur les déterminants de la santé, s'assurer de fournir un environnement de qualité et dispenser les soins et les services de santé, tant en promotion et en prévention de la santé qu'en soins curatifs. Ceci afin de garantir l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Conclusion



Comme nous l'avons vu, le projet de loi sur le Commissaire à la santé soulève de nombreuses craintes parce que la description des responsabilités et fonctions du Commissaire prête à interprétation et ne permet pas de cerner clairement les objectifs du législateur. La FIIQ ne peut donc souscrire à l'orientation prise par le gouvernement libéral dans le projet de loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être. Selon elle, le projet de loi transforme le mandat d'amélioration de la santé et du bien-être en un mandat d'évaluation de la performance globale du système de santé et de services sociaux et ne garantit pas l'indépendance du Commissaire. Cette transformation risque d'engendrer des pertes en matière de services mais en plus n'assure pas le respect et l'application de la *Politique de la santé et du bien-être*. Politique qui aborde la santé dans sa globalité en tenant compte de facteurs socio-économiques comme la pauvreté.

Se servant des arguments que les dépenses de santé augmentent, que la population vieillit et que le système de santé est vétuste, le gouvernement libéral vient d'entamer une réforme du système de santé qui ressemble davantage à une entreprise de rationalisation des dépenses selon une vision néolibérale de l'État, qu'à un projet de société empreint de justice sociale et de solidarité. Avec le *Projet de loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*, le gouvernement ajoute une autre pièce à la réingénierie. Revoir de fond en comble tous les ministères, tous les programmes, tous les services; questionner et responsabiliser les acteurs du réseau mais aussi les citoyens et les citoyennes. Évaluer la performance du système de santé, prendre à témoin les citoyen-ne-s pour faire des choix ne ressemblent plus au mandat qu'assumait le Conseil de la santé et du bien-être, mandat qui visait à améliorer la santé et le bien-être de la population en scrutant ce qui, dans la société, l'environnement, les origines de chaque individu pouvait affecter la santé. Le mandat du CSBE portait une autre vision du monde que celle comptable dont nous affligent les défenseurs du marché et qui fait fi de la solidarité, de l'équité, du droit à la santé et prône le démantèlement de notre réseau public de santé.

Comme le mentionne Claude Ryan :

« Un gouvernement doit certes assurer la bonne marche de la vie économique et donner lui-même l'exemple d'une performance conforme aux lois de l'économie. Mais il n'existe pas pour des raisons exclusivement économiques. Il lui incombe aussi de veiller à ce que des valeurs comme la dignité et les droits de la personne, la justice, l'égalité des chances, le respect des droits minoritaires soient respectées et promues. Cela ne saurait se faire en fonction de critères exclusivement économiques¹⁶. »

Recommandations

En conséquence, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec formule, en regard du *Projet de loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*, les recommandations suivantes :



1. Que le Commissaire à la santé et au bien-être soit nommé par l'Assemblée nationale et que son indépendance à l'égard du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son ministre soit circonscrite dans le projet de loi.
2. Que la représentativité de la société civile et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux soit assurée au sein de l'organisme créé par le projet de loi.
3. Que le Commissaire à la santé et au bien-être ait l'obligation de tenir des audiences publiques et d'assurer la participation citoyenne, incluant la consultation d'organismes non institutionnels, associations et regroupements d'acteurs impliqués dans l'amélioration de la santé et du bien-être.
4. Que le Commissaire à la santé et au bien-être soit tenu de se conformer à la *Politique de la santé et du bien-être* afin que l'amélioration de la santé et du bien-être et particulièrement la promotion et la prévention de la santé demeurent des priorités pour le ministère de la Santé et des Services sociaux.
5. Le cas échéant, que le nom du Commissaire à la santé et au bien-être soit remplacé par celui de « Vérificateur à la performance globale du système de santé et de services sociaux ».

Références



¹ Pour une vue d'ensemble de cette consultation régionale, voir le site du ministère de la Santé et des Services sociaux consacré à cette consultation, [En ligne],

http://www.infocentres_rsss.gouv.qc.ca/appl/h33/H33AffType.asp?NoType=3 (page consultée le 13 février 2004); sur les résultats de cette enquête, voir plus spécifiquement : MSSS, La politique de la santé et du bien-être, *Bilan de la politique – Commentaire des régions*, [En ligne],

http://www.infocentres_rsss.gouv.qc.ca/appl/h33/H33AffSect.asp?NoSect=5&NoType=3 (page consultée le 13 février 2004).

