



LA VRAIE FORCE DES PROFESSIONNELLES EN SOINS



· MÉMOIRE ·

GARANTIE D'ACCÈS OU
GARANTIE DE SOINS ?

Déposé le 31 mars 2006 à la
Commission des affaires sociales dans
le cadre de la consultation générale
portant sur le document de consultation
*Garantir l'accès : un défi d'équité,
d'efficience et de qualité*



MÉMOIRE

Garantie d'accès ou garantie de soins?

DÉPOSÉ À LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION GÉNÉRALE
PORTANT SUR LE DOCUMENT DE CONSULTATION
GARANTIR L'ACCÈS : UN DÉFI D'ÉQUITÉ,
D'EFFICIENCE ET DE QUALITÉ

LE 31 MARS 2006

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping strokes that form a unique, cursive-like mark.

RÉSUMÉ

Le gouvernement Charest saisit l'occasion de cette consultation pour présenter son bilan pré-électoral dans le domaine de la santé. Estimant qu'il faut apporter des nuances à ce bilan, la FIIQ a voulu montrer que l'adoption de mesures législatives n'équivaut pas toujours à des réalisations concrètes sur le terrain.

Le document *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* se veut une réponse au jugement Chaoulli. Le gouvernement du Québec y fait une proposition en deux temps pour améliorer l'accès aux services : une garantie d'accès et une assurance privée duplicative. Le tout est complété par deux propositions en matière de financement.

Les temps d'attente excessifs, motif premier de la décision de la Cour suprême de juin 2005, sont devenus un enjeu politique avec la signature du Plan décennal sur la santé en septembre 2004, lequel était accompagné d'une entente asymétrique pour le Québec. Les temps d'attente sont devenus également, l'enjeu pour la santé lors de la dernière campagne électorale fédérale. De nombreux travaux ont été menés sur les listes d'attente depuis la création, par le secteur privé, de la première liste d'attente nationale en 1990. Le Rapport McDonald, commandé en 1998 par le gouvernement du Canada, a permis de faire une première grande synthèse sur le sujet. Depuis, et surtout depuis 2004, les travaux sur les temps d'attente se sont intensifiés. Des sommes importantes y ont été engagées par le gouvernement fédéral.

La garantie d'accès peut sembler un concept vendeur auprès de l'électorat. Mais il ne faudrait pas s'y méprendre. Quel but vise la garantie d'accès et à qui s'adresse-t-elle? Pour l'instant, la garantie d'accès et l'assurance privée duplicative ne concernent qu'un nombre limité de pathologies. Les pathologies sélectionnées, plus fréquentes chez les personnes âgées, ne leur sont pas exclusives. Quant à l'assurance privée duplicative, elle semble surtout destinée à des groupes particuliers, généralement des personnes en bonne santé, en emploi ou qui ont la capacité de payer.

Par la garantie d'accès, s'agit-il d'offrir des soins à la population ou de lui offrir plus de choix? En droite ligne avec le rapport Kirby et la garantie proposée par le Parti

conservateur du Canada en décembre 2005, cette garantie pourrait bien n'avoir aucun sens pour quiconque ferait le choix d'être soigné dans sa localité. Par contre, l'introduction de cliniques spécialisées affiliées (CSA) et de cliniques à financement privé dans le processus de garantie d'accès, financées à même les fonds publics et les budgets des établissements publics, vraisemblablement sur la base de partenariats public-privé, risque de fragiliser la situation financière déjà précaire de ces établissements. Par ailleurs, la proposition du gouvernement du Québec entraîne une redéfinition d'au moins deux principes de la Loi canadienne sur la santé : d'une part, la gestion publique devient une gestion privée à financement public et d'autre part, l'assurabilité remplace l'intégralité.

La FIIQ croit qu'une véritable garantie de soins publique est nécessaire. Elle doit s'appuyer sur l'amélioration de l'offre de services publics, une réorganisation des services qui remplisse les promesses non encore tenues du virage ambulatoire et d'un financement adéquat. Toute solution qui fragiliserait encore davantage le réseau public de la santé et des services sociaux ne peut être acceptable. Toute proposition qui drainerait les ressources du réseau public vers la construction d'un réseau privé parallèle ne peut apparaître comme une solution convenable pour la population québécoise.

Parmi les propositions relatives au financement du système de santé et des services sociaux, la mise en place d'un compte santé et services sociaux et l'instauration d'un régime contre la perte d'autonomie ont retenu notre attention. Ces propositions sont directement issues du Rapport Ménard, dont le mandat était de proposer au gouvernement un plan d'action global qui permette de répondre aux problèmes de financement et ce, pour « assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux ».

Ces propositions s'appuient sur les valeurs d'équité et de solidarité dans une perspective générationnelle, valeurs qui sont redéfinies pour les besoins de la cause autour de la notion d'utilisateur payeur. Elles reposent également sur un certain nombre de postulats dont un examen pessimiste de la situation économique du Québec et un constat alarmiste de la situation démographique. Pourtant, certains spécialistes du domaine des finances publiques et de la démographie contredisent, par leurs analyses,

les affirmations contenues dans le Rapport Ménard. Ainsi, la croissance économique du Québec est plutôt bonne et concurrentielle dans certains domaines si on la compare aux autres provinces, et le vieillissement de la population ne sera pas plus dramatique au Québec qu'ailleurs. Ce fatalisme dénote, selon nous, une volonté d'introduire une réforme en santé, à la fois organisationnelle et financière, et de légitimer la participation du secteur privé dans la prestation de soins.

La mise en place d'un compte santé et services sociaux est invoquée sous les motifs d'une reddition des comptes et d'une plus grande transparence. Tel qu'il est proposé, c'est-à-dire sans un tableau global des revenus et des dépenses à la fois publiques et privées, le compte santé ne fournira qu'un portrait partiel des enjeux de financement de l'activité gouvernementale en regard de la santé et des services sociaux et ne reflétera pas les tensions générées par le « conflit fondamental entre les objectifs publics et les impératifs privés ». Il ne mettra pas en évidence, par exemple, que 30 % des dépenses de santé sont déjà assumées par les citoyens par le biais de frais directs et que le travail bénévole est invisible dans l'examen des gains et des coûts, bien qu'il représenterait actuellement environ 20 à 30 milliards de dollars au Canada. Un compte santé et services sociaux devrait tenir compte des dimensions comptables, économiques, sociales et politiques afin de brosser un portrait global de la santé et des services sociaux. Dans le cas contraire, il ne refléterait pas la « vérité des coûts », ce qui obligerait le ministère de la Santé et des Services sociaux à orienter ses décisions sur la base de données incomplètes.

La création d'un régime contre la perte d'autonomie, tel qu'il est proposé, ne répondra pas de façon efficace aux besoins des personnes âgées. En effet, la proposition repose sur une logique de financement associée à une logique de services. Sur la base d'un « distinguo » assez subtil entre perte d'autonomie et soins généraux, une liste de soins assurables serait dressée et financée par le régime sous forme de prestations directes ou en espèces. Distinction comptable qui ne passe pas l'épreuve du diagnostic clinique et d'une prise en charge globale. Ce « système parallèle » au MSSS sur le plan du financement et de l'organisation pourrait engendrer une rivalité entre les établissements de courts séjours et ceux qui dispensent les services liés à la perte d'autonomie, au détriment de l'état de santé des patients. En outre, il est prévisible que les frais directs payés par les patients afférents à la perte d'autonomie augmentent puisque le régime

prendra en charge seulement les services « véritablement requis » et non la totalité des soins. Ceci aura pour effet d'alourdir la tâche des proches et des aidantes naturelles. Il est regrettable à cet égard que la proposition ne fasse pas état de la variété des expériences étrangères en matière de prise en charge des populations vieillissantes ainsi que du projet de soins intégrés aux personnes âgées (SIPA) expérimenté au Québec.

Le vieillissement de la population est un défi de société mais devient une question politique et économique. Le Rapport Ménard ne représente, à cet égard, qu'un ensemble de propositions parmi tant d'autres qui participe, selon nous, des politiques du Fonds monétaire international (FMI) qui exhorte les États à « se concentrer sur des programmes de réformes structurelles axés sur une baisse régulière et soutenue des engagements de dépenses liées au vieillissement de la population », orientation que nous contestons.

Qu'il s'agisse de la garantie d'accès ou des enjeux de financement du système de santé et de services sociaux, on perçoit dans le Livre blanc une contradiction profonde entre la volonté d'un gouvernement qui réaffirme sa profession de foi envers le secteur public et prône, en même temps, un recours accru au secteur privé. Une brèche est ouverte et elle sera impossible à refermer si l'ensemble de la société québécoise adhère à cette vision. Malheureusement, le manque de temps et le manque d'informations ne permettront pas à la population de comprendre l'ensemble de ces enjeux et d'en saisir l'impact sur les soins de santé. La nécessité d'un vrai débat public se fait sentir et le ministre de la Santé et des Services sociaux devra le permettre.

AVANT-PROPOS

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) est une fédération syndicale qui regroupe 56 500 professionnelles en soins. Elle représente la majorité des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes, des perfusionnistes, des puéricultrices et des gardes-bébés.

Les membres de la Fédération, qui proviennent de tout le Québec, exercent dans des établissements publics 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 du réseau 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 public, empreint des valeurs sociales-démocrates. Depuis 2003, elle a vivement dénoncé la réingénierie de l'État et les projets de loi à caractère néolibéral du gouvernement Charest. Au niveau fédéral, devant la *Commission Romanow*, la FIIQ y a précisé le rôle attendu du gouvernement fédéral dans le devenir du système de santé. En outre, la Fédération a toujours mis en garde le gouvernement contre les répercussions des diktats de l'économie et de la mondialisation néolibérale, sur des décisions aussi déterminantes que celles qui concernent l'avenir des soins de santé.

Témoins privilégiés du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de connaître les multiples effets des inégalités socio-économiques 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, représente une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles de la santé, travailleuses du réseau public et usagères des services.

Elle 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	v
INTRODUCTION	1
PARTIE 1 - UN BILAN EN GUISE DE PLATE-FORME PRÉ-ÉLECTORALE	3
♦ Une vision étroite de la prévention	3
♦ Réorganisation et prestation des services	3
♦ Amélioration de la qualité des services	5
PARTIE 2 – GARANTIE D’ACCÈS : UNE RÉPONSE LARGE AU JUGEMENT CHAOULLI	7
♦ La réponse du gouvernement à la décision Chaoulli	7
• Retour sur le jugement de la Cour suprême du Canada	7
• Résumé de la garantie d’accès	8
♦ Une garantie de soins et une garantie d’accès	9
• Offrir des soins ou offrir du choix?.....	9
• Et l’accès en régions?	11
♦ Les temps d’attente : un enjeu politique.....	12
• Le Plan décennal de 2004 et l’entente asymétrique	12
• Un enjeu de la campagne électorale fédérale de 2006.....	12
• La liste d’attente et l’Institut Fraser.....	13
• De nombreux travaux sur les listes d’attente depuis 2004.....	14
♦ Garantie d’accès et assurance privée : deux processus parallèles	15
• La Garantie d’accès	15
• Pourquoi autoriser l’assurance privée?	20

◆	Mise à mal des principes de la Loi canadienne sur la santé	24
	• L'art de passer à une gestion privée financée publiquement	24
	• Remplacer l'intégralité par l'assurabilité	24
◆	Pour une véritable Garantie de soins publique	25
PARTIE 3 - LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX		27
◆	Valeurs, mandat, et postulats qui justifient les propositions du Rapport Ménard.....	27
	• L'utilisation abusive des valeurs québécoises : mise au point	27
	• L'équité.....	28
	• La solidarité	29
	• Le mandat	29
	• Faiblesse de la croissance économique du Québec?	30
	• Déclin de la natalité et vieillissement accéléré de la population?.....	32
◆	Un compte santé et services sociaux.....	34
	• La proposition du Rapport Ménard.....	34
	• Voir tous les chiffres»?	35
	• Croissance économique et besoins de santé : une équation?	38
◆	Instauration d'un régime contre la perte d'autonomie	40
	• La proposition du Rapport Ménard.....	40
	• Des postulats douteux.....	41
	• La perte d'autonomie mal définie ou pas définie.....	42
	• Logique de financement ou logique de services?	42
	• Sélection des services, sélections des coûts, qui paye?.....	43
	• Sélection des services, sélections des coûts, qui assume?	44
	• Apprendre des autres.....	45
◆	CONCLUSION	48

INTRODUCTION

Attendu depuis trois mois, le document de consultation déposé en février 2006, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, représente la réponse du gouvernement du Québec au jugement Chaoulli. Toutefois, pour un gouvernement qui débute sa quatrième année de mandat et devra bientôt se soumettre au verdict de l'électorat, le document de consultation a plutôt pris des allures de plate-forme pré-électorale. Avec une garantie d'accès qui ne pourrait s'appliquer avant 2007, le gouvernement libéral a saisi l'occasion qui se présentait à lui pour présenter un projet apparemment séduisant pour la population. Mais la garantie d'accès répond-elle aux besoins de la population? Répond-elle au jugement rendu par la Cour suprême il y a bientôt un an? Répond-elle au problème des listes d'attente? Le gouvernement a-t-il d'autres choix que de garantir l'accès de cette façon?

Rappelons que le document de consultation est divisé en six chapitres distincts, le cinquième étant consacré à la garantie d'accès proprement dite. Nous aborderons cette question en seconde partie de ce document, la première étant consacrée à nuancer le bilan que trace le gouvernement de ses trois années de pouvoir.

Dans la seconde partie, puisque le jugement de la Cour suprême repose en grande partie sur les temps d'attente, nous tenterons de cerner la situation qui prévaut au Canada et au Québec. Une situation, il faut bien en convenir, qui a beaucoup évolué depuis quelques années. Le gouvernement retient, comme solution aux délais d'attente, une offre de services privée pour pallier aux difficultés des services publics d'offrir des soins à l'intérieur de certains délais fixés à l'avance. Il propose également d'autoriser l'assurance privée pour certaines chirurgies et ce, d'une manière progressive, évolutive. Nous tenterons donc de cerner les limites de la garantie d'accès et l'illusion qu'elle donne de l'accessibilité aux soins et aux services de santé, notamment pour les personnes âgées et pour les personnes vivant en région.

Pour donner suite au Forum des générations tenu à l'automne 2004 et au Rapport Ménard qui en a découlé l'été dernier, le gouvernement Charest a complété la garantie d'accès par deux propositions très sommaires sur le financement du réseau de la santé, qui sont contenues dans le sixième chapitre du document de consultation. Nous

traiterons dans la troisième partie de ce document des deux propositions relatives aux enjeux du financement du système de santé et des services sociaux, c'est-à-dire la création d'un compte santé et services sociaux et la création d'un régime contre la perte d'autonomie. Nous ne débattons pas de la proposition concernant les transferts fédéraux en santé puisqu'ils font l'objet d'un objectif partagé par l'ensemble des acteurs de la société québécoise. Il ne reste qu'à espérer que les gouvernements provincial et fédéral fassent preuve de bonne foi et mettent tout en œuvre afin que ces montants d'argent soient versés au Québec, ce qui permettrait de régler, en partie, certains des déficits accumulés du système de santé et services sociaux.

Nous nous référons au rapport et recommandations du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, pour appuyer notre analyse puisque les deux propositions sur le financement en sont issues. En effet, le document *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, propose une brève synthèse qui ne rend pas justice au cheminement du comité qui, avant de proposer des solutions, a posé les postulats du déclin de la croissance économique du Québec et du vieillissement accéléré de la population. Partant de ces postulats, le comité propose une vision fataliste de l'avenir du système de santé et des services et par conséquent, recommande une réforme à la fois organisationnelle et financière. Cette réforme s'appuierait sur la poursuite de la mise en place des CSSS et de l'approche populationnelle, un recours accru au secteur privé, un plafonnement des dépenses du système de santé et des services sociaux, et sur une diversification des sources de financement dont le régime contre la perte d'autonomie.

