

MÉMOIRE

DÉPOSÉ À LA CONSULTATION PUBLIQUE DU
COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Le 29 janvier 2016

**La couverture publique
des services en santé
et en services sociaux :
Préoccupations et enjeux**

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



Avant-propos

i

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ représente plus de 66 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la majorité des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes qui travaillent essentiellement au sein du réseau public de santé. Cet enracinement au cœur du réseau de la santé alimente son expertise, prisée et reconnue par les décideurs de tous les horizons. L'organisation se compose d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau de la santé et des services sociaux.

Témoins privilégiés du fonctionnement du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de constater les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les impacts parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. En tant qu'organisation syndicale, la FIQ représente une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles en soins, 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 davantage de justice sociale.

Forte de cette mission, la FIQ a toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué l'histoire du système de santé et de services sociaux québécois. Que ce soit au sujet de la planification stratégique des instances qui composent le système de santé, de projets de loi visant à en modifier le fonctionnement ou de tout autre sujet qui l'interpelle, la Fédération s'est toujours portée à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elle représente, mais aussi de la population. La qualité des soins et des services, leur accessibilité et leur capacité à répondre aux besoins de la population comptent parmi les plus importants enjeux sur lesquels la Fédération se penche. Cette dernière a également toujours soutenu une participation démocratique au sein du réseau, fait valoir l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et revendiqué, pour le Québec, le maintien d'un système de santé et de services sociaux empreint de valeurs sociales-démocrates.

Table des matières

Avant-propos.....	i
Introduction.....	1
Une consultation qui repose sur des prémisses erronées.....	3
Les véritables enjeux pour l'avenir des services publics de santé.....	3
Le contrôle des dépenses de santé.....	3
Mauvais diagnostic... mauvais remède.....	5
La structure et la gestion du panier de services assurés.....	10
« Médicalement nécessaires » : L'expression aux mille définitions.....	10
La gestion du panier de services assurés.....	12
Les critères soumis par le CSBE pour soutenir la prise de décision.....	15
Conclusion.....	16
Annexe.....	18

Introduction

1

Intervenante privilégiée dans le réseau public de santé, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ est interpellée par la consultation sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux menée par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Cette consultation se tient à la suite d'un sondage populationnel effectué pour le compte du CSBE afin de questionner la population québécoise sur les valeurs et les préoccupations entourant le panier de services assurés et les choix qui guident l'inclusion de ces services. La FIQ déplore que l'orientation donnée aux questions du sondage se limite à recenser un ensemble de jugements de valeur, alors que les enjeux soulevés par le panier de services assurés nécessitent une analyse de perspective beaucoup plus vaste pour se pencher sur l'avenir du système public de santé. C'est d'ailleurs dans cette vision élargie que s'inscrivent les préoccupations de la FIQ soulevées dans le présent mémoire. En effet, le panier de services assurés est au cœur du système et contribue directement à l'atteinte des objectifs d'accessibilité et d'universalité, deux fondements clés de notre régime universel de santé.

La couverture publique des services en santé et en services sociaux a fluctué au fil du temps. Elle a connu un essor jusqu'au début des années 1980 alors qu'à partir de 1982, des ajustements sont apportés à plusieurs programmes, ayant souvent pour effet de réduire la couverture de certains services médicaux. Les services de physiothérapie, les soins dentaires aux enfants de 10 à 16 ans et les soins d'optométrie aux adultes de 18 à 64 ans sont quelques exemples de services ne faisant plus partie du panier de services assurés. Progressivement, le contrôle des dépenses publiques de santé prend le pas sur les objectifs d'accessibilité et d'universalité. Actuellement, la couverture publique des services médicalement nécessaires est centrée principalement autour de programmes de services médicaux et de services hospitaliers.

Le Québec n'en est pas à son premier débat sur la question. Au cours des années 2000, différents groupes de travail proposent de redéfinir la notion de services assurés par une couverture publique. Par exemple, le rapport Clair (2001) recommande de redéfinir la couverture publique en la centrant sur ce qui devrait être considéré comme étant des « services prioritaires », sans toutefois offrir de définition à ce sujet. Le groupe de travail présidé par Claude Castonguay (2008) adopte une démarche différente. Il recommande de réaliser « une révision systématique et structurée de la couverture publique sur une base continue, en se dotant à cette fin d'un mécanisme permanent, crédible et légitime ».

Cette recommandation rejoint celle du récent rapport Robillard (2015) qui propose de mettre en place un mécanisme d'évaluation permanente. Afin de contrôler la part croissante des dépenses de santé, le rapport Robillard recommande également la prise en compte de façon rigoureuse et systématique de la pertinence des soins sans toutefois définir cette expression. La FIQ entend suivre les résultats attendus des travaux de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour comprendre ce qu'on entend par « pertinence des soins ».