² MSSS, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, *Politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux, Évaluer pour s'améliorer*, juin 2003.

³ Cité dans MSSS, *La politique de la santé et du bien-être*, s.l., Le Ministère, p. 9, [En ligne], http://www.infocentres_rsss.gouv.qc.ca/appl/h33/fichiers/PSBE.pdf (page consultée le 19 février 2004).

⁴ ASSEMBLÉE NATIONALE, Commission des affaires sociales, *Journal des débats*, 9 juillet 2003.

⁵ PARTI LIBÉRAL DU QUÉBEC, *Partenaires pour la santé, donner des soins et des services sociaux en tout temps partout au Québec*, s.l., s.é., n.d., p. 112, [En ligne], <http://www.plq.org/tousDocuments/sante.pdf> (page consultée le 13 février 2004).

⁶ *Id.*, p. 6.

⁷ J. Edwin COFFEY et J. CHAOULLI, *Le choix privé universel : une vision de la santé offrant la qualité, l'accès et le choix à tous les canadiens*, Montréal, IEDM, sept. 2002; 30 p., [En ligne],

<http://www.iedm.org/etudes/Choixpriveuniversel3.pdf> (page consultée le 13 février 2003) ; voir aussi la déclaration de Claude Castonguay, *Sommes-nous condamnés à des crises perpétuelles?*, Discours prononcé devant l'IEDM, le 27 janvier 2004, [En ligne], <http://www.iedm.org/castonguay1.html> (page consultée le 13 février 2003)

⁸ FCRSS, *Mythe : Les établissements de santé à but lucratif rendraient le système de santé plus efficient*, Ottawa, 2002; et *Mythe : Un système privé parallèle réduirait les temps d'attente dans le système public*, Ottawa, 2001.

⁹ Le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, dont le Canada et le Québec sont signataires, reconnaît le droit à la santé comme celui « qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » et ce dans la mesure où « les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre [certaines] mesures nécessaires pour assurer [entre autre] la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie»; Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 16 décembre 1966, 993 U.N.T.S. 3, R.T. Can. 1976 n° 46 (entrée en vigueur: 3 janvier 1976, accession du Canada 19 mai 1976). Voir aussi, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, *Santé 21, la Santé pour tous au 21^e siècle*, p.30.

¹⁰ ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Le financement des services de santé et des services sociaux : vers un nouvel équilibre basé sur les résultats et les coûts des programmes*, Montréal, AHQ, 1991, p. 123-125.



¹¹ Claude E. Forget, « L'intégralité dans le système public de santé : obstacle à un redressement véritable », *Enjeux publics*, vol. 3, no 11, octobre 2002, p. 18.

¹² COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA, *Guidés par nos valeurs, L'avenir de soins de santé au Canada – Rapport final*, novembre 2002, p. 67, [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/soins/romanow_f.pdf (page consultée le 13 février 2004).

¹³ FIIQ, *La Commission Romanow : une stratégie fédérale multidimensionnelle*, mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Montréal, FIIQ, 20 novembre 2001, p. 50.

¹⁴ MSSS, *La politique de la santé et du bien-être*, op. cit., pp. 11-12.

¹⁵ Voir OCDE, *Être à la hauteur – Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, [En ligne], <http://www1.oecd.org/els/health/canconf/index.htm> (page consultée le 13 février 2004).

¹⁶ *Claude Ryan*, «L'autorité politique et le service du bien commun», 15 décembre 2003, publié dans *Le Devoir*, 10 février 2004.



FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

Siège social

2050, de Bleury, 4^e étage, Montréal (Québec) H3A 2J5
(514) 987-1141 Téléc. (514) 987-7273

Bureau de Québec

1260, bd Lebourgneuf, bur. 300, Québec (Québec) G2K 2G2
(418) 626-2226 Téléc. (418) 626-2111

Site internet : www.fiiq.qc.ca • Courriel : info@fiiq.qc.ca

Février 2004