Nous verrons, sur la base d'analyses d'experts, comment les postulats relatifs aux finances publiques et au vieillissement de la population méritent d'être nuancés. Bien que nous saisissons cette occasion pour nous prononcer sur les enjeux de financement du système de santé et des services sociaux, nous croyons que cette question devrait faire l'objet d'un « vaste débat public » puisqu'il s'agit d'enjeux qui engagent non seulement l'avenir des soins de santé publics mais aussi la façon dont les services seront adaptés au vieillissement de la population.

La FIIQ estime donc, à l'instar de d'autres organisations, que le financement devra faire l'objet d'une consultation séparée.

■ PARTIE 1 - UN BILAN EN GUISE DE PLATE-FORME PRÉ-ÉLECTORALE

Les quatre premiers chapitres du document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* sont consacrés au bilan législatif du gouvernement du Québec dans le secteur de la santé et des services sociaux depuis son élection en avril 2003. Présenté comme reposant sur des réalisations pleinement achevées, ce bilan de trois années de pouvoir du gouvernement libéral nécessite d'être nuancé. En effet, un bilan législatif, en voie d'être mis en opération, doit être différencié de réalisations concrètes déjà en application sur le terrain.

◆ Une vision étroite de la prévention

La prévention, abordée dans le cadre du Forum des générations, a fait l'objet d'un rapport intitulé *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes*, connu également sous le nom de rapport Perreault. Ce dernier est surtout axé sur l'alimentation et l'activité physique chez les jeunes. Presque passé sous silence, ce rapport présente la prévention avec une vision beaucoup plus étroite que ne le faisait la Politique de la santé et du bien-être qu'il semble avoir remplacée et qui avait été adoptée sous le gouvernement libéral de Robert Bourassa en 1992. Mise au rancart lors de l'adoption de la Loi 38 en 2005, loi créant le poste de Commissaire à la santé, la Politique de la santé et du bien-être avait opté pour une vision beaucoup plus englobante de la prévention, en prenant appui sur les déterminants de la santé. Cette nouvelle façon d'envisager la prévention, beaucoup plus étroite, semble plutôt axée sur l'alimentation, l'hygiène, les habitudes de vie, l'information, etc. Il s'agit d'une vision centrée sur l'individu et la responsabilité individuelle de la santé plutôt que sur le milieu de vie et la vie en société en général.

◆ Réorganisation et prestation des services

En matière d'organisation et de prestation des services, le gouvernement du Québec dit avoir créé 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS), avoir réduit le nombre des établissements publics, avoir mis en place un projet clinique, avoir accrédité un Groupe de médecine familiale (GMF) et cliniques-réseau, avoir adopté un plan d'action pour les services aux aînés en perte d'autonomie, avoir adopté la Loi 30 et diminué le

nombre d'unités d'accréditation syndicale, avoir décentralisé vers le niveau local 26 matières liées à l'organisation du travail, avoir adopté une nouvelle nomenclature des titres d'emploi. Il dit également vouloir faire une meilleure utilisation des ressources humaines avec le développement de la profession d'infirmière praticienne et mettre fin à la précarité d'emploi pour le personnel infirmier et cardiorespiratoire en créant des postes 8/28. Il affirme encore avoir investi 13 millions de dollars pour la rétention du personnel de 55 ans et plus.

D'une part, l'ensemble de ces chambardements dans le réseau de la santé et des services sociaux ne s'est pas fait sans heurts et d'autre part, il ne faudrait pas conclure que le fait d'avoir adopté des lois ait mené à des réalisations automatiques sur le terrain. Pris un à un, chacun de ces éléments nous donne un tout autre portrait. Est-il besoin de rappeler que, depuis avril 2003, le gouvernement Charest a adopté bon nombre de lois en matière de santé et de services sociaux sous le bâillon et dans la controverse : les projets de loi 7, 25, 30, 31, de décembre 2003, étaient loin de faire l'unanimité. Le projet de loi 61 qui a créé l'Agence des partenariats public-privé en décembre 2004 a été adopté sous le bâillon lui aussi. Il concerne tous les secteurs, y compris la santé et les services sociaux. Plus récemment, la Loi 142 de décembre 2005 a imposé, sous le bâillon encore une fois, les conditions de travail et de salaires des employés du secteur public, assortis de très sévères pénalités en cas de moyens de pression. En plus d'imposer une réorganisation du réseau de la santé par des fusions d'établissements, plusieurs de ces projets de loi ont nié des droits syndicaux pourtant reconnus dans les Chartes internationales et dont le gouvernement du Québec est partie prenante.

Ce n'est pas parce qu'un gouvernement adopte des lois que leurs conditions de mise en place se réalisent automatiquement. Il n'y a pas de pensée magique. Ainsi, il est faux de prétendre, comme le fait le gouvernement du Québec, que la création des CSSS a permis la consolidation de la première ligne. Ainsi, les établissements fusionnés sont pour la plupart des établissements de deuxième ligne (CHSLD et CH) et n'ont que peu à voir avec la première ligne représentée dans ce cas par les CLSC. De plus, bien que 105 GMF et 12 cliniques-réseau soient maintenant accrédités, bon nombre de Québécois et de Québécoises n'ont toujours pas accès à un médecin de famille. Le regroupement des médecins dans ces nouvelles structures n'a pas modifié pour autant

leur répartition géographique sur le territoire du Québec et n'a pas nécessairement augmenté leur nombre en région.

En regard du projet clinique, comme le gouvernement Charest n'a donné que peu de balises aux établissements nouvellement créés, chacun d'eux doit développer son propre projet clinique, tâche qui s'ajoute faut-il le préciser, aux services à offrir au jour le jour par les établissements du réseau. Combien de CSSS ont complété cette étape cruciale d'intégration à l'heure actuelle?

Par ailleurs, en décentralisant la négociation au niveau local par la Loi 30, le gouvernement du Québec s'assure d'un long processus de négociation, aucune des conventions collectives négociées localement ne venant à échéance en même temps. Par la même occasion, il a dépouillé les travailleuses et les travailleurs de la possibilité d'exercer tout moyen de pression pour appuyer leurs revendications. En assurant des petits postes (8/28) au personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, le gouvernement peut-il vraiment prétendre avoir éliminé la précarité d'emploi? Tout en étant en accord avec le développement de la profession d'infirmière praticienne et avec l'affirmation voulant que cette nouvelle catégorie de personnel entraînera une meilleure utilisation des ressources humaines, il faut tout de même envisager la situation qui prévaut réellement dans le réseau public. Combien le Québec compte-t-il d'infirmières praticiennes sur le terrain actuellement? Combien en comptera-t-il dans cinq ans?

◆ **Amélioration de la qualité des services**

Pour terminer, bien que la Loi 83 ait rendu obligatoire la certification pour les résidences privées d'hébergement pour les personnes âgées, là encore il y a loin de la coupe aux lèvres. De nombreux règlements devront être adoptés pour que cette certification ne devienne réalité. Ce travail n'est toujours pas réalisé, cette loi n'ayant été adoptée qu'en décembre 2005. En conséquence, la certification obligatoire demeure pour l'instant une mesure à venir et ce, dans un avenir plus ou moins lointain.

Comme on peut le constater, le bilan libéral méritait d'être nuancé. Des décisions gouvernementales et le processus législatif qui s'en suit ne peuvent être considérés

comme des réalisations concrètes, ayant eu un effet sur l'accès et la qualité des soins aux patients.

■ PARTIE 2 – GARANTIE D'ACCÈS : UNE RÉPONSE LARGE AU JUGEMENT CHAOULLI

Le premier ministre du Québec, lors de la conférence de presse du 16 février 2006, a présenté *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* comme une nouvelle ère en santé. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a, pour sa part, renouvelé sa profession de foi à l'endroit du secteur public de santé et de services sociaux : la solution aux listes d'attente doit être trouvée dans le secteur public.

Il apparaît dès lors paradoxal que, pour améliorer l'accès aux soins en temps opportun dans le secteur public, le gouvernement libéral, à travers deux propositions complémentaires, soit un mécanisme de garantie d'accès et une assurance privée, propose le recours à l'entreprise privée, financée publiquement. En effet comme nous le verrons plus loin, la garantie d'accès s'appuie largement sur le recours à l'entreprise privée, par l'intermédiaire des partenariats public-privé, des ententes avec des cliniques spécialisées affiliées ou avec des cliniques entièrement privées et dont les médecins sont non participants au régime public. De plus, avec l'introduction de l'assurance privée duplicative, le gouvernement libéral crée un marché potentiel pour le développement d'un réseau privé parallèle.

Si l'amélioration de l'accès peut apparaître comme une solution alléchante pour la population qui fait les frais des longues listes d'attente, ses modalités d'application ne sont pas de nature à protéger le système public, bien au contraire.

◆ La réponse du gouvernement à la décision Chaoulli

• Retour sur le jugement de la Cour suprême du Canada

Le jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli, un jugement profondément divisé il faut le rappeler, a été rendu en juin 2005. Marie-Claude Prémont, vice-doyenne et professeur à la Faculté de droit de l'Université McGill résume le dispositif majoritaire de la cour de la manière suivante :

« L'interdiction de l'assurance privée pour les médecins non participants au régime de financement public des soins de santé est incompatible avec les droits à la vie, à la sûreté et à l'intégrité, protégés par la Charte

québécoise des droits et libertés, lorsque les pouvoirs publics soumettent les patients à des temps d'attente déraisonnables d'accès aux soins. »¹

En fait, elle affirme qu'« en l'absence de ces délais d'attente déraisonnables, le tribunal n'aurait pu conclure à l'incompatibilité entre les droits protégés par la Charte québécoise et l'interdiction de l'assurance privée. »² Les listes d'attente constituent le seul motif de cette décision et la « seule évidence incontournable du jugement se limite à l'obligation pour le Québec de trouver une réponse aux listes d'attente déraisonnables. »³

L'auteure poursuit en disant que « la levée potentielle de l'interdiction de l'assurance médicale privée s'adresse donc à cette catégorie restreinte de médecins, et à elle seule », soit la catégorie des médecins non participants : une centaine de médecins environ.⁴

En réponse à ce jugement, pour diminuer les temps d'attente, le gouvernement propose aux citoyens et aux citoyennes du Québec, la garantie d'accès et l'assurance privée duplicative.

- **Résumé de la Garantie d'accès**

Sommairement, la proposition gouvernementale prévoit deux types de garanties d'accès : une garantie entièrement publique pour les services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie et une garantie d'accès que nous appellerons une hybride (publique-privée) pour trois chirurgies électives (genou, hanche et cataracte). Pour ce deuxième type de garantie, les patients remplissant certaines conditions⁵ devraient être traités dans leur établissement local dans un délai de six mois. Entre six et neuf mois d'attente, ils auraient la possibilité de se faire traiter dans un autre établissement public de leur région ou d'une autre région ou dans une clinique spécialisée affiliée (CSA), aux frais de leur établissement. Au-delà de neuf mois, ils pourraient aller dans une clinique à financement entièrement privé avec médecins non participants ou dans un établissement hors Québec ou hors Canada, aux frais du réseau public de santé. À tout moment, le patient aurait le choix de se faire soigner dans l'établissement où il a été inscrit initialement.

Parallèlement, l'assurance privée duplicative serait autorisée par règlement pour tout l'épisode de soins relatif à ces trois interventions, incluant la réadaptation et le maintien à domicile. L'utilisation de l'assurance privée n'impliquerait aucun délai, sous réserve des disponibilités offertes par la clinique elle-même. Les soins seraient disponibles dans des cliniques avec médecins non participants, à quiconque détient une telle police d'assurance.

La garantie d'accès devrait être étendue à d'autres groupes de services, accompagnée ou non de la possibilité de souscrire à une assurance privée. Il s'agit d'une démarche graduelle, par étapes. Toutefois, en regard de la cardiologie tertiaire, de la radio-oncologie ou de tout autre intervention qui menace la vie et la sécurité de la personne, aucune assurance privée ne serait autorisée.

◆ **Une garantie de soins et une garantie d'accès**

• **Offrir des soins ou offrir des choix?**

Le document de consultation *Garantir l'accès* propose-t-il des soins ou propose-t-il des choix aux patients. En distinguant les pathologies en fonction du danger qu'elles représentent pour la vie et la sécurité des patients (cardiologie tertiaire et radio-oncologie versus chirurgies électives), il nous semble que le Livre blanc crée une distinction entre le type de soins qui devrait être rattaché à chacune d'elles. En ce sens, il nous apparaît qu'il distingue une garantie de soins pour les premières et d'une garantie d'accès pour les secondes. En conséquence, la distinction entre garantie de soins et garantie d'accès n'est pas que sémantique. En effet, le Danemark qui a introduit la notion de garantie en 1997 distingue les deux notions de la manière suivante : la garantie d'accès sert à élargir le choix de l'établissement public ou privé; elle est fondée sur une volonté politique correspondant au niveau de services que le gouvernement danois désire offrir à la population. Tandis que la garantie de soins, rattachée à des pathologies comme le cancer ou les maladies cardiovasculaires qui met la vie du patient en danger, est plutôt basée sur des critères cliniques.⁶

Ce qui nous semble ressortir de cette proposition, c'est d'abord et avant tout le choix de s'assurer ou non pour un service et d'être traité dans le public ou dans le privé, selon

qu'il détient ou non une assurance privée. Ensuite, à l'intérieur de la filière publique (garantie hybride), être traité, après six mois, dans le public ou dans le privé selon le délai et la disponibilité des services et aussi selon le choix du patient.

Et si le patient fait le choix d'être traité dans son établissement local, qu'arrivera-t-il? Aucune limite relative au délai de traitement n'est introduite dans le Livre blanc. Dans la mesure où aucun ajout substantiel de ressources n'est prévu, le patient peut-il espérer un changement quelconque par rapport à la situation actuelle? Le patient peut-il espérer avoir sa chirurgie électorale plus rapidement dans le public? Et si ce n'est pas le cas, choisira-t-il de se faire opérer hors de sa localité? Comme l'a bien souligné monsieur John Erik Peterson, chef du ministère de la Santé et de l'Intérieur du gouvernement du Danemark, lors de son témoignage devant le comité Kirby :

« Nous savons déjà que depuis l'introduction du concept de la liberté de choix parmi les hôpitaux publics, les patients décident souvent d'attendre plus longtemps pour être traités à leur hôpital local [...] Par conséquent, nous ne pensons pas que beaucoup de citoyens voudront profiter de cette offre. »⁷

Ainsi, si on veut vraiment améliorer l'accès à des chirurgies électorales, il faut réaliser des investissements dans le secteur public. Dans certains cas, il faudra même envisager le déplafonnement de la rémunération des médecins pour répondre aux besoins. Dans le passé, des budgets non récurrents ont été avancés pour réduire les listes d'attente. Des résultats positifs ont été enregistrés.

Qu'en est-il de l'assurance privée duplicative? Le fait de détenir une assurance privée duplicative permet à un patient de se soustraire aux délais d'attente du secteur public et d'avoir un accès sinon immédiat, du moins beaucoup plus rapide aux services et aux soins, sans subir le délai d'attente, inhérent à la garantie d'accès. Qui sont ces patients? Aux dires de plusieurs médecins, la majorité des patients qui attendent pour des arthroplasties et des chirurgies de la cataracte, des pathologies souvent associées au vieillissement, ne sont pas assurables, n'étant pas une clientèle rentable pour les compagnies d'assurance ou encore pouvant être assurée moyennant des primes qui ne seraient pas abordables. Ainsi, ce ne sont certainement pas ces patients qui pourront se

procurer de l'assurance privée. De plus, étant donné que ces patients âgés sont moins susceptibles que d'autres de vouloir se déplacer pour subir une intervention chirurgicale, pas vraiment mineure, surtout en regard des arthroplasties, peut-on penser que leur situation sur les listes d'attente se sera améliorée en dépit de l'introduction de la garantie d'accès? Dans un tel contexte la garantie d'accès apparaît plutôt comme de la poudre aux yeux. Par contre, l'introduction de l'assurance privée duplicative permettrait le développement d'un système de santé privé parallèle, un système à deux vitesses.