Pour la FIQ, le sujet de cette consultation publique doit s'inscrire dans un contexte plus général qui tient notamment compte des récentes transformations qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, les préoccupations soulevées dans le mémoire de la FIQ sont développées sous l'angle d'une analyse plus systémique du système de santé. Diverses questions sont abordées faisant valoir tant le point de vue des citoyens que celui des professionnelles en soins qui s'évertuent, jour après jour, à prodiguer à la population des soins de qualité et sécuritaires.

Une consultation qui repose sur des prémisses erronées

3

LES VÉRITABLES ENJEUX POUR L'AVENIR DES SERVICES PUBLICS DE SANTÉ

Le contrôle des dépenses de santé

La FIQ souhaite profiter de cette consultation pour aborder ce qui est, selon elle, le principal enjeu derrière la question de la couverture publique des services en santé et services sociaux, soit la préoccupation d'un meilleur contrôle des dépenses de santé. Souvent qualifiée d'incontrôlable, la croissance des dépenses de santé est l'argument le plus utilisé pour justifier la série de réformes qu'a connu le réseau de la santé et des services sociaux.

La FIQ ne partage pas cette vision alarmiste des finances publiques. Les dépenses de santé sont relativement stables depuis une trentaine d'années avec une moyenne historique se situant à 7 %, dont 4 % est attribuable à l'augmentation des coûts du système. De plus, le Québec est la province canadienne qui dépense le moins d'argent par habitant pour les services de santé¹, ce qui est loin du portrait sombre dépeint par certains.

Bien que la couverture du panier de services publics doive être soumise à une analyse d'évaluation des coûts, des données probantes révèlent que ce n'est pas elle qui agit le plus lourdement sur les dépenses publiques de santé. Le coût des médicaments, la rémunération des médecins et le rôle accru du secteur privé en santé demeurent les grands responsables de la croissance des dépenses. Pour la FIQ, ces postes budgétaires devraient être retenus comme étant des enjeux fondamentaux à considérer pour définir le cadre dans lequel s'inscrit cette consultation. Il apparaît clairement pour la FIQ qu'une réflexion sur le panier de services assurés ne peut être détachée du contexte général dans lequel évolue le système public de santé et de services sociaux au Québec. À cet égard, la FIQ considère l'approche préconisée par le Commissaire comme étant réductrice et simpliste des enjeux que sous-tend un débat public sur ces questions.

Le coût des médicaments

En 2011, le coût des médicaments constituait la deuxième catégorie de dépenses de santé la plus importante. Il augmente pratiquement deux fois plus rapidement que les autres postes de dépenses. Ainsi, entre 1985 et 2009, les dépenses totales de santé ont enregistré une hausse moyenne de 5,8 % par année, alors que les dépenses en médicaments prescrits ont augmenté

¹ Voir les données en Annexe.

en moyenne de 10,8 % par année. Entre 1985 et 2011, les médicaments sont responsables à eux seuls de 22 % de la hausse totale des dépenses de santé.

Par ailleurs, il a été démontré que le régime mixte d'assurance médicaments profite davantage aux compagnies d'assurance qu'à la population québécoise. En effet, l'Association des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) soutient que le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) « a représenté de bien meilleures possibilités commerciales qu'une ouverture au privé [...]. Sur le 1,2 milliard de dollars de primes perçues annuellement par les assureurs à travers le Québec, près des trois quarts sont liés à l'assurance médicaments² ».

Depuis l'instauration du RGAM en 1996, plusieurs organisations de la société civile réclament la mise en place d'un régime public universel d'assurance médicaments. La FIQ compte parmi les premières organisations à l'avoir revendiqué. Depuis 20 ans maintenant, l'urgence d'agir en misant sur un tel régime se fait sentir. Des mesures pour contenir les coûts des médicaments et l'instauration d'un régime public universel d'assurance médicaments sont autant de solutions qui doivent être mises de l'avant pour résorber la pression exercée sur les finances publiques. Avec le projet de loi 81, Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres, le gouvernement démontre qu'il est possible de faire appel à la réglementation dans le but de diminuer le coût des médicaments.

La rémunération des médecins

La rémunération des médecins est un enjeu majeur dans les dépenses publiques de santé. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)³, les services offerts par les médecins représentaient, en 2012, la troisième catégorie en importance des dépenses totales de santé. Au Québec, selon le rapport annuel 2013-2014 de la RAMQ, la rémunération totale des médecins se chiffre à 6,5 milliards de dollars. Les hausses de rémunération que le gouvernement québécois a consenties aux médecins au cours des dernières années viennent s'ajouter aux dernières ententes conclues avec les fédérations médicales à la suite de l'adoption du projet de loi 20. Ces sommes considérables auront un impact majeur tant sur les dépenses de santé que sur l'offre de soins. La solution réside-t-elle dans la révision du mode de rémunération des médecins alors que ce poste budgétaire pèse de plus en plus lourd sur les dépenses de santé? Comme plusieurs le soutiennent,

² Kathleen Lévesque, *Santé : les assureurs sont prêts à prendre le relais de Québec*, Le Devoir, 1^{er} novembre 2002.

³ ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, rapport annuel, octobre 2014.

d'autres modes de rémunération, tels que la capitation, la vacation, la rémunération mixte ou encore le salariat, pourraient améliorer l'efficacité globale du système de santé et mener à l'adoption de modes d'organisation qui favoriseraient la mise en valeur des professionnelles en soins tout en permettant à la population québécoise d'avoir accès à des soins sécuritaires et de qualité.

La croissance des dépenses privées de santé

Les points de vue qui adhèrent à la hausse vertigineuse des dépenses de santé font rarement état de la part croissante des dépenses privées par rapport à celle induite par les dépenses publiques. Pourtant, entre 1981 et 2012, tel que le démontre une note économique de l'IRIS⁴, pendant que les dépenses publiques augmentaient de 28 % (en % du PIB), les dépenses privées grimpaient, quant à elles, de 113,9 %. Cette hausse s'explique par la part grandissante des dépenses des assureurs privés qui est passée de 29 % à 41 %. Une autre catégorie dont la part des dépenses privées est importante est celle des services professionnels qui ne sont pas couverts par l'assurance publique, tels que les dentistes et les optométristes ainsi que des services à domicile pour perte d'autonomie.

Considérant que ce sont les dépenses privées qui augmentent à un rythme fulgurant comparativement aux dépenses publiques de santé, la FIQ souhaite apporter des nuances lorsque le Commissaire affirme dans le guide de consultation que les « dépenses en santé sont en hausse » et les « ressources de l'État limitées ». La FIQ craint que ces fausses prémisses, basées davantage sur une posture idéologique que sur des données probantes, servent à réduire la couverture du panier de services assurés et cautionnent une plus grande ouverture à la place du privé en santé.

Mauvais diagnostic... mauvais remède

La Fédération est d'avis qu'une vision étroite des enjeux soulevés par le Commissaire ne permet pas d'élaborer de véritables pistes de solution qui iront dans le sens d'un renforcement du système public de santé. À cet égard, la FIQ souhaite soumettre certaines de ses préoccupations.

⁴ Guillaume Hébert et Jennie-Laure Sully, *Les dépenses de santé sont-elles hors de contrôle?*, Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), Note socio-économique, février 2015.

6

La création d'un système de santé à deux vitesses

La FIQ adhère à l'esprit et à l'objectif de la législation en matière de services de santé et de services sociaux. En ce sens, promouvoir l'accès à des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population, sans égard à la capacité de payer, est un principe fondamental sur lequel repose notre système de santé.

La possible désassurance des services qui sont médicalement nécessaires, comme c'est le cas des frais accessoires aux services assurés pouvant dorénavant être facturés aux patients, interpelle au plus haut point la FIQ. Rappelons qu'en novembre dernier, le gouvernement québécois autorisait la facturation des soins de santé en les encadrant selon certaines modalités. Il est prévu de permettre la facturation des frais accessoires au coût réel en y ajoutant une marge qui n'excède pas 15 %. Un comité sera mis sur pied éventuellement par le ministre de la Santé et des Services sociaux afin de décider du niveau de facturation. Composé du ministère, des fédérations médicales et d'un expert indépendant, ce comité exclut les patients qui, pourtant, demeurent les principaux concernés par cette tarification.

La voie qu'a privilégiée le gouvernement du Québec en ce qui a trait à la légalisation des frais accessoires a pour effet de contrevenir à la Loi canadienne sur la santé (LCS). Les principes d'universalité et d'accessibilité sont ainsi bafoués en créant une inégalité d'accès aux soins. Que feront les patients qui n'ont pas la capacité de payer? Ils attendront pendant une plus longue période pour recevoir des soins et des services de santé dans le système public. Cette situation ouvre clairement la voie à un système de santé à deux vitesses, pénalisant de surcroît les moins fortunés de notre société.

Depuis quelques années, une tendance se dessine concernant la réinterprétation du sens qu'il faut donner à certains principes de la LCS. C'est particulièrement le cas des principes d'universalité et d'accessibilité qui, selon une posture en faveur d'une plus grande place du privé en santé, sont révisés de manière à limiter leur portée. Cette relecture a pour effet de pervertir des principes qui pourtant demeurent le point central de notre système public de santé. À cet égard, la FIQ interpelle le ministre et appelle à la prudence. Le virage qu'il impose au réseau de la santé et des services sociaux depuis l'entrée en vigueur de la loi 10 va bien au-delà d'une simple réforme de structure. En commentant le projet de loi 20, le ministre a été très éclairant sur l'interprétation qu'il fait d'un des principes de la LCS. Ainsi, le ministre déclarait :

« Il y a deux façons de voir l'universalité. Il y en a qui disent que l'universalité, ça veut dire gratuit pour tout le monde. Mais l'universalité peut être aussi l'équité pour tout le monde donc un appui variable par l'État d'un service médical. »

La FIQ est extrêmement préoccupée par la tenue de tels propos par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est inconcevable pour la Fédération de s'en remettre à une idéologie qui viserait à introduire l'universalité « à géométrie variable ». D'autant plus qu'en se référant à la définition même du principe d'universalité – qui exige que l'ensemble de la population soit admissible – la loi y joint une autre dimension, soit qu'elle le soit selon des modalités uniformes⁵. Conjuguée au principe d'accessibilité, la tarification imposée par la légalisation des frais accessoires contrevient à la LCS. Dans le même sens, si le gouvernement choisit d'emprunter la voie de la désassurance des services médicalement nécessaires, il opère un recul historique pour lequel la population québécoise n'a pas donné son appui.

Plusieurs groupes ont interpellé la ministre fédérale en santé pour solliciter une intervention afin de conformer le Québec à la LCS. L'entêtement du gouvernement du Québec à assouplir le cadre législatif interdisant les frais accessoires, l'interprétation qu'il fait du principe d'universalité et l'absence de débat public alimentent les inquiétudes de la Fédération à l'égard des véritables visées de la présente consultation.

La désassurance des services ou comment enrichir le marché des assurances privées

La désassurance des services semble être le prochain pas que souhaite franchir le gouvernement. Les services désassurés font partie de la gamme des services offerts aux patients. Ils sont appelés ainsi parce que lorsqu'ils sont dispensés à l'hôpital, ils demeurent assurés alors qu'ils deviennent non couverts par le régime public lorsqu'ils sont dispensés en cabinet ou dans une clinique médicale. Ainsi, la désassurance des services contribue au développement d'un système de santé à deux vitesses puisqu'elle nuit à l'accessibilité aux soins, fait reposer sur les individus la responsabilité et le fardeau financier de payer pour ces services dispensés en cabinet ou dans une clinique médicale et ouvre toute grande la porte au marché des assurances privées.

Sachant que le régime général d'assurance médicaments (RGAM) a créé de véritables opportunités d'affaires pour les compagnies d'assurance, la FIQ questionne l'intérêt d'emprunter la voie d'un tel modèle mixte qui fait migrer le système public de santé vers un système public-privé contribuant ainsi à la marchandisation des services de santé et à leur profitabilité. Cette situation est d'autant plus préoccupante considérant qu'il y a quelques années, les négociations sur les accords de commerce sur les marchés publics au sein de

⁵ René Lamontagne et Marie-Claude Prémont, *Le secteur de la santé et des services sociaux au Québec : au cœur des enjeux de l'administration publique*, dans *Secrets d'États? Les principes qui guident l'administration publique et ses enjeux contemporains*, sous la direction de Nelson Michaud, ENAP, Presses de l'Université Laval, 2014.

l'Organisation mondiale du commerce (OMC) ont mis la table pour y inclure les services financiers d'assurance, y compris les assurances santé. La FIQ partage également cette inquiétude en ce qui a trait à l'Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union européenne (AÉCG) qui prévoit que les services financiers incluent les services d'assurance et les services connexes. Jusqu'à maintenant, il semble qu'aucune exception pour exclure la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) n'ait été trouvée. Comme ces accords sont négociés dans le plus grand secret, on peut s'inquiéter d'y voir apparaître des domaines aussi importants que le secteur de la santé pour le soumettre à une logique du marché et dans les mains des investisseurs privés.

**La santé : Une
priorité collective**

En se dotant en 1970 d'un régime universel de santé, le Québec rejetait un système où des personnes devaient renoncer à se faire soigner pour des raisons financières. Or, la responsabilité et la prévoyance individuelles des soins de santé laissaient place à la solidarité où la prise en charge des malades devenait alors collective, voire une obligation de société. Une gamme complète de services de santé, sans égard au statut social, au revenu, au lieu de résidence et sans condition, est devenue accessible à l'ensemble de la population québécoise. Les effets bénéfiques du régime universel de santé sur la diminution des inégalités sociales et de la pauvreté ne sont plus à démontrer. Ce régime a fortement contribué au renforcement de la cohésion sociale et au bien-être collectif.