- **Et l'accès en régions?**

Rappelons qu'en décembre 2003, l'Assemblée nationale adoptait sous le bâillon la Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux⁸. Aux dires du ministère de la Santé et des Services sociaux,

« Cette loi confiait aux agences régionales la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région, basé sur des réseaux locaux de services. Les 95 réseaux locaux de services créés à l'échelle du Québec en juin 2004 ont pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. »⁹

Or, voici que la garantie d'accès offre comme solution aux listes d'attente l'accès à des services hors régions, hors Québec voire hors Canada. Cette solution apparaît en totale contradiction avec les objectifs que sous-tendait la Loi 25 de décembre 2003.

Tout comme au Danemark, il semble que les Suédois pour qui « garantie de soins de santé » existe depuis 1990, « accordent beaucoup d'importance à la proximité d'accès aux soins; une grande majorité des patients préfère en effet recevoir des soins dans leur pays plutôt qu'à l'étranger, même s'il leur faut pour cela attendre plus longtemps. »¹⁰

Comme les cliniques spécialisées affiliées ne s'implanteraient pas également en milieu urbain et en région, il apparaît que les patients des régions peuvent difficilement espérer voir s'améliorer l'offre de services à proximité de leur localité. Il nous semble que la

solution proposée aurait pour effet d'accentuer plutôt que de diminuer le déséquilibre existant dans l'offre de services entre les grands centres et les régions.

Au terme de cette analyse, il apparaît que les personnes âgées, soit le groupe d'âge le plus largement représenté dans les pathologies sélectionnées, sont moins susceptibles que les autres de bénéficier d'une part, de la garantie d'accès si elle n'est pas honorée dans la localité et d'autre part, sont à peu de choses près non assurables en raison de leur condition. En conséquence, on peut affirmer que les personnes âgées risquent d'être les grandes perdantes du plan Couillard-Charest tel que proposé dans le document de consultation.

◆ **Les temps d'attente : un enjeu politique**

● **Le Plan décennal de 2004 et l'entente asymétrique**

Essentiellement, depuis les élections fédérales de 2004 et la signature du Plan décennal en septembre de la même année prévoyant la réduction des temps d'attente d'ici au 31 mars 2007, nous pouvons dire que les temps d'attente sont devenus un enjeu politique pour les gouvernements fédéral et provinciaux. Le Plan décennal a fait de la réduction des temps d'attente une priorité nationale dans cinq domaines prioritaires, à savoir le cancer, les maladies cardiaques, l'imagerie diagnostique, l'arthroplastie et la restauration de la vue. 41 milliards de dollars sur dix ans sont venus appuyer ce plan, dont 5,5 milliards de dollars serviront à la réduction des temps d'attente. Rappelons que le gouvernement du Québec a signé une entente parallèle, asymétrique, qui lui donne une certaine latitude dans l'application des mesures par rapport au reste du Canada. Comment l'utilise-t-il? Nous y reviendrons.

● **Un enjeu de la campagne électorale fédérale de 2006**

Le Parti conservateur du Canada (PCC) et le Parti libéral du Canada (PLC) ont fait de l'attente un de leurs thèmes électoraux lors de la dernière campagne¹¹. La garantie proposée par le PCC repose sur la vision développée dans le rapport Kirby rendu public en 2002. Plus qu'une véritable garantie de soins, il s'agit plutôt d'élargir le choix pour les patients, d'accroître leur liberté de choix.

Le rapport Kirby recommandait en effet de rendre public un délai d'attente maximal pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois le délai expiré, le rapport Kirby recommandait que le gouvernement paie pour que le patient puisse recevoir le traitement ailleurs au Canada ou à l'étranger. Dans son orientation générale, le gouvernement Charest ne s'écarte donc pas des orientations tracées par le rapport Kirby et le gouvernement fédéral qui prônent une garantie d'accès où, à toutes les étapes, le choix du patient peut s'exercer. Le Canada et le Québec ne sont pas les premiers à vouloir instaurer une telle garantie d'accès. Différents pays en ont déjà fait l'expérience.

- **La liste d'attente de l'Institut Fraser**

Quels sont ces temps d'attente et comment sont-ils calculés? En réalité, au moment où le docteur Chaoulli a présenté sa requête en cour, soit en 1997, il n'existait pas de liste d'attente nationale, pas plus qu'il n'existait de listes d'attente de qualité au Québec. Chaque établissement ou chaque médecin s'occupait de ses propres listes d'attente, avec la qualité que l'on connaît. À cette époque, la seule liste d'attente nationale qui existait était produite par l'Institut Fraser, un « *think tank* » notoirement de droite.

Avant de parler de listes d'attente, il est bon de rappeler que l'Institut Fraser, basé à Vancouver, est considéré comme l'un des trois plus influents « *think tank* » au monde sur la politique publique. En 2001, il disposait d'un budget de plus de cinq millions de dollars, financé essentiellement par la grande entreprise. L'Institut Fraser est connu notamment pour son bulletin des écoles, repris à son compte par l'Institut économique de Montréal (IEDM), son rejeton.

L'Institut Fraser a produit sa première étude sur les listes d'attente en 1990. Elle était limitée aux médecins de Colombie-Britannique. C'est à compter de la troisième édition en 1993 que l'étude a porté sur les dix provinces canadiennes. Dès le départ, l'Institut Fraser a été critiqué par rapport à la méthodologie utilisée. Ainsi, en 1995, il a dû abandonner l'utilisation de la moyenne des temps d'attente, trop critiquée. En fait, la taille des listes d'attente du Fraser ne correspondait pas à des cas réels en attente de traitement : elle était estimée à partir de calculs relativement complexes. La

méthodologie utilisée pour ce faire était problématique comme le souligne le rapport McDonald, une étude financée par Santé Canada en 1998¹². Sans aller dans les détails, soulignons simplement que cette étude d'envergure identifie plusieurs biais méthodologiques inhérents à ces données, biais qui ont pour effet de gonfler les résultats. Bref, la conclusion du rapport McDonald est à l'effet que les données de l'Institut Fraser ne sont pas fiables. En conséquence, il est bien étonnant, pour ne pas dire tout à fait surprenant, de constater que le gouvernement du Québec reprend à son compte, dans le Livre blanc, les données de l'Institut Fraser¹³ alors qu'il existe aujourd'hui bien d'autres sources de données sur les listes et les temps d'attente et ce, surtout depuis la signature du Plan décennal pour consolider les soins de santé en septembre 2004, entre le gouvernement fédéral et les provinces.

- **De nombreux travaux sur les listes d'attente depuis 2004**

Dans son document de consultation, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, le gouvernement libéral élabore très peu sur la question des listes d'attente, alors que leur gestion constitue le motif principal de la décision de la Cour suprême. En effet, le gouvernement se limite à avancer qu'il faut « améliorer notre capacité à évaluer et à surveiller les temps d'attente grâce aux technologies de l'information et à la disponibilité de données cliniquement reconnues. »¹⁴

De nombreuses initiatives ont été lancées par les gouvernements fédéral et provinciaux depuis septembre 2004: des initiatives provinciales ont vu le jour en Ontario, en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont été mandatés pour faire de la recherche afin de recueillir des données probantes au sujet de normes relatives aux cinq secteurs prioritaires. L'Alliance sur les temps d'attente qui regroupe l'Association médicale canadienne et des associations de spécialistes des cinq secteurs prioritaires a été créée. Le 12 décembre 2005 représentait la date butoir pour l'établissement des points de repère (délai maximal) pour les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires. Il faut encore ajouter l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui a pour mandat de produire des rapports sur les progrès réalisés, le Conseil de la santé du Canada qui doit rendre compte des progrès réalisés et enfin Statistique Canada qui mène depuis 2001 une enquête biannuelle sur l'accès aux services de santé. De plus, le

gouvernement du Canada nommait en juillet 2005 un conseiller sur les temps d'attente dont le mandat consiste à :

- ⇒ rechercher des consensus sur l'établissement des indicateurs comparables et des points de repère fondés sur des preuves;
- ⇒ évaluer les écarts de savoir et trouver des façons de les combler;
- ⇒ favoriser l'adoption de méthodes et d'outils visant à mieux gérer les temps d'attente;
- ⇒ fournir des conseils sur les meilleures façons de faire progresser davantage le dossier des temps d'attente¹⁵.

Comment le gouvernement du Québec s'inscrit-il dans ces différentes initiatives? Quelle part des 5,5 milliards de dollars touchera-t-il du gouvernement fédéral pour agir sur les temps d'attente? Comment disposera-t-il des sommes qui lui reviennent pour la gestion des listes d'attente? Le document de consultation escamote ce sujet, alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux était partie prenante du colloque : *Maîtriser les files d'attente II : la mesure, le contrôle et la gestion des temps d'attente - Rapport du colloque*¹⁶, tenu à Ottawa, en avril 2005, où le Système informatisé de gestion de l'accès aux services (SGAS) a été présenté aux participants. Ce système aurait contribué à réduire les temps d'attente pour les services de radio-oncologie. Il aurait également été utilisé dans des projets-pilotes pour établir des priorités et des standards communs; il pourrait servir à établir la durée d'attente et la date d'intervention pour le patient. Un tel système pourrait-il permettre des améliorations aux délais d'attente dans d'autres domaines et notamment dans le cas des chirurgies visées par la garantie d'accès?

◆ **Garantie d'accès et assurance privée : deux processus parallèles**

• **La Garantie d'accès**

→ **Qui souffre des pathologies sélectionnées?**

Les domaines retenus pour la garantie d'accès sont reconnus pour être des domaines où les interventions sont en progression. Les trois pathologies sélectionnées par le gouvernement concernent surtout, mais pas exclusivement, les personnes âgées. Dans

certains cas, cette progression est liée au vieillissement mais ce dernier n'explique pas tout. En effet, « les taux d'arthroplasties du genou ont augmenté pour tous les groupes d'âges entre 1994-1995 et 2002-2003. Ils sont toutefois supérieurs à la moyenne pour les 45 à 54 ans, ce qui suggère un changement du type de patients opérés. » Il semblerait que l'obésité soit une des causes d'augmentation de ce type de chirurgies¹⁷. À cela s'ajoutent des variations inter et intra provinciales. Ces différences persistent même lorsque les différences de composition par âge de la population sont prises en compte¹⁸.

Quant à la chirurgie de la cataracte, il semble qu'elle soit l'intervention « de restauration de la vue la plus pratiquée au Canada », en progression de 32 % entre 1997 et 2002¹⁹. Au Québec, cette intervention représente également l'une des interventions les plus fréquentes, donc la plus dispendieuse en terme de déboursés totaux d'honoraires médicaux pour toutes les chirurgies²⁰.

→ **Des délais plus longs au Québec**

La garantie d'accès, telle que proposée par le gouvernement du Québec, prévoit des délais de six et neuf mois pour recevoir les soins, délai qui court à partir de l'inscription à la liste d'attente. Des organisations nationales spécialisées ont commencé à développer des consensus sur les temps d'attente médicalement acceptables à partir de données probantes. C'est ainsi que l'Alliance canadienne a retenu des repères selon l'urgence du cas (urgent, semi-urgent, électif) pour six spécialités et procédures²¹. Le délai d'attente pour les arthroplasties retenu par l'Alliance canadienne (trois mois pour la consultation; six mois pour la chirurgie), formée rappelons-le dans la foulée de l'Accord des premiers ministres de septembre 2004, commence à courir dès la demande de consultation d'un spécialiste.

Pourquoi le gouvernement Charest, qui suit le gouvernement fédéral et les autres provinces dans leurs grandes orientations, fait-il cavalier seul pour l'application concrète de sa garantie d'accès et en particulier en ce qui a trait au calcul des délais d'attente?

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a pourtant démontré, à partir du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA), que « 40 % du délai

s'écoule entre l'orientation vers un chirurgien orthopédiste et la décision de procéder à l'intervention, et 60 % dans l'attente de l'intervention. »²² De plus, il faut rappeler que la consultation d'un médecin omnipraticien n'est prise en compte ni par l'ICIS, ni par l'Alliance canadienne sur les temps d'attente, ni évidemment par le gouvernement du Québec qui passe cette épineuse question sous silence.

Quant aux chirurgies électives de la cataracte, l'Alliance canadienne a retenu le délai de quatre mois, soit deux mois de moins que le Québec. Il faut encore ajouter que l'ICIS retient un délai de 16 semaines pour les cataractes présentant un risque élevé²³. Comment le gouvernement justifie-t-il son délai de six mois? Faudrait-il y voir un avantage lié à la signature d'une entente asymétrique en septembre 2004? D'ailleurs, aucun des délais retenus dans le Livre blanc ne repose sur une justification à caractère scientifique ou clinique.

→ **Les cliniques spécialisées affiliées (CSA) et les cliniques privées**

Après six mois d'attente, nous l'avons vu, le patient pourrait se faire traiter à différents endroits dont, entre autres, dans une clinique spécialisée affiliée (CSA) ou dans une clinique à financement privé, liées par ententes ou contrats. La négociation d'ententes hors Québec serait assumée par le palier national. De plus, il n'est pas exclu que les cliniques de médecins omnipraticiens (GMF, cliniques-réseau), les CSA et les cliniques à financement privé (avec médecins non participants) puissent être chapeautées par une même entité juridique. C'est donc dire qu'une clinique-réseau, une clinique CSA et une clinique à financement privée pourraient en réalité constituer une même entité juridique. Comment se ferait alors l'arbitrage sur la liste d'attente de ces cliniques? Les patients ayant une assurance privée seraient-ils alors en compétition avec les patients en provenance du réseau public pour l'accès aux mêmes interventions? Qui passera le premier et qui attendra? Y a-t-il un risque que le réseau public devienne dépendant à moyen et à long terme des ressources privées parallèles?

→ **Les appels d'offres et Partenariat public-privé (PPP)**

Le Livre blanc n'est pas limpide à propos de la négociation des ententes et de l'octroi des contrats d'interventions chirurgicales aux cliniques privées, affiliées ou pas. Il faut rappeler cependant que la Loi sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec²⁴,

adoptée sous le bâillon en juin 2004, s'applique aux services de santé et aux services sociaux. De plus, en décembre 2005, l'Assemblée nationale a adopté des amendements à la Loi sur les services de santé et les services sociaux²⁵ qui ont notamment touché les approvisionnements dans ce secteur.