Bien que la population québécoise manifeste son insatisfaction à l'égard du système de santé, il faut cependant préciser que c'est l'accès aux soins de première ligne qui est défaillant et qui fait l'objet d'une attention soutenue des médias. Depuis de nombreuses années, de sondage en sondage, la population québécoise réitère son attachement envers le système public de santé. En ce sens, la FIQ est convaincue que ce consensus à l'origine du régime universel de santé est demeuré le même.

La FIQ est préoccupée par les effets d'une éventuelle révision de la couverture publique des services médicalement nécessaires. La désassurance des services ouvre la voie aux assurances privées en transférant le fardeau financier de l'assurance publique vers le patient. Que ce transfert financier soit assumé par le patient ou par l'intermédiaire d'une assurance payée par ce dernier, il demeure que cette privatisation du financement des services emprunte la logique d'une responsabilisation individuelle des soins de santé, un recul important qui ne respecte pas les principes d'accessibilité et d'universalité.

Cette vision affairiste de la santé repose sur l'idée qu'il est possible d'agir sur la demande en santé pour justifier des politiques de partage des coûts. Dans cette logique⁶, le patient, devenu un consommateur de soins, doit être régulé dans les consultations des services qu'il demande. Or, pour la FIQ, il est tout à fait inconcevable de s'attendre à une rationalisation de la consommation des soins de santé au même titre que dans d'autres secteurs d'activités. La FIQ en appelle à la prudence lorsqu'il s'agit de transposer une logique d'économie au secteur de la santé, induisant du même coup une standardisation de la consommation des soins de santé et de la responsabilisation individuelle.

Comme il est démontré que les personnes à faible revenu sont beaucoup plus à risque de vivre des situations d'exclusion sociale, l'instauration d'une logique marchande dans le secteur de la santé aura des conséquences désastreuses sur les conditions de vie des personnes qui vivent dans la précarité au Québec, comme c'est particulièrement le cas pour les femmes, les personnes vivant seules et les personnes âgées.

La FIQ est préoccupée par :

- la vision étroite que propose le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) dans le cadre de cette consultation;
- l'éventuelle désassurance des services;
- la privatisation du financement des services et son impact sur l'universalité et l'accessibilité;
- la marchandisation de la santé et ses conséquences sur les plus démunis de la société.

⁶ Philippe Batifoulier, *De la responsabilité individuelle aux priorités collectives. Une analyse institutionnaliste des politiques de la demande en santé*, Université Paris Ouest, Éthique et économique, 2012.

La structure et la gestion du panier de services assurés

10

Malgré l'ensemble des préoccupations et des commentaires émis dans la première partie de ce mémoire, la FIQ considère néanmoins pertinent d'analyser les services assurés au sein du système de santé et de services sociaux du Québec. La FIQ croit important de réitérer que les prémisses pour mener à bien cette analyse ne doivent en aucun temps se limiter aux considérations purement économiques ou encore servir à mettre de l'avant une idéologie de privatisation et de marchandisation des services de santé et de services sociaux. L'analyse des services publics assurés devrait toujours reposer sur les besoins de la population et sur les principes d'universalité et d'accessibilité. Au Canada et au Québec, le panier de services assurés couvre l'ensemble des services « *médicalement nécessaires* ».

« Médicalement nécessaires » : L'expression aux mille définitions

L'expression « médicalement nécessaires » est difficile à définir puisque sa signification varie au gré du temps et que son interprétation se teinte des valeurs de la personne qui s'aventure à la définir. C'est en fonction de cette expression que sont évalués les soins et les services de santé pour justifier leur inclusion, leur modification ou leur exclusion du panier de services. Dans un contexte d'austérité et de compressions, la définition que l'on décide d'attribuer à cette expression prend tout son sens.

Une première tentative de définition se retrouve dans la *Loi canadienne sur la santé*⁷. Dans cette loi, l'expression « médicalement nécessaires » englobe une partie importante des débours engagés pour recevoir des soins auprès d'un médecin et ceux reçus à l'hôpital. Par ailleurs, la législation québécoise en santé et en services sociaux⁸ prévoit que l'expression « *médicalement nécessaires* » peut signifier également certains soins qui ne sont pas offerts par un médecin ou qui ne sont pas reçus à l'hôpital.

Le caractère équivoque de cette définition est également invoqué dans plusieurs rapports gouvernementaux. En 2002, la Commission Romanow considère les soins (traitements et médicaments) à domicile comme étant médicalement nécessaires et, par conséquent, suggère leur inclusion au panier de services assurés⁹. Au Québec, le rapport Clair énonce que le contenu du panier de services assurés doit répondre aux besoins prioritaires de la population, sans toutefois définir pour autant cette notion. Les auteurs

⁷ L.R.C. (1985), ch. C-6.

⁸ *Loi sur l'assurance maladie*. L.R.Q., c. A-29, *Loi sur l'assurance hospitalisation*. L.R.Q., c. A-28, *Règlement d'application de l'assurance hospitalisation*. L.R.Q., c. A-28. r. 1.