Il peut être utile de rappeler certaines des recommandations du Rapport Ménard. En effet, celui-ci proposait de recourir davantage au secteur privé notamment à travers les trois recommandations suivantes :

- ⇒ R-15 Que le gouvernement fixe des cibles acceptables au Québec quant aux niveaux de prestation de services accessibles au secteur privé dans tous les domaines de la santé et des services sociaux, dans le cadre d'un système financé par les fonds publics, et qu'il indique les secteurs concernés ainsi que les paramètres qui encadreront ces activités;
- ⇒ R-16 Que pour tous les projets importants d'agrandissement, de réfection majeure ou de construction de nouvelles installations dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'option de réalisation en mode de partenariat public-privé soit examinée, et qu'elle fasse l'objet d'une analyse comparative avantages inconvénients avec le mode de réalisation conventionnel;
- ⇒ R-19 Qu'une part plus importante de certains types de services hospitaliers diagnostiques ou thérapeutiques puisse être dispensée par le secteur privé en favorisant le développement de cliniques spécialisées affiliées, dans le cadre d'ententes établissant une relation durable de partenariat, au meilleur coût et dans le respect des normes de qualité établies. Ces services seraient dispensés à l'intérieur du système de santé et de services sociaux actuel et soutenus par un financement de l'État et en coordination avec les intervenants du système public.²⁶

Il semble assez clair, à la lecture de ces recommandations, qu'il pourrait être contradictoire pour le gouvernement du Québec de prendre les mesures nécessaires

pour améliorer l'offre de services dans le secteur public. Le gouvernement fait le choix de recourir au privé. Comment pourrait-il alors fixer des cibles acceptables quant aux niveaux de prestation de services accessibles au secteur privé? Il pourrait au contraire être tenté de laisser s'écouler le délai de six mois afin que l'entreprise privée puisse réaliser les mandats qui auront été négociés entre les établissements publics et le secteur privé (CSA et cliniques à financement privé, établissements hors Québec et hors Canada). En effet, selon les recommandations du Rapport Ménard, il s'agirait plutôt de garantir des contrats à l'entreprise privée par l'entremise de la garantie d'accès qui feraient vraisemblablement l'objet de partenariats public-privé (PPP) et de contrats. Qui paiera? Le ministère de la Santé et des Services sociaux affirme que l'argent suivra le patient. Il semble que les établissements devront déboursier à même leur budget l'achat de chirurgies dans le secteur privé. Il s'agit là d'une situation absolument inacceptable qui mettrait en péril l'avenir des établissements publics. Dans un contexte où les établissements n'arrivent pas à suffire à la tâche, comment penser que leur amputer une partie de leur budget ne mettra pas en péril leur survie? C'est le contraire du bon sens. Le gouvernement du Québec doit plutôt s'assurer que les établissements publics disposent des budgets nécessaires pour offrir les services dont la population qu'ils desservent a besoin.

De plus, peut-on penser que des exclusions pourraient être levées relativement aux services non couverts par l'Accord de libre-échange nord-américain ou l'Accord sur le commerce intérieur?

→ **Les professionnels de la santé et les cliniques médicales privées**

Il ne semble pas dans la volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux de reproduire les ententes GMF dans les CSA. Ainsi, les CSA embaucheraient et gèreraient elles-mêmes leur propre personnel. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, il est clair que le développement d'un système de santé privé parallèle ne peut se faire qu'au détriment du réseau public. Comment pourrait-il d'ailleurs en être autrement?

Considérant que l'entreprise privée doit dégager une marge de profit pour ses actionnaires, considérant qu'actuellement, environ 80 % des dépenses des

établissements publics sont engagées pour le paiement de la main-d'œuvre et considérant que l'entreprise privée devra faire le travail à meilleur prix que le système public, comment imaginer que les cliniques privées puissent se maintenir en affaires sans opérer une sélection de la clientèle présentant peu de risques et sans diminuer les conditions de travail et de salaire de leurs employé-e-s, comparativement à celles prévalant dans le secteur public de santé? Il ne faut perdre de vue qu'il s'agit d'une majorité de femmes.

- **Pourquoi autoriser l'assurance privée?**

Dans la mesure où le gouvernement du Québec affirme ne pas avoir l'intention d'ajouter de ressources supplémentaires dans le réseau de la santé et des services sociaux, en dépit du fait que la santé demeure sa première priorité, et ne propose aucune réorganisation du réseau public qui permettrait une adaptation de ce dernier à la nouvelle réalité et au besoin de structures plus souples, l'ouverture à l'assurance privée pourrait nous apparaître comme la seule soupape par laquelle les listes d'attente pourraient un jour diminuer. Il s'agirait alors d'un transfert des patients vers un réseau privé de soins de santé qui serait alors financé par des fonds publics et privés.

L'assurance privée constituerait donc un des moyens par excellence de financer les soins de santé privés, « moyennant une prime ». En effet, un régime de santé privé parallèle nécessite du financement. Comment construire des hôpitaux et des cliniques privées sans apport financier? Mais qui paiera? Qui est assurable et à quel prix?

Selon les statistiques fiscales de 2002, rapportées dans *Garantir l'accès*,

« un peu plus de 85 % des déclarations des revenus sont produites par des contribuables ayant un revenu inférieur à 50 000 \$. Les contribuables ayant un revenu inférieur à 20 000 \$ produisent quant à eux un peu plus de 48 % des déclarations. »²⁷

Il semble que bien peu de contribuables puissent avoir les moyens de se payer une assurance privée duplicative, à moins évidemment que le gouvernement ne subventionne cette assurance comme le font d'autres pays, à grands frais d'ailleurs. Le

gouvernement libéral n'indique pas ses intentions à cet égard dans le Livre blanc et il est clair pour la FIIQ qu'elle refuse toute ouverture à cette possibilité.

L'exemple des États-Unis en matière d'assurance santé est particulièrement inquiétant quant au niveau de primes exigées. De plus en plus de catégories de la population qui pourraient difficilement porter le qualificatif de « pauvres », n'arrivent plus à payer leurs assurances santé privées et doivent les abandonner parce que trop dispendieuses²⁸.

Aux dires de plusieurs médecins, la plupart des personnes sur les listes d'attente, celles qui ont besoin de traitements et qui pourraient profiter de l'existence de ressources privées, lorsque prises individuellement, ne sont pas assurables. Dans un article qu'ils signaient conjointement en février dernier, messieurs Claude Forget et Claude Castonguay suggéraient que l'assurance santé puisse être offerte par les employeurs à leurs employés, devenant de ce fait déductible au titre de frais d'emploi pour les uns et imposable dans les mains des autres²⁹. Une méthode qui s'apparente à celle en vigueur aux États-Unis. Combien coûterait une telle mesure au trésor public? Cherche-t-on vraiment le bien de la population par l'introduction d'une telle mesure? Dans un récent article, une journaliste rapportait que :

« La Banque Nationale du Canada croit pouvoir convaincre le gouvernement fédéral de modifier la Loi sur les banques afin de permettre la vente de produits d'assurance en succursale. [...] La vente d'assurance est d'ailleurs l'un des créneaux sur lesquels la Banque Nationale compte le plus pour poursuivre son développement au cours des prochaines années. [...] « En raison de facteurs fondamentaux comme le vieillissement de la population et la multiplication des sources de financement, les activités de prêts ne suffisent plus à soutenir à elles seules une croissance vigoureuse », s'explique M. Raymond [pdg de la Banque Nationale]. »³⁰

Cherche-t-on à améliorer la santé et le bien-être de la population ou ne cherche-t-on pas plutôt à soutenir la croissance du secteur financier?

La mise en commun des risques encourus par un groupe d'individus, sur le modèle des assurances collectives par exemple, pourrait remédier à cette situation. En quoi ce modèle est-il préférable au modèle d'assureur unique de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) dont le groupe est formé de l'ensemble de la population québécoise, regroupant autant les bons risques que les mauvais qui, de plus, fait siennes les valeurs de solidarité et d'équité si chères à la population du Québec?

La proposition sur la garantie d'accès, dans la mesure où elle donnerait la possibilité à des groupes de personnes en emploi, d'acheter de l'assurance privée par l'intermédiaire d'un régime d'assurance collective, pour se faire traiter dans le réseau privé, créerait différentes catégories de citoyens. Elle serait contraire à l'esprit de la Loi canadienne sur la santé et créerait de l'iniquité. Les personnes âgées, dont les besoins sont croissants, et qui sont par définition beaucoup moins mobiles que les groupes plus jeunes, pour toutes sortes de raisons que l'on sait, seraient ainsi obligées d'attendre leur tour, sans avoir la certitude d'être traitées dans un délai maximum acceptable. La situation serait-elle plus tolérable parce que ces personnes font le choix de se faire soigner près de leur domicile, plutôt que d'aller à l'extérieur de leur région, voire à l'extérieur du Québec?

Dans un autre ordre d'idées, la santé peut-elle être considérée comme n'importe quel autre risque d'origine matérielle dans le domaine de l'habitation ou des véhicules automobiles? Avec l'invalidité, le chômage, la vieillesse (retraite), le décès, la pauvreté, les accidents du travail, la maladie se classe plutôt dans la catégorie des risques sociaux, ceux-ci étant rattachés à la vie en société et reconnus internationalement depuis quelques décennies comme étant liés à l'existence de droits sociaux.

Par la garantie d'accès, le gouvernement du Québec propose d'augmenter les capacités de production dans le domaine de la santé, alors que bon nombre de catégories de professionnels de la santé sont en pénurie, parmi lesquels figurent notamment les médecins, les infirmières, les inhalothérapeutes, etc. Pour augmenter la capacité de la main-d'œuvre médicale, certains proposent entre autres, de permettre la pratique médicale mixte (public et privé). Sans s'engager explicitement dans cette voie, le Livre blanc y ouvre pourtant la porte en proposant l'achat de services dans les cliniques à financement privé. Cette proposition lève partiellement la règle d'étanchéité entre la pratique publique et la pratique privée, l'une des règles requises pour assurer la survie

du système public. De plus, cette proposition ne garantit pas la disponibilité des médecins dans le réseau public et peut même avoir l'effet contraire, soit celui de faciliter le passage du public vers le privé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux dit vouloir limiter, par règlement, le nombre de médecins non participants. Or, la décision de la Cour suprême, à l'origine de la présente consultation, ne vaut que pour les médecins non participants au régime public au moment où cette décision a été rendue, soit une centaine de médecins. La garantie d'accès ne doit pas être l'occasion d'une vague de désistements des médecins participants vers la pratique entièrement privée. Ce serait absolument contraire à l'esprit du jugement. En conséquence, il importe que le gouvernement du Québec resserre les règles de passage d'un statut à l'autre en plus d'interdire aux médecins non participants de pouvoir réclamer des honoraires supérieurs à ceux des médecins participants pour les mêmes actes.

Comment faire fonctionner le réseau public et un réseau privé parallèle, alors qu'il existe déjà une pénurie de personnel soignant pour répondre à tous les besoins dans le réseau public, pénurie parfois entretenue par le sous-financement? Cet aspect de la réalité est tout simplement occulté dans le Livre blanc.

Bref, si l'assurance duplicative permet un apport financier supplémentaire, c'est donc dire qu'on reconnaît le sous-financement du système public et qu'un rehaussement de ce niveau de financement permettrait d'améliorer la disponibilité des services à la population. L'amélioration du financement public ne constituerait-elle pas une solution plus avisée au problème des listes d'attente?

Quelles conséquences pouvons-nous anticiper de la multiplication des choix d'assureurs pour les services déjà couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec? La réponse à cette question doit également faire partie des réponses claires qui doivent être fournies à la population québécoise par le gouvernement libéral.

La FIIQ estime que l'introduction de l'assurance duplicative, qu'elle se fasse graduellement, progressivement ou autrement, de même que l'introduction de partenariats public-privé et d'appels d'offres pour la livraison des services publics de santé, constituent à l'heure actuelle les deux principales menaces au maintien d'un

réseau public de services de santé et de services sociaux, accessibles à tous, sans égards au niveau de revenu.

◆ **Mise à mal des principes de la Loi canadienne sur la santé**

• **L'art de passer à une gestion privée financée publiquement**

À travers la garantie d'accès finalement, apparaît une redéfinition du principe de la gestion publique de la Loi canadienne sur la santé. En effet, c'est probablement Gilles Taillon, alors président du Conseil du patronat du Québec qui a le mieux résumé, devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie en octobre 2001, comment le milieu des affaires voyait cette redéfinition :

« [...] dans un cadre de financement public, il n'est pas interdit, il devrait même être souhaitable que la gestion du système de santé puisse, en fonction d'une meilleure efficacité, être gérée par le secteur privé ou par le secteur public, dépendamment de la capacité de chacun de ces paliers à offrir le meilleur service » [...] « L'impartition est privilégiée. Le système de marché interne avec la capitation devrait se développer. »³¹

N'est-ce pas ce que propose le gouvernement du Québec : impartition, marché interne, capitation, le tout dans le cadre d'un financement public? En fait, tout en ne remettant pas en question le principe de gestion publique de la Loi canadienne sur la santé, la garantie d'accès en redéfinit les paramètres au service du secteur privé.

• **Remplacer l'intégralité par l'assurabilité**

Ce n'est pourtant pas le seul principe de la Loi canadienne sur la santé qui soit mis à mal par la garantie d'accès. En effet, le Commissaire à la santé, dont la loi a été adoptée en juin 2005, aura notamment pour mandat d'apprécier et d'évaluer les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Il devra s'attarder notamment à l'assurabilité des services de santé, principe inconnu de la Loi canadienne sur la santé (LCS). Ce nouveau principe viendra-t-il remplacer le principe d'intégralité de la LCS? Le ministère de la Santé et des Services sociaux dit vouloir introduire des garanties pour certains soins, sans assurance, des garanties d'accès pour certains autres avec

assurance privée. Il dit également que rien ne pourra être couvert par une assurance privée qui ne ferait l'objet d'une garantie d'accès. Mais il ne dit pas si des désassurances pourraient survenir. Rien n'interdirait alors l'industrie de l'assurance santé privée de s'arroger ce marché comme elle le fait d'ailleurs actuellement avec le champ de l'assurance supplémentaire. Le Commissaire à la santé aura-t-il un mandat de déterminer ce qui demeurera assuré publiquement et ce qui pourrait être désassuré?

◆ **Pour une véritable Garantie de soins publique**

Le gouvernement libéral propose en substance, comme solution aux listes d'attente, de faire une place pour le secteur privé par l'introduction de la garantie d'accès et une ouverture au secteur privé et ce, de différentes manières. À l'intérieur de la garantie d'accès, il prévoit des partenariats public-privé et de la sous-traitance d'interventions au secteur privé. Il autoriserait l'introduction de l'assurance privée pour certains épisodes de soins, d'une manière graduelle. En réalité, le gouvernement Charest a résumé lui-même le but de sa proposition sur la garantie d'accès à travers la phrase suivante :

« Quel rôle doit jouer le secteur privé pour nous permettre d'accroître la capacité du système à répondre aux attentes et aux besoins de la population » ?³²

Or, le gouvernement ne s'est pas interrogé sur la façon d'améliorer l'accès dans le secteur public lui-même. Pourtant, le gouvernement du Québec l'a assez bien démontré : il est possible et faisable de solutionner le problème des listes d'attente à l'intérieur d'un réaménagement du secteur public, en y concentrant temps et efforts de toutes sortes, y compris financiers. Cela a pu être fait dans le cas de la cardiologie et de la radio-oncologie, pourquoi cela ne serait-il pas possible pour les autres types de soins? Or, rien n'est proposé qui irait dans le sens d'une amélioration de l'accès dans le secteur public. Au contraire, la proposition gouvernementale semble plutôt suivre les préceptes et recommandations des rapports Kirby, Clair et Ménard. Pourtant le virage ambulatoire entrepris au milieu des années 1990 dans un contexte de compressions budgétaires était rempli de promesses. Mais il n'a jamais été complété faute de ressources financières. Des centres ambulatoires devaient voir le jour et offrir des services plus accessibles et plus souples. Or, dix ans plus tard, où en est-on? Ces

centres ambulatoires ne sont toujours pas en opération, faute de ressources financières. Il serait temps pour le gouvernement du Québec d'achever ce virage, amorcé il y a maintenant une dizaine d'années.

Au vu de ces recommandations, et comme le Livre blanc ne contient aucun engagement à investir dans le réseau public, il faut s'interroger sur la réelle volonté du gouvernement d'améliorer la prestation de services publics.

Cette nouvelle gestion du financement par l'entreprise privée, à travers le passage d'argent public du côté du développement de cliniques spécialisées affiliées (CSA) et de contrats de partenariat public-privé ou de contrats de sous-traitance permettrait ainsi que l'argent public serve à financer le développement de nouvelles infrastructures privées, dont la propriété et les profits échapperaient au gouvernement du Québec. Ainsi en Grande-Bretagne l'un des effets indésirables des Private Finance Initiative (PFI) rapporté par l'équivalent du Bureau du vérificateur général, a été la sortie de capitaux du pays. En effet, les compagnies rapatriaient les profits vers les maison-mères, situées à l'extérieur du pays ou dans des paradis fiscaux³³.