⁹ Le Devoir, [En ligne]. www.ledevoir.com/culture/television/15423/rapport-romanow-renouveler-notre-vision-de-l-assurance-sante (Consulté le 25 janvier 2016).

de ce rapport précisent que le panier de services assurés doit être évalué en continu afin de répondre à l'impératif des besoins prioritaires de la population¹⁰. Par ailleurs, en 2008, les conclusions des travaux du rapport Castonguay¹¹ proposent que le panier de services assurés soit défini plutôt sous l'angle de la notion de risques inclus. Parmi les risques inclus, donc couverts par le régime public, les auteurs suggèrent de quantifier le nombre de visites permises ou encore la fréquence des traitements pour une condition donnée. À l'instar du rapport Clair, les auteurs préconisent une évaluation en continu du panier de services assurés. Pour mener à bien cette évaluation continue du panier de services assurés, ils recommandent de créer un organisme indépendant.

Ces nombreuses recommandations émanant de différents groupes de travail dénotent une certaine volonté de clarifier l'expression « médicalement nécessaires » afin de mieux cerner le contenu du panier de services assurés. Cependant, les gouvernements au pouvoir n'ont pas réussi à tenir ce délicat débat qui suscite de grandes inquiétudes au sein de la population et au sein des différentes organisations œuvrant dans le milieu de la santé et des services sociaux.

La Fédération croit que les besoins de la population doivent être au cœur de l'expression « *médicalement nécessaires*. » Ces besoins sont en constante évolution et l'offre du panier de services assurés doit refléter cette évolution. Ainsi, la couverture publique des services en santé et en services sociaux devrait inclure une plus vaste gamme de soins et de services administrés en dehors des murs d'un établissement de santé. De plus, le monopole médical en matière de dispensation des soins et des services n'a plus sa place en ce début de 21^e siècle. La FIQ croit qu'il est urgent d'inclure plus de services sociaux dans le panier de services assurés pour répondre aux besoins de la population. Cependant, la volonté maintes fois exprimée du gouvernement actuel de rationner les soins et les services contenus au panier de services assurés ainsi que le cadre de l'actuelle consultation ne sont pas propices à la tenue d'un débat démocratique concernant le contenu du panier de services assurés et, incidemment, la notion de « médicalement nécessaires ». D'ailleurs, cette préoccupation de la Fédération est corroborée par la récente déclaration du ministre de la Santé et des Services sociaux à savoir qu'un débat au sujet du panier de services assurés dans le contexte économique actuel est plus que nécessaire. D'autant plus qu'il justifie cette pertinence de

¹⁰ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Décembre 2000.

¹¹ Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé, *En avoir pour notre argent. Des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, Février 2008.

tenir un débat en référant à la récente privatisation d'une partie des résonances magnétiques en Saskatchewan¹².

La gestion du panier de services assurés

Depuis 2011, la gestion du panier de services assurés relève de l'INESSS. Cet organisme a été créé suite aux recommandations du rapport Castonguay déposé en 2008. En vertu de la loi constitutive de l'INESSS, le ministre de la Santé et des Services sociaux a l'obligation d'obtenir un bilan indépendant au sujet des activités de l'Institut, et ce, à tous les cinq ans. Ce bilan de l'INESSS doit contenir des informations relatives à « *l'impact de ses services sur l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux*¹³ ». En juin dernier, la firme Raymond Chabot Grant Thornton a remis au ministère de la Santé et des Services sociaux le premier bilan de cet organisme. Le bilan met à jour quelques aspects de la mission de l'INESSS qui sont plus problématiques et pour lesquels des recommandations sont proposées. Parmi les aspects à améliorer, les auteurs du rapport soulèvent des lacunes observées dans la prise en compte par l'INESSS des opinions de la population et des différents groupes concernés dans sa gestion du panier de services assurés.

Un des outils de consultation dont dispose l'INESSS est la Table de concertation¹⁴. On retrouve, autour de cette table, le Regroupement provincial des comités des usagers ainsi que le Conseil pour la protection des malades, en plus des différents ordres professionnels et des deux fédérations de médecins. Dans le récent bilan de juin, il est mentionné « *que le rôle de la Table de concertation a été passablement dilué par rapport à ce qui était prévu dans la Loi sur l'INESSS*¹⁵ ». Par ailleurs, les différentes associations d'établissements de santé et de services sociaux étaient désignées pour participer à cette Table. Leur disparition depuis l'entrée en vigueur de la loi 10 va nécessiter la détermination de nouveaux participants pour les remplacer.

Ces lacunes inquiètent particulièrement la FIQ. En effet, la consultation et la prise en compte de l'avis de la population sont essentielles pour valider l'arrimage entre le panier de services assurés et les besoins des citoyens.

¹² Marco Bélair-Cirino, *Le Devoir*, 13 novembre 2015 [En ligne].
[www.ledevoir.com/societe/sante/455181/un-debat-sur-le-panier-de-services-s-impose-dit-gaetan-barrette].

¹³ Raymond Chabot Grant Thornton, *Rapport final. Évaluation de la mise en œuvre de la loi sur l'INESSS et des impacts de ses activités*, 5 juin 2015.

¹⁴ *Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*. L.R.Q., c. I-13.03.

¹⁵ Raymond Chabot Grant Thornton, op. cit., p. 57.

Pour la Fédération, l'organisme chargé de la gestion du panier de services assurés doit détenir une connaissance approfondie des besoins de la population pour être en mesure de recommander au ministre de la Santé et des Services sociaux de meilleures pratiques cliniques, des traitements plus adéquats ainsi que des soins de santé efficaces et conformes aux attentes des citoyens. Cette connaissance approfondie s'acquiert uniquement par des consultations auprès des personnes concernées. De plus, la lacune relative à la prise en compte des opinions provenant de groupes diversifiés limite l'implication et la participation de la population et des autres acteurs concernés, alors que le contexte actuel d'austérité et de compressions justifie amplement qu'ils soient interpellés.

Certains pays ont fait le choix d'élargir la consultation en favorisant une participation plus active de la population afin de déterminer notamment les éléments à inclure au panier de services assurés, mais aussi pour établir des priorités dans certains cas¹⁶. Cette implication citoyenne rend l'exercice de gestion du panier de services assurés plus démocratique et permet l'expression d'avis pluralistes. En matière de consultation publique, le gouvernement actuel aurait peut-être intérêt à s'inspirer davantage des expériences étrangères.

Bien que limités, les services sociaux sont inclus dans le panier de services assurés. Selon le bilan récent de la firme indépendante, l'INESSS semble éprouver de la difficulté à produire des avis et des guides en matière de services sociaux. Cette difficulté s'explique par son approche médicale héritée du passé qui limite sa capacité d'analyse des besoins en matière de services sociaux. Pour la FIQ, il ne faut pas sous-estimer cette lacune compte tenu des besoins de plus en plus grands de la population pour ce type de services.

Le processus de gestion du panier de services assurés est nébuleux et peu connu de la population. Quels sont les critères utilisés par l'INESSS pour inclure ou non un médicament, une nouvelle technologie ou encore un soin ou un traitement? La FIQ déplore que le processus menant à la détermination de ce qui est médicalement nécessaire, et par conséquent inclus dans le panier de services assurés au Québec, soit aussi opaque. Cette absence de transparence prête flanc à l'intrusion politique, ce qui n'est pas souhaitable.

Pour la FIQ, l'ajout d'un soin ou d'un service au panier doit se faire en toute impartialité et ne doit pas être motivé par des intérêts politiques. De plus, une recommandation négative de l'INESSS concernant l'ajout d'un soin ou

¹⁶ Par exemple : Le conseil des citoyens du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) créé en 2002 en Angleterre ou encore, l'expérience de l'Oregon aux États-Unis pour établir les priorités.

d'un service ne devrait pas être outrepassée par le ministre de la Santé et des Services sociaux sans préalablement avoir fait l'objet d'un débat public¹⁷.

On reproche à l'INESSS de ne pas avoir d'expertise en économie de la santé et, par conséquent, de procéder à l'évaluation du panier de services assurés en tenant compte uniquement de données partielles et principalement scientifiques¹⁸. Les différentes analyses développées par l'économie de la santé pour évaluer la pertinence d'un soin ou d'un service réfèrent souvent aux concepts coût-efficacité, coût-utilité (appelé dans la littérature « Quality Adjusted Life Year » - QALY) et coût-bénéfice. Toutefois, il n'y a pas d'unanimité sur l'efficacité de ces analyses ni d'uniformité quant à l'utilisation de ces analyses en économie de la santé au sein des différents organismes chargés de la gestion du panier de services assurés¹⁹. Par ailleurs, la FIQ croit que toute réflexion au sujet du panier de services assurés doit nécessairement inclure les différents enjeux éthiques susceptibles d'être soulevés par l'inclusion de nouveaux soins et services.

**Deux enjeux
escamotés :
La question du mode
de rémunération et de
la surmédicalisation**

Le mode de rémunération des médecins a un impact direct sur la gestion du panier de services assurés. La tarification à l'acte favorise une multiplication des soins et des services sans pour autant être garante d'une réponse adéquate aux besoins du patient. De plus, elle a pour effet d'encourager le phénomène de la surmédicalisation. De plus en plus répandue, la surmédicalisation a pour effet d'augmenter l'offre de soins sans nécessairement que cela soit justifié d'un point de vue médical²⁰. D'importants coûts de santé sont liés à ce phénomène. La FIQ s'explique mal que des aspects aussi importants de la gestion du panier de services assurés ne soient pas pris en compte dans les postulats qui encadrent l'actuelle consultation.