Et c'est sans compter la perte d'expertise. Ainsi une compagnie comme AdapCS Adaptive Clinical Solutions qui offre des instruments de gestion pour le patient, *Wait list management*, ou des méthodes privées pour la gestion des informations de santé électroniques, a fait breveter ses innovations technologiques au titre de propriétés intellectuelles³⁴. Le gouvernement du Québec peut-il se prémunir contre un telle pratique, lui qui ne détient pas de pouvoirs en matière de brevets?

Alors que le gouvernement du Québec dit vouloir respecter le principe d'étanchéité de la pratique médicale, il appert que des entorses sont faites à ce principe. Ainsi, le recours aux cliniques à financement privé – et non affiliées – après neuf mois d'attente, relègue au niveau des vœux pieux ce qui, pourtant, était exprimé avec force conviction, presque comme une profession de foi. Le gouvernement compte-t-il renforcer l'étanchéité nécessaire dans la pratique médicale?

■ PARTIE 3 - LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le document *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*³⁵ propose trois mesures relatives au financement du système de santé et de services sociaux : le rehaussement des transferts fédéraux,³⁶ la mise en place d'un compte santé et services sociaux; et l'instauration d'un régime contre la perte d'autonomie. Ces propositions sont directement inspirées du Rapport Ménard auquel nous nous référons pour proposer notre avis.³⁷ Il nous semble, par ailleurs, incontournable de considérer ces propositions en les inscrivant dans la vision que proposait le Rapport Ménard.

◆ Valeurs, mandat, et postulats qui justifient les propositions du Rapport Ménard

• L'utilisation abusive des valeurs québécoises : mise au point

La mot « solidarité » est de tous les discours depuis le 14 avril 2003. De label de la société québécoise, il est devenu label publicitaire du gouvernement actuel quand il s'agit d'introduire certaines réformes qui impliquent des modifications profondes. Le Rapport Ménard n'échappe pas à cette campagne de promotion puisqu'il s'intitule : *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*.

Le Rapport Ménard souligne, dès le début du document, que les valeurs qui sous-tendent l'examen de l'organisation des services et le financement sont l'équité, la solidarité, la responsabilité individuelle et collective ainsi que l'imputabilité. Ces valeurs s'inscrivent dans une perspective générationnelle.³⁸ Sans obligatoirement remettre en question le système de valeur privilégié dans le Rapport Ménard, il faut, à tout le moins, partager les définitions de ces valeurs pour comprendre la vision qui sous-tend les propositions, particulièrement l'équité et la solidarité.

- **L'équité**

Selon le Rapport Ménard, l'équité « consiste essentiellement à donner à chacun ce qui est dû » en tenant compte des ressources limitées et donc à faire payer la génération utilisatrice de services.

Il nous semble que cette interprétation est tendancieuse puisqu'elle réduit le principe d'équité à un groupe, utilisateur payeur, dont les individus ne possèdent pas le même statut socio-économique. La notion de génération - voire de vieillesse - suffirait à justifier la facturation à ce groupe d'individus. Au contraire, le principe d'équité « est fondé sur le sentiment du juste et de l'injuste, au-delà des normes juridiques » et « tient compte des caractéristiques spécifiques des individus ou des groupes afin de les placer sur un pied d'égalité ou, tout au moins, d'obtenir plus d'égalité »³⁹. Le fait de désigner une génération complète, responsable d'assumer les coûts, va à l'encontre du pacte social qui lie les québécois entre eux. Cette interprétation pourrait, selon nous, précipiter le débat vers un dérapage et susciter une rivalité entre les générations. Ce détournement de sens sert à justifier la mise en opposition des intérêts particuliers des individus et des groupes⁴⁰. Au contraire, le principe d'équité, tel qu'on le définit habituellement, réfère au statut socio-économique et non à la perspective générationnelle, pour justement permettre aux plus démunis d'accéder à des soins de santé via un financement progressif plutôt que régressif.⁴¹

Nous adhérons donc à la définition de l'équité de la contribution financière donnée par l'OMS :

« Lorsque l'OMS a mesuré l'équité de la contribution financière aux systèmes de santé, l'ordre de classement des pays a changé. La mesure repose sur la fraction de la capacité de paiement d'un ménage (revenu moins les dépenses alimentaires) consacrée aux soins de santé (y compris les impôts, les cotisations à la sécurité sociale et à un régime d'assurance privée et les paiements directs). »⁴²

Au-delà du débat de valeurs et jusqu'à un certain point d'idéologie, les chiffres « parlent » et comme le rapporte une étude citée par Robert G. Evans, il est indéniable

que « [...] les déboursés directs ont tendances à constituer un moyen hautement régressif de financement de soins de santé [...]. »⁴³ Ce sont là des faits économiques.

En réalité, il ne s'agit pas de « s'engager envers les générations futures » comme le suggère le Rapport Ménard mais bien de s'assurer que l'ensemble des citoyens, personnes dépendantes et personnes actives sur le marché de l'emploi, puissent tous bénéficier des services dont ils ont besoin et atteindre le meilleur état de santé possible, et ce, sans égard au statut socio-économique.

- **La solidarité**

Dans le même ordre d'idée, la solidarité se traduit, dans le Rapport Ménard, par le niveau de financement public, « se mesure » par la contribution des individus et entreprises au financement et introduit le principe d'équité. Ainsi, la solidarité serait essentiellement relative à la notion de contribution financière. A contrario, nous croyons que « la solidarité se définit par des relations entre personnes ayant conscience d'une communauté d'intérêts », qui entraîne pour les uns « l'obligation morale de ne pas desservir les autres et de leur porter assistance. »⁴⁴ En réalité, la solidarité s'actualise par des choix de société comme un partage équitable du fardeau financier par le biais d'une fiscalité progressive et une redistribution des ressources, par des programmes visant la réduction des écarts de santé et bien-être, par des services publics qui permettent à tous d'accéder à l'éducation, à la santé, etc.

Telles qu'elles sont définies dans le Rapport Ménard, l'équité et la solidarité émaneraient d'une justice naturelle plutôt que du droit positif. Elles seraient au service de l'individualisme et de la compétitivité et nieraient toute relation sociale dans un monde régi par les lois de l'offre et la demande et une « marchandisation » systématique des échanges. Cette vision irréaliste et étroite de la société n'est pas viable avec une conception d'un système de santé et de services sociaux équitable et solidaire.

- **Le mandat**

L'objectif général du comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux était de proposer un plan d'action global comprenant des solutions

concrètes aux problèmes de financement ainsi que des solutions réalisables au Québec, à moyen et à long terme, pour assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux.⁴⁵

Il faut d'emblée souligner la cohérence de la démarche du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec et remarquer avec quelle logique les problèmes identifiés rencontrent les solutions proposées. En effet, le Rapport Ménard s'appuie sur les valeurs identifiées précédemment et sur un certain nombre de fatalités⁴⁶, dont la faillite des finances publiques, le vieillissement accéléré de la population, le coût faramineux et l'inefficience des services de santé et de services sociaux qui s'inscrivent dans un contexte de compétition internationale.⁴⁷ À ces problèmes identifiés, le comité propose des recommandations qui s'inscrivent essentiellement dans une perspective de « manque à pourvoir », dans une logique où « les besoins sont illimités et les ressources limitées. » Les dépenses ne pouvant être contrôlées, on doit nécessairement accroître et diversifier les sources de financement. Ce postulat n'est jamais remis en question. Nous allons nous permettre de le faire.

En effet, certains spécialistes et chercheurs questionnent de telles affirmations. Nous sommes d'avis que la perception de l'état des finances publiques et de la question démographique - telle qu'elle nous est présentée dans le Rapport Ménard -, ainsi que le constat qui postule que le système n'est plus en mesure de relever les défis qui l'attendent, sans un recours au privé, méritent d'être nuancés. Ces nuances mettent en perspective et questionnent les solutions proposées par le Rapport Ménard.

- **Faiblesse de la croissance économique du Québec?**

Voici les mots de M. Jean Charest, juste après l'élection du gouvernement libéral, en juin 2003 : « Le Québec souffre d'un sous-investissement dans des secteurs stratégiques. [...] Il fait de nous les citoyens les plus taxés du continent. [...] Cet État mal adapté nous coûte 37 % plus cher qu'en Ontario et 25 % plus cher que dans le reste du Canada.»⁴⁸ Il réaffirmait encore très récemment :

« Le système de santé accapare 43 % des dépenses de programmes du gouvernement, et la croissance annuelle des coûts de santé dépasse le

niveau de croissance des revenus de l'État. À défaut d'intervenir, ce sont les autres missions essentielles de l'État qui vont en souffrir. Le déficit démographique et le vieillissement de la population sont des facteurs qui accroissent encore les pressions sur notre capacité financière à soutenir le rythme d'augmentation des dépenses liées à la santé. Il faut, comme nous l'avons fait pour l'accès aux soins, regarder ce problème en face. »⁴⁹

La thèse que la situation économique du Québec est en mauvaise posture constituerait l'une des raisons qui oblige à revoir les dépenses dédiées aux programmes et services sociaux, en particulier ceux de la santé. À cette thèse, on relève que les deux principaux arguments qui justifient certaines mesures seraient le déficit démographique et le vieillissement de la population. Si nous ne nions pas qu'il faille gérer de façon efficace et transparente les dépenses relatives au secteur de la santé et des services sociaux - voire même freiner certains coûts -, nous ne pouvons souscrire à l'argument que le Québec ne serait pas compétitif et qu'il serait pauvre.

En effet, comme nous l'avons mentionné plus haut, plusieurs spécialistes des finances publiques questionnent ces affirmations en soulignant la performance économique du Québec depuis les années 1980.⁵⁰ Ainsi si l'on se fie à certaines études faites par l'Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada, revenu Québec et du Bureau of Economic Analysis des États-Unis, le portrait économique du Québec devient intéressant et même compétitif à certains égards. Des indices permettent de chiffrer cette performance :

- ⇒ Le produit intérieur brut (PIB) du Québec a augmenté depuis 1997 et rivalise aujourd'hui avec l'Ontario.
- ⇒ Le taux d'emploi dépasse les 60 %, soit le niveau le plus élevé depuis 1984. Le taux de chômage est à 8,3 %, soit le plus bas depuis les 30 dernières années.
- ⇒ En 2005, l'ensemble des investissements des secteurs publics et privés étaient de 50 milliards de dollars, investissements pour lesquels on prévoit une augmentation de 3 % en 2006.

⇒ L'activité économique est en progression, les exportations ont augmenté de 4 % en 2005, ce qui fait qu'elles sont passées d'une proportion de 45 % du PIB en 1988 à 53 % aujourd'hui.

En plus de ces indices qui témoignent de la vitalité de l'économie québécoise, le Québec se démarque par le confort qu'il procure à certains acteurs de l'activité économique. En effet, le traitement fiscal concédé au secteur de la recherche et développement avantage les entreprises dans ce domaine puisqu'il est plus bas que partout ailleurs (Canada et dans les autres pays). Par ailleurs, en ce qui concerne les coûts d'installation des entreprises (fiscalité, main-d'œuvre et coût d'implantation), le Québec remporte la palme au Canada révélant que l'impôt sur les sociétés est l'un des plus bas en Amérique du Nord. Qui plus est, Montréal s'illustre par un coût de vie des plus bas comparé à Toronto, Paris, Londres et Tokyo, particulièrement en ce qui concerne les tarifs de l'électricité accordés aux entreprises.⁵¹ Le Québec est moins performant en ce qui concerne la productivité. Cela étant dit, cet aspect ne suffit pas à brosser un tableau noir de l'économie québécoise et ne permet pas de nier les succès économiques. Ce constat permet encore moins de remettre en question l'investissement public (via des deniers publics et dans des infrastructures publiques) qui doit être fait dans les services sociaux. Le Québec dispose de moyens économiques pour financer ses services publics.

Les arguments utilisés dans le Rapport Ménard pour justifier une réforme en santé, à la fois organisationnelle et financière, participent davantage de la volonté d'introduire le secteur privé dans le système de santé public que de vouloir améliorer les services aux citoyens avec pour objectif l'équité.

- **Déclin de la natalité et vieillissement accéléré de la population?**

Le vieillissement de la population est souvent évoqué comme corollaire de l'augmentation des coûts du système de santé. Corollaire qui contribue à alimenter le fatalisme de la faillite des finances publiques mais aussi la croissance des dépenses de santé et, par le fait même, justifie l'introduction d'une tarification et de services privés pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie. À cet égard, certains spécialistes ne

font pas la même lecture du vieillissement de la population que celle que nous retrouvons dans le Rapport Ménard.

Tout d'abord, il faut interpréter avec prudence les scénarios démographiques puisqu'ils reposent sur des projections pour trois grandes catégories d'événements, soit les naissances, les décès et les mouvements migratoires. Et qui dit projections, dit nécessairement multiples hypothèses. En réalité, même le ministère des Finances du Québec joue de prudence: «Les projections [...] ne constituent en aucun cas un portrait de l'avenir»; «bien que le scénario démographique retenu soit considéré comme le plus probable [...] l'ensemble demeure largement tributaire de la validité des nombreuses hypothèses sur lesquelles il repose. »⁵²

Il ne faudrait surtout pas perdre de vue que le vieillissement démographique, tout comme la dépendance, ne sont pas directement observables. Ce sont des concepts construits à l'aide d'indicateurs. Les tendances récentes en matière de développement des indicateurs ont eu pour effet de gonfler artificiellement les pourcentages d'augmentation des taux liés au vieillissement. Ainsi le taux de dépendance des personnes âgées est utilisé plutôt que le taux de dépendance démographique qui tient compte de l'ensemble des personnes dépendantes (jeunes et personnes âgées). Les données européennes (moyenne des 15 pays de l'Union européenne) démontrent un taux de vieillissement de la population quatre fois supérieur lorsque cet indicateur est utilisé. Dans le cas présent, nous pouvons même affirmer qu'il soutient les objectifs et la thèse fataliste du Rapport Ménard.

Par ailleurs, le vieillissement de la population québécoise n'est pas un phénomène particulier et nouveau. En fait, il s'avère que le vieillissement projeté sur les vingt prochaines années n'augmentera pas d'une manière différente de celui que l'on connaît depuis les années 1970.⁵³ Durant cette période, l'État a continué à prendre en charge les dépenses publiques en matière de santé qui n'ont fait qu'osciller autour de 10 % du PIB. Quand elles ont augmenté, ces dépenses étaient dues à la hausse du coût de la consommation des médicaments et à l'utilisation grandissante des technologies, consommées par l'ensemble de la population plutôt que par les personnes les plus âgées. D'autre part, sur une période s'étalant jusqu'à 2030, le vieillissement de la population ne semble pas si dramatique en ce qui concerne la contribution des

personnes actives sur le marché du travail puisque l'on comptera 1,3 travailleurs par personne dépendante, alors qu'on en comptait seulement 1,2 en 1971.⁵⁴

Certes, la population québécoise vieillit. Toutefois, son vieillissement se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE. Le vieillissement de la population, conjugué à la faillite des finances publiques deviennent des arguments pour justifier la rationalisation des dépenses publiques, notamment celles liées à la santé, et leur privatisation croissante. En fait, la caractéristique et la complexité du scénario démographique (natalité, migration, et décès) oblige les décideurs à ne pas seulement accuser le coup du vieillissement de la population mais aussi à mettre en place des politiques natalistes, familiales et migratoires. Curieusement, le Rapport Ménard propose un ensemble de solutions allant de l'organisation des services, au redressement de l'économie par le remboursement de la dette, en passant par de multiples possibilités de financement (impôts des particuliers, taxes à la consommation, ventes d'actifs, etc.) et la création d'un régime contre la perte d'autonomie; et ne propose aucune piste de solution en ce qui concerne la démographie. D'autre part, le phénomène du vieillissement de la population touchera l'ensemble de la société et affectera de manière identique les services publics et le secteur privé, qui devra lui aussi composer avec une pénurie de main-d'œuvre. Cet aspect de la question n'est évidemment pas abordé dans le Rapport Ménard dont les solutions semblent, comme par miracle, échapper à cette réalité sociale.

◆ **UN COMPTE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX**

• **La proposition du Rapport Ménard**

Selon le Rapport Ménard, l'objectif de la mise en place d'un compte de santé et de services sociaux vise essentiellement à mettre en lumière « la vérité des coûts ». Aucun ajout de ressources n'est prévu pour alimenter ce compte, il s'agirait plutôt de « sensibiliser la population aux pressions qui s'exercent sur le système. »

Il est regrettable que le document de consultation apporte si peu de précisions quant aux différents objectifs poursuivis par la mise en place d'un tel compte. D'une part, il s'agit en réalité de créer un outil de mesure qui permettrait d'afficher les dépenses en santé et services sociaux et les mettre en parallèle aux sources de financement,

notamment en ce qui concerne les contributions provinciales et fédérales. D'autre part, si nous nous fions au Rapport Ménard, cet outil pourrait permettre d'aligner les dépenses de santé sur la croissance du PIB, comme cela a été fait au Nouveau-Brunswick par le biais d'une loi.⁵⁵ Cette reddition des comptes s'actualiserait dans le cadre d'une commission parlementaire annuelle durant laquelle serait examinée la performance globale du système de santé et de services sociaux.⁵⁶

Nous avons un certain nombre de réserves dans la mesure ou la caisse santé, telle qu'elle est envisagée, ne refléterait pas la « vérité des coûts ».

- **Voir tous les chiffres?**

En effet, comme le rapporte Robert G. Evans, le financement global des soins de santé provient de différentes sources : la fiscalité générale, l'assurance sociale, les déboursés directs et l'assurance privée. Par contre, le financement, dont on parle dans les documents *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* et le Rapport Ménard, semble référer au financement du réseau à proprement dit (établissements, services médicaux, programmes particuliers, dette et autres) et faire états des sources de revenus les plus visibles comme ceux provenant de la fiscalité essentiellement.

La répartition et la proportion de ces différentes sources de financement (fiscalité, assurances sociales, déboursés directs et assurance privée) a non seulement une influence sur l'organisation et la prestation des services mais aussi sur le niveau de santé de la population.

On peut ainsi affirmer que l'introduction de la prise en charge de la maladie par l'État, de la création des régimes d'assurance hospitalisation (1961) et d'assurance maladie (1970), a permis de transférer une partie des risques financiers liés à la maladie vers la collectivité (risques qui représentaient la plus grande cause d'endettement pour les citoyens) et a aussi contribué à améliorer le niveau de santé de la population. Relativement à ce constat, l'OMS dans un rapport sur l'évaluation des systèmes de santé dans le monde souligne:

« L'une des principales mesures recommandées aux pays [...] est la couverture d'un pourcentage maximum de la population par l'assurance-maladie. L'OMS estime préférable, dans la mesure du possible, le prépaiement des soins de santé, que ce soit sous la forme d'impôts ou de cotisations à un régime d'assurance ou à la sécurité sociale. »⁵⁷

C'est sans doute parce que la prise en charge collective des besoins de santé d'une population est admise par tous que l'on s'y attache principalement lorsqu'il s'agit de la performance du système et la reddition des comptes. Ce même constat souligne a contrario que le paiement direct ou privé ne permet pas de répondre efficacement aux besoins de santé de la population, raison pour laquelle - peut-être - ils n'apparaissent pas dans les dépenses totales des comptes nationaux.

Cette absence des dépenses privées dans la prise en compte des dépenses totales en santé pourrait être également attribuable au fait qu'elles ne relèvent pas de l'État mais aussi qu'elles participent d'intérêts divergents. Selon nous, ces différentes sources de financement devraient être étudiées parce qu'elles mettent en lumière des mécanismes et des intérêts qui entrent en conflit. En effet, même si l'on considère à première vue les prestations de services publics et privées sur le même plan, on néglige bien souvent la finalité visée par les deux types de prestations. Comparant la pratique médicale privée et publique, Robert G. Evans parle d'une confusion « sérieuse et potentiellement dangereuse » car « même si les deux sont hautement intéressés par les recettes nettes tirées de leurs activités, seule la seconde a des comptes à rendre à des actionnaires anonymes, pour qui la valeur des actions est directement liée au taux de croissance des gains ». Or, les « marchés de capitaux n'accordent aucune latitude aux sociétés dont les titres transigent sur la place publique ». Réalité qui génère un « conflit fondamental entre les objectifs publics et les impératifs privés » ayant un impact sur l'organisation des services et sur la santé de la population. Par conséquent, il serait « utile non seulement de décrire ces mécanismes mais aussi de les situer dans une structure comptable logique cohérente qui permet de retracer les flux financiers au sein du système de santé. »⁵⁸

Partant de ce constat, un compte santé devrait refléter les dépenses publiques mais également les dépenses privées puisque l'on sait que celles-ci occupent une place

grandissante dans le budget des citoyens, passant depuis les années 1980 au Québec, de 18,5 % à 28,7 %. Comme le rapporte l'Institut canadien d'information sur la santé, on constatait qu'en 2002, les Canadiens ont payé directement 17 milliards de dollars pour recevoir divers services de santé, une hausse substantielle de 4 milliards par rapport à 1998 :

- ⇒ 3,6 milliards de dollars pour des médicaments en vente libre et les articles personnels (produits d'hygiène buccale, bandelettes d'analyse pour diabétiques et les fournitures médicales, comme les produits d'incontinence, par exemple);
- ⇒ 3,4 milliards de dollars pour les soins dentaires;
- ⇒ 2,9 milliards de dollars pour les médicaments d'ordonnance;
- ⇒ 3 milliards de dollars pour les centres de soins infirmiers et d'autres établissements;
- ⇒ 2 milliards de dollars pour les soins des yeux.⁵⁹

Ce financement privé des soins de santé représente donc une proportion de 30 % du financement total des soins de santé contre 70 % de financement public. Nous sommes persuadés que cette proportion de 70/30 est peu connue de la population et que de telles données auraient un impact sur les décideurs et les politiques en matière de santé. Ces chiffres devraient donc apparaître dans un éventuel compte santé si l'objectif visé est de montrer à la population « la vérité des coûts ».

Par ailleurs, puisque la position du secteur privé est désormais officiellement reconnue par la garantie d'accès proposée dans le livre blanc, les dépenses et les revenus engendrés par cette participation accrue du privé devraient apparaître également dans ce compte. À cela, il faudrait également ajouter les frais engendrés par l'achat d'assurances privées, ainsi que les investissements et les profits faits par l'industrie pharmaceutique et par l'industrie des technologies. Par ailleurs, certains organismes parapublics, comme Héma-Québec par exemple, sont directement liés au système de santé et de services sociaux, mais on ne dispose que de leur impact financier au chapitre des dépenses pour les achats de services ou produits reçus. On sait pourtant qu'Héma-Québec génèrent des profits mais dépend aussi du Ministère des finances

pour son financement, notamment du fond consolidé du revenu.⁶⁰ Un compte santé devrait permettre de mettre en lumière de telles contributions, investissement ou dépenses. La totalité des dépenses et des coûts ainsi visibles permettrait au gouvernement et aux citoyens de constater où se situent les réels gains d'efficacité et de comprendre comment circulent les deniers public et s'ils sont réinjectés dans le secteur public, et en définitive investis dans l'intérêt des citoyens.

- **Croissance économique et besoins de santé : une équation ?**

L'étalon privilégié par le Rapport Ménard (PIB) pour limiter les dépenses du système de santé et de services sociaux est, selon nous, fort discutable parce qu'il établit un corollaire entre besoins de santé de la population et la croissance de l'économie. Corollaire qu'il faudrait démontrer. Par ailleurs, cet indicateur économique, essentiellement monétaire, ne tient pas compte de l'ensemble des richesses produites. Dans la perspective où le Rapport Ménard s'appuie sur le travail bénévole et la participation des aidantes naturelles pour augmenter l'efficacité du système, on comprend mal le fait que cette donnée non marchande, ne soit pas comptabilisée. À moins que ce ne soit parce que le travail invisible ne fasse baisser le PIB? Par contre, il est à noter que l'on commence à comptabiliser le travail bénévole dans l'activité économique⁶¹, mais cette contribution à la richesse n'est pas encore chiffrée dans les comptes :

« La contribution des bénévoles au système de santé est immense. Les bénévoles organisés, cibles de la plupart des études, fournissent environ 93 millions d'heures par année, une quantité impressionnante mais non extraordinaire par rapport au 1,7 milliard d'heures rémunérées dans le secteur. Toutefois, les 2,3 milliards d'heures de bénévolat non organisé dans le domaine de la santé représentent une ressource encore plus importante que la main-d'œuvre rémunérée. L'estimation de la valeur de ce temps est très difficile et est fonction de la méthode adoptée. Les estimations varient entre 15 et 45 milliards de dollars, mais la plus réaliste se situerait probablement entre 20 et 30 milliards de dollars. Cela sous-entend que les bénévoles de la santé représentent une ressource

extrêmement précieuse jamais envisagée dans l'examen des coûts purement monétaires du système de santé. »⁶²

Certains prônent donc un PIB élargit en attribuant un prix à des activités dont la valeur n'est pas marchande, ce qui n'est pas le cas du Rapport Ménard qui les comptabilise seulement dans les gains accomplis. Nous sommes plutôt d'avis qu'il ne faut pas « tableur » sur le travail bénévole et domestique pour augmenter l'efficacité et diminuer les coûts du système de santé comme le propose le Rapport Ménard.⁶³ Par contre, il est aberrant que ce travail « invisible » soit comptabilisé au même titre que le travail rémunéré dans le calcul de l'efficacité et de la diminution des coûts. Par conséquent, force est de constater que, dans la logique du Rapport Ménard, le PIB est un indicateur mal adapté à l'évaluation du progrès de la santé et des services sociaux. Certains économistes proposent d'ailleurs des indicateurs alternatifs qui tiennent compte de facteurs sociaux et environnementaux, comme l'espérance de vie, le niveau d'instruction, le niveau de participation des femmes à la vie économique et politique, et le niveau de pauvreté, par exemple.⁶⁴ Dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire un compte santé, de tels indicateurs utilisés comme étalon pour refléter l'activité économique d'un pays donnerait un portrait plus juste de la performance du système de santé mais aussi de la participation des « aidantes naturelles » et des bénévoles sollicités par le Rapport Ménard.

En outre, les mêmes économistes soulèvent le fait qu'il n'est pas souhaitable de créer un compte satellite pour la santé car celui-ci exige une interprétation globale et interpelle d'autres ministères et instances. En effet, ces comptes sont efficaces dans des domaines exclusivement financiers comme le tourisme, par exemple. De plus, ces comptes ont « un impact médiatique et politique faible » qui questionne l'objectif de transparence proposé par le Rapport Ménard.⁶⁵

Selon nous, le compte santé fait suite à l'institution d'un Commissaire à la santé afin de lui « fournir les éclairages nécessaires à la prise de décisions » relative à l'appréciation de « la performance globale du système de santé et de services sociaux. »⁶⁶ En 2004, nous soumettions des réserves quant au rôle dévolu au nouveau Commissaire « axé sur l'atteinte de la performance » risquant « 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.⁶⁷ Ces réserves sont confirmées par le fait que le compte santé, tel qu'il est envisagé dans le Rapport Ménard, ne constituera pas un outil réellement représentatif du financement global du système de santé et de services sociaux.

Pour obtenir un portrait réel et précis de l'activité gouvernementale dans le domaine de la santé et ainsi de l'utilisation des deniers publics, il devrait tenir compte des dimensions comptables, économiques, sociales et politiques. Il faudrait aussi que ce compte nous permette de répondre aux questions suggérées par Robert G. Evans⁶⁸ : Qui paie ? Qui reçoit ? Qui est rémunéré ? Ce qui n'est pas le cas avec le modèle qui nous est proposé.

◆ **Instauration d'un régime contre la perte d'autonomie**

• **La proposition du Rapport Ménard**

La proposition du Rapport Ménard consiste à constituer un régime distinct de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation. Ce régime comprendrait la totalité des crédits budgétaires consacrés par le gouvernement aux services liés à la perte d'autonomie couverts. À cela s'ajouteraient des cotisations obligatoires de tous les contribuables et des revenus d'intérêts accumulés. Ces montants seraient partiellement capitalisés. La création de ce régime vise trois objectifs :

- ⇒ « Renforcer l'autonomie résiduelle de la personne [...] plutôt que de laisser agir l'accélération de la dépendance résultant de la perte d'autonomie ». Répondre ainsi uniquement aux besoins évalués selon certains seuils plutôt qu'à la totalité des besoins. L'objectif étant de couvrir exclusivement l'incapacité permanente. L'achat de services se ferait par le biais de prestations « soit en nature, soit en espèce » afin de préserver la liberté de choix quant aux fournisseurs de services (incluant les aidantes naturelles).
- ⇒ Constituer une réserve financière pour laquelle sont proposés deux scénarios de mode de financement (cotisations fixées pour constituer une réserve

capitalisée égale à quatre fois les dépenses courantes de l'année 2050-51 ou « Tax as you go »).

⇒ Introduire un nouveau cadre de gestion qui agirait à titre de tiers payeurs pour « modifier les modes actuels d'organisation et de prestation de services en fonction du principe de l'argent suit le client. »⁶⁹

- **Des postulats douteux**

Le Rapport Ménard fonde la justification d'un régime contre la perte d'autonomie sur les postulats d'un vieillissement catastrophique de la population et de son impact sur la performance économique du Québec. Par ailleurs, il s'appuie sur les valeurs d'équité et de solidarité. Comme nous l'avons vu plus haut, non seulement ces postulats sont, pour la plupart, basés sur des projections dont la méthodologie apparaît douteuse puisque l'on choisit dans tous les cas de figure le pire des cas, mais aussi, ils servent davantage la rhétorique d'un discours qui veut nous amener à « acheter » les conclusions du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux. En effet, les différentes prédictions ont force de loi, comme soumises à une main invisible, elles seraient immuables, hermétiques à toute politique et à toute évolution différente de celle prévue par le Rapport Ménard. Pourtant, même l'OCDE fait preuve de plus de nuance en ce qui concerne l'avenir des finances publiques :

« Les pressions démographiques presseront aussi sur les finances publiques, bien que les impôts reportés sur les pensions servies par les régimes privés les neutraliseront partiellement et bien que les régimes de pensions du Canada et du Québec semblent soutenables, ce qui n'est pas le cas dans la plupart des autres pays de l'OCDE. »⁷⁰

Par ailleurs, nous l'avons soulevé plus haut, aucune politique nataliste, migratoire ou familiale ne pourrait infléchir le cours de l'Histoire en ce qui concerne le vieillissement de la population. Il semblerait que ces prédictions s'appuient sur le modèle de la théorie de la transition démographique, dont l'hypothèse est que toutes les populations vont évoluer de la même façon vers un taux de natalité et de mortalité faibles. Les critiques de ce modèle font valoir qu'il néglige les mouvements migratoires, ne tient pas compte des structures par âge, ne considérant que la natalité et la mortalité, et des différences

de cultures. Ainsi, « l'interprétation de la transition démographique est éminemment politique et idéologique: pour certains, elle nie la diversité des peuples et des cultures et prétend rendre compte de l'une de leur dimension plus profonde et complexe - la reproduction - à l'aide d'un schéma de pensée unique. »⁷¹

- **La perte d'autonomie mal définie ou pas définie**

La notion de perte d'autonomie n'est pas définie dans le Rapport Ménard. Et il semble y avoir une confusion entre l'âge, le taux de dépendance en comparaison des personnes actives sur le marché de l'emploi, et le niveau d'incapacité. Tous les chiffres sont mis sur le même plan, toujours dans une perspective fataliste. Nulle part, on ne retrouve de distinction en ce qui concerne ces différents paramètres et la façon dont on peut les aborder. Ainsi ni l'âge, ni la dépendance économique ne sont synonymes de maladie. Le Rapport Ménard affirme: « les groupes d'âge appelés à croître le plus rapidement sont ceux pour lesquels l'utilisation de services sociaux et de santé est la plus élevée »; mais ne précise nullement quelle est la proportion des ces personnes par groupes d'âge. C'est un peu comme si être âgé, ne plus travailler conduisait forcément à une perte d'autonomie, dans tous les cas de figure. C'est essentiellement sur la base de cette affirmation, que l'on justifie le régime contre la perte d'autonomie. Or, une étude de l'OCDE soulève d'une part, que le degré d'incapacité augmente effectivement avec l'âge mais souligne d'autre part, que l'allongement de la durée de vie entraîne un « recul de l'âge auquel démarre la dégradation de l'état de santé ou de l'apparition de l'incapacité »⁷². Il nous semble plutôt qu'il y a une confusion entre les soins de longue durée et la perte d'autonomie. Ces nuances devraient être faites et appellent à recentrer la problématique autour de données plus précises. Pour ce faire, il serait pertinent d'intégrer au débat du financement d'un tel régime, des spécialistes en la question plutôt que des personnes dont l'expertise est exclusivement propre au milieu des finances.

- **Logique de financement ou logique de services?**

La proposition du gouvernement repose sur une logique de financement associée à une logique de services. Partant du principe que les personnes en perte d'autonomie désirent et doivent demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie, et d'une distinction entre la prestation de soins « généraux » et la prestation de services liés à la

perte d'autonomie, un mécanisme de financement, vu comme un avantage du système par M. Ménard, permettrait que « le système paye pour les services véritablement requis et non pour un éventail complet de services. »⁷³ Il est important de comprendre en quoi la logique de financement pourrait servir l'organisation des services, et le cas échéant, vérifier si cette proposition servira les personnes en perte d'autonomie.

Nous savons que la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., chapitre A-8.1), visait entre autres à « mettre en place sur son territoire une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de la santé et des services sociaux » (art.22) Rappelons également que la loi prévoyait qu'un RLSSS, constitué d'une instance locale (issue de la fusion d'un CLSC, d'un CHSLD et d'un centre hospitalier, maintenant CSSS), doit coordonner, au moyen d'ententes de services, les services des pharmaciens, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, des ressources privées, mais aussi ceux spécialisés et surspécialisés des hôpitaux universitaires. Toute cette transformation du système de santé et de services sociaux s'appuie sur la responsabilité populationnelle.

Si ces changements sont généralement présentés dans une perspective clinique d'organisation des services et d'un continuum de services, il faut également rappeler qu'ils poursuivent des objectifs de rationalisation et de gestion. D'une part, on a réduit de 42 % le nombre d'établissements publics ainsi que les équipes de direction et d'autre part, l'instauration d'ententes de services entre les CSSS et les autres acteurs, qui sont ni plus ni moins que des contrats commerciaux, permet désormais de distinguer les rôles d'acheteurs et de fournisseurs.

- **Sélection des services, sélections des coûts, qui paye?**

Ainsi sur la base d'un « distinguo » assez subtil entre perte d'autonomie et soins généraux, les soins reliés à la perte d'autonomie seraient aisément dissociables de l'ensemble des soins, ceci permettrait de dresser une liste de soins assurables et non assurables via le régime contre la perte d'autonomie. Cette distinction comptable ne passe pas l'épreuve du diagnostic clinique et d'une prise en charge globale.

Prenons, par exemple, le cas d'une personne qui souffre d'insuffisance cardiaque, qui ne peut plus se débrouiller seule mais qui désire rester chez elle malgré des épisodes de court séjour à l'hôpital lors des périodes de décompensation. Donc, cette personne a une incapacité liée à une pathologie et réclame des soins spécialisés. Comment établira-t-on la limite entre les soins spécialisés de cardiologie et les soins liés à la perte d'autonomie? Et même si la frontière est clairement définie, cette segmentation théorique et comptable du panier de services risque de créer des rivalités – voire une concurrence entre les fournisseurs de services, soins de longue durée, services liés à la perte d'autonomie et hôpitaux de court séjour. Au moment de payer la facture et de calculer l'efficacité du système, qui paiera? Le régime général ou le régime contre la perte d'autonomie? Dans un contexte de rationalisation des dépenses mais aussi d'augmentation de l'efficacité, les personnes en perte d'autonomie pourraient être confrontées à ces objectifs budgétaires, soit initiés par les prestataires de soins, soit par le gouvernement lui-même au détriment de l'état de santé des patients.

Enfin, il est prévisible qu'un tel système augmente les frais privés entourant la perte d'autonomie. Depuis la fin des années 1970, on assiste au rétrécissement des services de santé financés par l'État. Les soins de physiothérapie et les soins dentaires ont d'abord été exclus du panier de services. Ensuite, dans les années 1990, les soins des yeux et les soins dentaires aux enfants étaient désormais à la charge des québécois et des québécoises. Maintenant les soins, entourant la perte d'autonomie pourraient être désassurés par le fait même.

- **Sélection des services, sélections des coûts, qui assume?**

Par ailleurs, le transfert évident de la gestion de la perte d'autonomie par le biais de prestations en chèques (achats de services) aux individus, sur la base d'une sélection des services requis et assurables, tel qu'il est proposé, semble témoigner d'une méconnaissance flagrante de la perte d'autonomie. En effet, la perte d'autonomie représente une épreuve de vie difficile à assumer à la fois pour les personnes concernées, pour les familles ou les proches. Il ne s'agit aucunement d'un choix de vie et encore moins d'un choix de consommation. Thèse que le Rapport Ménard met de l'avant. Comme le témoigne Ethel Roskies, aidante naturelle qui a dû prendre en charge

son mari, atteint d'Alzheimer, « la responsabilité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 est humainement impossible à assumer [...]. Pour mon mari, j'étais prête à dépenser jusqu'à mon dernier sou pour des soins de qualité⁷⁴. » Dans un autre cas, certaines personnes plus démunies seront confrontées à des choix économiques et devront choisir entre les soins et d'autres frais encourus par la perte d'autonomie. Ces deux cas de figure mettent en lumière la grande vulnérabilité des personnes touchées par la perte d'autonomie. Les mécanismes de gestion ne doivent pas engendrer de telles situations. En fait, la gestion de cas qui comprend à la fois l'aspect clinique et budgétaire, devrait être entièrement prise en charge par des professionnels. Décider de rester chez soi ne signifie pas que l'on doive assumer les services normalement fournis par des professionnels.

À cet égard, il est dommage que le Rapport Ménard ne fasse pas état de certains projets pilotes, notamment le projet de soins intégrés aux personnes âgées (SIPA), qui permet de se faire une idée sur l'efficacité de l'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie. Ce projet a permis de démontrer qu'une prise en charge des personnes âgées fragiles était possible en diminuant « l'utilisation et les coûts des services hospitaliers et d'hébergements, sans augmentation des coûts globaux des services sociaux de santé, sans diminution de la qualité des soins et sans alourdissement du fardeau des personnes âgées et de leurs proches. »⁷⁵

- **Apprendre des autres**

Les expériences étrangères en terme de prise en charge de la perte d'autonomie et de soins de longue durée sont variées et multiples. À cet égard, comme le rapporte une étude de l'OCDE, un certain nombre de pays, comme l'Allemagne, l'Autriche, le Japon, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-bas et la Suède, ont choisi un type de couverture qui offre une prise en charge universelle sans conditions de ressources. D'autres pays, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, et le Royaume-Uni, ont choisi de prendre en charge les soins de longue durée avec un financement qui dépend totalement ou partiellement sur la base du revenu ou du patrimoine des utilisateurs.⁷⁶

Le Rapport Ménard ne fait aucunement état de ces expériences étrangères, de leurs avantages et inconvénients, de leur impact sur la qualité des soins et les finances

personnelles des utilisateurs. Pourquoi? Cette démarche apparaît pour le moins douteuse dans un contexte où l'on convoque « un vaste débat public ». Cet oubli est préoccupant car il s'agit non seulement d'assurer l'avenir des soins de santé mais aussi de ne pas créer de fracture sociale en déléstant des charges de services et de financement à la classe moyenne :

« Le problème de la viabilité se pose pour les dépenses privées au même titre que pour les dépenses publiques. Ce qui peut apparaître, aux pouvoirs publics, une contribution insupportable dans l'avenir pourrait épuiser les ressources des familles à revenu moyen si des coûts analogues devaient être supportés à titre privé. »⁷⁷

Cet aspect est d'autant plus préoccupant puisque l'on sait que l'une des difficultés des réformes est relative à la capacité d'en assumer les investissements : le virage ambulatoire en est un exemple criant. Par ailleurs, si l'on se fie à la tendance actuelle prônée par le Fond monétaire international (FMI) qui exhorte les gouvernements à « se concentrer sur des programmes de réformes structurelles axés sur une baisse régulière et soutenue des engagements de dépenses liés au vieillissement de la population »⁷⁸, il y a fort à parier que l'on aura les effets semblables en ce qui concerne un régime contre la perte d'autonomie.

Cette proposition si peu étayée laisse la triste impression que l'objectif visé est davantage un désengagement de l'État à l'égard des personnes en perte d'autonomie mais aussi qu'il s'agit de « profiter » des économies des « Baby Boomer » qui représentent une masse de capitaux non négligeable pour les institutions financières. Si certains milieux financiers appréhendent un marché potentiel des cotisations d'épargne individuelles⁷⁹ et de services d'hébergement ou de soins à domicile, d'autres voient dans de telles orientations le danger d'une fracture sociale. Il importe donc, encore une fois, de nuancer certaines affirmations afin de vérifier si les solutions qui sont préconisées sont justes et équitables.

N'assisterait-on pas tranquillement mais sûrement à la désinstitutionnalisation de la perte d'autonomie mais aussi à la segmentation d'un secteur d'activité, s'adressant aux personnes vieillissantes? Pourrait-on parler alors de « ghettoïsation » de la vieillesse?

Risque-t-on également d'assister à l'émergence de plusieurs classes de prise en charge : riche, moyenne et pauvre?

◆ CONCLUSION

Nous avons soulevé de nombreuses réserves quant aux propositions relatives aux enjeux de financement du système de santé et de services sociaux. En effet, l'exagération qui est faite à propos de la faillite des finances publiques et du vieillissement de la population est de mauvais augure pour la suite du débat. Le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux a mené, par ailleurs, ce débat quasiment à huis clos. Les constats du rapport semblent avoir été approuvés de facto par le gouvernement et semblent échapper à toute consultation. Cela nous oblige à questionner l'objectif d'une telle démarche. S'agit-il d'un « vaste débat public » comme on l'avait promis?

De plus, le document qui nous est soumis ne fait état que d'une vision partielle du travail et des conclusions du rapport Ménard, les recommandations soumises sont pour ainsi dire détachées du raisonnement dont elles sont issues, et ne contiennent que bien peu d'informations sur la façon dont elles pourraient être mises en œuvre. Partant de là, il est bien difficile de considérer ces propositions en soi et de les accepter telles qu'elles sont présentées. Nous l'avons vu, il manque un nombre considérable d'informations, certaines définitions ne sont pas claires. Doit-on signer un chèque en blanc en acceptant ces propositions?

En outre, alors que le mécanisme de garantie d'accès proposé dans la première partie du document s'appuie sur une affirmation presque solennelle du caractère public des services et des principes d'universalité et d'équité, à l'intérieur duquel le secteur privé ne jouerait soi-disant qu'un rôle de « soupape », le rapport Ménard s'inscrit dans une perspective qui propose à la fois un financement public et un « recours accru au secteur privé », redéfinissant par là le principe de gestion publique de la Loi canadienne sur la santé, telle que proposée par le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie en 2001. Le secteur privé pourrait contribuer - nous dit-on - « à revitaliser certains services en mettant à contribution la grande capacité d'innovation, la rapidité de réaction et l'efficacité qui lui sont reconnues ». La question du financement, telle que présentée dans le document de consultation, jette une ombre sur la garantie d'accès, sur le maintien du caractère public et universel du réseau de la santé et des services sociaux. Elle jette une ombre également sur le maintien du principe d'intégralité

qui pourrait bien être substitué au profit d'une nouvelle valeur québécoise que constituerait l'assurabilité. Elle nous oblige à lire ces propositions dans une perspective différente.

Il semble donc émaner du document proposé une contradiction entre la réaffirmation du financement et de prestation des services publics en matière de santé et de services sociaux et une participation accrue du privé, non seulement dans le domaine de la perte d'autonomie mais encore dans tous les secteurs où est introduite la garantie d'accès. Contradiction que le gouvernement se doit d'élucider dans le cadre de cette consultation parlementaire.

La nécessité d'un vaste débat public entourant la prise en charge par l'État des personnes vieillissantes nous apparaît néanmoins incontournable. Il devra être fondé sur des prémisses nuancées, basé sur des données probantes et en présence des acteurs et experts concernés. Débat que le ministre de la santé et des services sociaux se doit d'organiser. Une deuxième nécessité se profile également, soit celle de trouver des solutions aux listes d'attente à l'intérieur du système public lui-même et d'achever les récentes réformes qui ont été entreprises pour offrir des services qui correspondent aux besoins de la population dans le cadre d'un système public, l'esprit du jugement Chaoulli réclamant la protection du système public de santé et de services sociaux.

NOTES

-
- ¹ Marie-Claude Prémont, « Il ne faut pas faire dire au jugement le contraire de ce qu'il dit! Le concept d'un des plus importants programmes sociaux du Québec relève d'une décision d'abord politique », Réseau de recherche en santé des populations, Cahier spécial, *Le Devoir*, 18 et 19 février 2006, p. G-3.
- ² Marie-Claude Prémont, *La décision Chaoulli et l'assurance santé au Québec*, Faculté de droit, Université McGill, 15 février 2006, p. 14.
- ³ *Ibid.*, p. 17.
- ⁴ *Ibid.*, p. 15.
- ⁵ Trois conditions sont nécessaires pour que la garantie d'accès s'applique : le patient doit avoir consulté un médecin généraliste participant; il doit avoir consulté un médecin spécialiste participant; il doit être inscrit sur la liste d'attente, p. 47. De plus, après trois refus, le patient perd sa garantie.
- ⁶ Au Danemark : « Depuis 1997, le ministère de la Santé affiche sur Internet les périodes d'attente prévues à différents hôpitaux au regard de 24 types de diagnostic. Cette mesure vise à élargir le choix des patients parmi les hôpitaux du pays. [...] Le gouvernement a aussi déclaré que les patients [...], à compter du 1^{er} juillet, [pourront] choisir de se faire soigner dans un hôpital privé ou dans un autre pays, sans frais additionnels. Comme en Suède, les Danois voient cette mesure comme un élargissement du choix du patient plutôt que comme une véritable « garantie de soins de santé ». Dans le témoignage qu'il a livré au Comité par conférence téléphonique, M. John Erik Peterson, chef du ministère de la Santé et de l'Intérieur, gouvernement du Danemark, a fourni l'explication suivante : « Il y a une dizaine d'années, nous avons lancé le concept du libre choix des hôpitaux, parmi les hôpitaux publics. Toutefois, il n'y a toujours pas de liberté de choix à l'égard des quelques hôpitaux privés au Danemark ni à l'égard des hôpitaux à l'étranger. Au 1^{er} juillet, cependant, nous élargissons ce concept de liberté de choix pour inclure les hôpitaux privés et les hôpitaux d'autres pays. [...] C'est là qu'intervient cette notion de garantie. Il ne s'agit pas vraiment d'une garantie, mais disons qu'après un délai d'attente de deux mois, le libre choix est élargi. Nous avons également une garantie de soins [cancer ou maladies cardiovasculaires très graves où la vie du malade est en danger [...] Et c'est une garantie en ce sens que les conseils et les hôpitaux sont tenus de trouver les soins requis pour le malade dans le délai fixé, qui est inférieur au délai de deux mois. Ils ont donc l'obligation de lui trouver les soins dont il a besoin, ce qui n'est pas le cas pour le libre choix élargi. Dans ce dernier cas, vous pouvez choisir librement de vous faire soigner dans un hôpital privé ou un hôpital à l'étranger si vous attendez plus de deux mois, mais rien ne garantit que l'hôpital privé que vous choisirez pourra vous soigner. [...] En ce qui concerne le délai de deux mois, nous ne prévoyons pas que les périodes d'attente de plus de deux mois vont disparaître au Danemark. Nous savons déjà que depuis l'introduction du concept de la liberté de choix parmi les hôpitaux publics, les patients décident souvent d'attendre plus longtemps pour être traités à leur hôpital local [...] Par conséquent, nous ne pensons pas que beaucoup de citoyens voudront profiter de cette offre. » [...] Les témoins danois ont indiqué au Comité que la décision de fixer à deux mois la période au terme de laquelle les patients ont le libre choix de l'hôpital se fonde davantage sur la dynamique politique que sur des conclusions cliniques et scientifiques. [...] Les périodes d'attente maximales fixées pour les cancers et les maladies cardiaques [...] ont été décidées en fonction de critères cliniques. Quoique qu'il en soit, la garantie de deux mois représente, selon le Dr Steen Friberg Nielsen, président-directeur général, de la *Top Management Academy*, gouvernement du Danemark, « une décision politique qui était fondée sur le niveau de service » que le gouvernement désirait offrir aux citoyens. », extrait du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Rapport final, Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*, présidé par Michael J. L. Kirby, octobre 2002, chapitre 6, pp. 127-128, [En ligne]:

- <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repoct02vol6-f.htm>
(page consultée le 28 mars 2006).
- 7 *Ibid.*, p. 128.
- 8 L.Q. 2003, c. 21, (projet de loi 25).
- 9 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Bilan des progrès accomplis à l'égard de l'entente bilatérale intervenue à l'issue de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la santé de septembre 2004*, s.l., Le Ministère, 2005, p. 18.
- 10 La Suède a commencé à expérimenter une « garantie de soins de santé » en 1990. En 1997, elle a mis sur pied un nouveau système connu sous le nom de « 0/7/90 ». De l'avis des membres du comité Kirby, « dans l'ensemble, il semble que la garantie de soins en Suède contribue davantage à accroître la liberté de choix des patients qu'à régler les périodes d'attente. Dans le conseil de comté de Stockholm, par exemple, les patients ont le choix entre de nombreux fournisseurs de soins et établissements, mais en pratique relativement peu d'entre eux exercent cette liberté de choix et un bon nombre ne sont même pas conscients qu'ils peuvent. En général, les Suédois accordent beaucoup d'importance à la proximité d'accès aux soins; une grande majorité des patients préfèrent en effet recevoir des soins dans leur pays plutôt qu'à l'étranger, même s'il leur faut pour cela attendre plus longtemps. », Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, op. cit., p. 126.
- 11 Parti conservateur du Canada, *La Garantie sur les délais d'attente*, document d'information, 2 décembre 2006, [En ligne] : http://www.conservative.ca/?section_id=1738§ion_copy_id=33324&language_id=2 (page consultée le 15 février 2006); Parti libéral du Canada, *Un effort en faveur des familles : Le Premier ministre Paul Martin annonce une garantie des soins de santé au Canada*, 4 janvier 2006, [En ligne] : http://www.liberal.ca/news_f.aspx?id=11307 (page consultée le 15 février 2006).
- 12 Claudia Sanmartin, Morris L. Barer, Samuel B. Sheps, « Health Care Waiting Lists and Waiting Times : A Critical Review of the Literature », chapitre 5, pp. 296-299, in Paul McDonald, Sam Shortt, Claudia Sanmartin, Morris Barer, Steven Lewis et Sam Sheps, *Waiting lists and Waiting Times for Health Care in Canada: More Management!! More Money??*, s.l., s.e., 1998, Ce projet de recherche a été financé par Santé Canada. Le résumé du document était disponible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/iacbd-giac/nhrdp/w/sum5.htm> (page consultée le 16 novembre 2005). Le 13 mars il avait été retiré.
- 13 Gouvernement du Québec, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité, Document de consultation*, s.l., Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, p. 34.
- 14 *Ibid.*, p. 35.
- 15 Réseau canadien du cancer du sein, « Le gouvernement du Canada nomme un conseiller sur les temps d'attente (Ottawa) », [En ligne] : <http://www.cbc.ca/fr/?page=5612> (page consultée le 13 mars 2006).
- 16 Ce Colloque était organisé par les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, [En ligne] : <http://www.cprn.com/fr/doc.cfm?doc=1274> (page consultée le 21 mars 2006).
- 17 Institut canadien d'information sur la santé, *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, 2006, p. 38.
- 18 *Ibid.*, p. 31.
- 19 *Ibid.*, p. 37.
- 20 Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Statistiques annuelles 2004*, « Les services médicaux », chapitre 2, tableaux 2.10 et 2.11, [En ligne] : http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/publications/statistiques_annuelles_2004.shtml (page consultée le 29 mars 2006). En 2004, l'extraction de la cataracte représentait la 5^e intervention chirurgicale en terme de fréquence avec 65 603 interventions, soit 3,6% des interventions chirurgicales. Par ailleurs, l'extraction de la cataracte occupait le 1^{er} rang pour les dépenses chirurgicales avec 23,87 millions de dollars de dépenses médicales, soit 9,5% de l'ensemble des dépenses chirurgicales.

- ²¹ Wait Time Alliance of Canada, *No more time to wait. Toward benchmarks and best practices in wait time management*, An interim report by the Wait Time Alliance, march 2005, p. 18. Pour les arthroplasties de la hanche et du genou électives, l'Alliance recommande un délai total de 9 mois: 3 mois pour la consultation et 6 mois pour la chirurgie. En regard des chirurgies électives de la cataracte, le délai est de 4 mois.
- ²² Institut canadien d'information sur la santé, *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, op. cit., p. 19.
- ²³ *Ibid.*, p. 37.
- ²⁴ L.Q. 2004, c. 32 (projet de loi 61). Cette loi prévoit à son article 4 que l'Agence favorise l'application des principes suivants: un processus de sélection de partenaires et de conclusion de contrats qui est à la fois transparent et équitable, de façon à assurer une saine concurrence entre les entreprises intéressées ; l'article 6 couvre la prestation des services et l'article 7 stipule que la loi s'applique aux établissements de santé et de services sociaux, de même qu'aux agences régionales.
- ²⁵ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 2005, c. 32, (projet de loi 83). Voir en particulier, dans la loi refondue, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, les articles 264, 383, 436, 485 et 487.
- ²⁶ Recommandations 15, 16 et 19. Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, Rapport et recommandations, (Rapport Ménard), volume 1^{er} juillet 2005, pp. 103-104, [En ligne] : http://www.briller.gouv.qc.ca/documentation/publications/rapport_sante.pdf (page consultée le 21 mars 2006).
- ²⁷ Gouvernement du Québec, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, op. cit., p. 44.
- ²⁸ M. Broder, « Le problème de la perte de régimes d'assurance-maladie commence à toucher la classe moyenne », *New York Times*, 2 décembre 2002. (notre traduction). Voir le commentaire de Patrick Lamoureux, « Santé : Vers une Super Mario Cross ? », *L'aut'journal sur le Web*, 29 novembre 2002, [En ligne] : <http://www.lautjournal.info/default.asp?manchette=20> (page consultée le 29 mars 2006).
- ²⁹ Claude Forget et Claude Castonguay, « Les conséquences du jugement Chaoulli. Agir rapidement pour baliser l'avenir ou attendre un hypothétique consensus? », *Le Soleil*, 11 février 2006, p. A-27.
- ³⁰ Karine Fortin, « La Banque Nationale veut imiter Desjardins », *Le Soleil*, 9 mars 2006, p. C-1.
- ³¹ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, op. cit.
- ³² Gouvernement du Québec, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, op. cit., p. 34.
- ³³ United Kingdom, House of Commons, Committee of Public Accounts, *PFI: The STEPS deal*, Twentieth Report of Session 2004–05, Report, together with formal minutes, oral and written evidence, Ordered by The House of Commons to be printed 6 April 2005, June 14th 2005, 22 p., [En ligne] : <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmpubacc/553/553.pdf> (page consultée le 27 mars 2006).
- ³⁴ AdapCS Adaptive Clinical Solutions, *About us : Intellectual Property Portfolio*, [En ligne]: http://www.adapcs.com/about_ipp.htm (page consultée le 28 mars 2006).
- ³⁵ Gouvernement du Québec, *Garantir l'accès : un défi d'équité et d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, op. cit.
- ³⁶ Il s'agit là d'une proposition qui nous semble incontournable et avec laquelle nous sommes d'accord.
- ³⁷ Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, Rapport et recommandations, (Rapport Ménard) volumes 1 et 2, op. cit.
- ³⁸ *Ibid.*, p. 8.
- ³⁹ Québec, Office québécois de la langue française, [En ligne] :

http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp, (page consultée le 21 mars 2006).

- 40 Ainsi, « la perspective générationnelle peut considérablement enrichir le débat public si elle aide à situer les enjeux de société dans le long terme, dans la durée; elle peut aussi l'appauvrir si elle se confine aux accusations réciproques, à la rancoeur, au ressentiment », Collectif, *Le Devoir* « L'intergénération, une valeur de société, Propositions aux partis politiques qui préparent leur plate-forme en vue de la prochaine campagne électorale », 21 janvier 2003.
- 41 Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 12.b, iii, « Accessibilité économique (abordabilité) : les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés. »
- 42 Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*.
- 43 Robert G. Evans, *Lever les fonds : options, conséquences et objectifs pour le financement de soins de santé au Canada, Étude n° 27, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, octobre 2002, p. 19.
- 44 Définition du Petit Robert.
- 45 Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, Rapport et recommandations, (Rapport Ménard), op. cit., pp.119-120.
- 46 Ces fatalités sont reprises en grande partie par les acteurs politiques mais aussi mises en évidence, à quelques exceptions près, par les médias.
- 47 M. Ménard rapportait lors d'une conférence donnée le 31 janvier 2006 à l'UQAM que la compétition internationale, dont la férocité commerciale de la Chine, constituait un préalable à considérer. Il soulignait également la décélération prévisible de la croissance économique.
- 48 Discours du premier ministre du Québec, M. Jean Charest, à l'occasion de l'inauguration de la 37^e législature, juin 2003.
- 49 Discours inaugural à l'Assemblée nationale, 37^e législature, deuxième session, mars 2006.
- 50 Entre autres, Alain Guay et Nicolas Marceau, professeurs titulaires au département des sciences économiques et CIRPÉE, Université du Québec à Montréal et Louis Gill, économiste (La Presse, 23 octobre 2005), le Journal les Affaires (5 novembre 2005) démentent certaines des affirmations du gouvernement libéral.
- 51 Cette analyse de la situation économique du Québec a été faite par M. Yves Seguin, dans « Le Québec est-il pauvre? (I) » *Journal de Québec*, 9 février 2006; « Le Québec est-il pauvre? (II) », 13 février 2006; « Le Québec est-il pauvre? (III) », 17 février 2006.
- 52 Ministère des finances, *Impact des changements démographiques sur l'économie, le marché du travail et les finances publiques, Document de recherche*, février 2005, p. 1
- 53 Amélie Quesnel Vallée et Lee Soderstrom, *Le vieillissement de la population québécoise : les implications pour le financement des services de santé*, Université McGill, [En ligne] : <http://www.santepop.qc.ca/> (page consultée le 19 février 2006).
- 54 *Id.*
- 55 *Loi sur la garantie du financement des soins de santé - Lois du Nouveau-Brunswick*, Chapitre H-2.1.
- 56 Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, Rapport et recommandations, (Rapport Ménard), op. cit., p. 89.
- 57 Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*.
- 58 Robert G. Evans, op. cit., p. 3.

- ⁵⁹ ICIS, *Le ratio 70/30: Le mode de financement du système canadien de santé*, ICIS, 2005, p. 7.
- ⁶⁰ « Le financement d'Héma-Québec est assuré par les dons, legs, subventions et autres contributions qu'elle reçoit, par les revenus provenant notamment de la fourniture de produits aux établissements de santé et de services sociaux et, le cas échéant, par le produit de la vente de ses actifs », L.R.Q. chapitre H- 1.1., art. 25; « Les sommes versées en vertu des articles 26 et 27 sont prises sur le fonds consolidé du revenu », L.R.Q. chapitre H- 1.1., art. 28.
- ⁶¹ « L'activité économique du secteur sans but lucratif, mesurée par le produit intérieur brut (PIB), a affiché une croissance vigoureuse de la fin des années 1990 au début des années 2000 », *Le quotidien*, « Institutions sans but lucratif et bénévolat : contribution économique », 12 décembre 2005, [En ligne] : <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/051212/q051212b.htm> (page consultée le 23 mars 2006).
- ⁶² Santé Canada, *Le secteur bénévole de la santé - Regards sur l'avenir de la recherche et des politiques canadiennes de la santé (partie I)*, 2003, [En ligne] : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rps/wp-dt/2003-0209-vol-bene1/intro_f.html#concl (page consultée le 23 mars 2006).
- ⁶³ Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, Rapport et recommandations, (Rapport Ménard), op. cit., pp. 74 et 84.
- ⁶⁴ Jean Gadrey et Florence Jany-Catrice, *Les nouveaux indicateurs de richesse*, Paris, La Découverte, 2005, p.28, 29, 33 et 49.
- ⁶⁵ *Ibid.*, p.19.
- ⁶⁶ Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, Rapport et recommandations, (Rapport Ménard), op. cit., p. 90.
- ⁶⁷ 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.
- ⁶⁸ Robert G. Evans, op. cit., p. 14.
- ⁶⁹ Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, Rapport et recommandations, (Rapport Ménard), op. cit., pp. 81-87.
- ⁷⁰ OCDE, « Étude économique du Canada 2004 », *L'Observateur*, Synthèse, octobre 2004, p. 6, [En ligne] : <http://www.oecd.org/dataoecd/31/0/33845177.pdf> (page consultée le 23 mars 2006).
- ⁷¹ *Wikipédia*, *L'encyclopédie libre*, [En ligne] : http://fr.wikipedia.org/wiki/Transition_d%C3%A9mographique#Syst.C3.A8me_ouvert_.2F_fer.m.C3.A9 (page consultée le 25 mars 2006).
- ⁷² OCDE, *Le projet de l'OCDE sur la santé, les soins de longue durée pour les personnes âgées*, 2005, p. 116.
- ⁷³ L. Jacques Ménard, « Le vrai problème de notre système de santé et de services sociaux : son financement », *Le Devoir*, 9 mars 2006.
- ⁷⁴ Lorine Jean-Marie, « Les aidants naturels ou les aidants non-payés? », *Actualités professionnelles*, vol. 29, n° 1, hiver 2006.
- ⁷⁵ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, François Béland et al., *Évaluation du Système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA) : utilisation et coûts des services sociaux*, novembre 2004, p. 4.
- ⁷⁶ Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), *Le projet de l'OCDE sur la santé, Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, 2005, p. 88.
- ⁷⁷ *Id.*
- ⁷⁸ Fonds monétaire international, Peter S. Heller et David Hauner, « Une politique budgétaire ambitieuse pour parer au vieillissement de la population et l'incertitude », *FMI bulletin*, vol. 34, n°13, 25 juillet 2005.

⁷⁹ Par exemple, le Groupe Desjardins a publié un dossier sur le vieillissement de la population et sur son impact économique : « Quelques effets prévisibles du vieillissement de la population sur l'économie du Québec », *En perspective*, vol. 15, no 2, février 2005.