¹⁷ Joane Castonguay, *Analyse comparative des mécanismes de gestion des paniers de services. Rapport de projet*, Cirano, Décembre 2011.

¹⁸ Raymond Chabot Grant Thornton, op. cit., p. 69.

¹⁹ Clémence, Thébaut, Méthodes d'évaluation économique de trois agences publiques d'évaluation des stratégies de santé (NICE, IQWiG, et KCE) : Quels fondements en matière de justice sociale, *Revue de l'Institut d'Économie Publique*, °26-27-2011/1-2.

²⁰ Fabienne Papin, La médecine souffre d'une nouvelle maladie : La surmédicalisation, *L'Actualité médicale*, 6 novembre 2013, p. 12-23.

Les critères soumis par le CSBE pour soutenir la prise de décision

La FIQ n'entend pas commenter de façon spécifique chacun des critères énoncés dans le guide de consultation. Toutefois, le choix de critères peut soulever des questions éthiques lorsqu'ils sont interprétés de manière à imputer une responsabilité strictement personnelle aux personnes. Dans un contexte de rationnement des coûts, certains pays n'ont pas hésité à restreindre l'accès à certains soins ou traitements aux patients qui n'ont pas de saines habitudes de vie. Par exemple, en 2012, le gouvernement hongrois a décrété que les patients diabétiques qui ne respectaient pas leur régime devaient payer une partie des traitements²¹.

Certains, plus près de nous, s'interrogent au sujet des fumeurs ou encore des personnes souffrant d'obésité en lien avec de mauvaises habitudes alimentaires ou le sédentarisme. Est que le panier de services assurés doit inclure les traitements liés à l'arrêt du tabagisme? Est-ce à l'ensemble de la population de payer pour ces personnes? Il s'agit de situations particulières qui ne correspondent pas nécessairement à notre réalité québécoise contemporaine. Toutefois, pour la Fédération, cette question mérite d'être discutée, car elle soulève des enjeux quant au partage des responsabilités en matière de santé entre l'État et les personnes. Cette réflexion doit faire partie intégrante du débat lié au panier de services assurés.

La FIQ est préoccupée par :

- l'arrimage déficient entre les besoins de la population et le panier de services assurés;
- le danger de ne pas préserver l'impartialité, la transparence et le caractère apolitique de l'organisme responsable de la gestion du panier de services assurés;
- le déficit démocratique au sein de l'organisme responsable de la gestion du panier de services assurés.

²¹ [En ligne]. [www.lemonde.fr/europe/article/2012/04/23/en-hongrie-les-diabetiques-seront-punis-pour-leurs-ecarts-de-regime_1689940_3214.html] (Consulté le 25 janvier 2016).

Conclusion

16

En participant à la consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être, la FIQ a souhaité mettre en contexte les éléments d'analyse qui méritent d'être pris en compte lorsqu'il s'agit de s'interroger sur la couverture publique des services en santé et en services sociaux. D'entrée de jeu, la Fédération ne pouvait se satisfaire d'une vision étroite de la question considérant que le système public de santé est constitué d'un ensemble complexe d'éléments qui ont une influence les uns sur les autres. Ainsi, on ne peut prétendre répondre adéquatement à la question sur le panier de services assurés en l'isolant des autres éléments avec lequel celui-ci interfère.

Parmi ces éléments, il convient impérativement de situer la croissance des dépenses de santé en considérant les postes budgétaires les plus imposants. En l'occurrence, le Commissaire ne peut ignorer la hausse des coûts des médicaments et de la rémunération des médecins ainsi que le rôle accru du secteur privé en santé comme facteurs d'accroissement des dépenses. La FIQ est également fortement préoccupée par les conséquences d'une éventuelle désassurance des services. Cette dernière ne doit pas mener à une ouverture encore plus grande à la privatisation du financement des services, une entrave majeure aux principes d'universalité et d'accessibilité. Par ailleurs, la Fédération invite les décideurs à s'éloigner d'une vision affairiste et économique de la santé où on exige de plus en plus une contribution financière des patients au nom de la responsabilité individuelle.

La FIQ a également fait valoir ses préoccupations en ce qui concerne la structure et la gestion du panier de services assurés. En effet, le panier de services assurés doit s'arrimer aux besoins de la population et respecter les principes d'universalité et d'accessibilité. Il ne doit plus être tributaire des lieux de dispensation des soins et des services et encore moins de ceux qui administrent ces mêmes soins. De plus, l'organisme qui a la responsabilité d'administrer le panier de services assurés doit préserver son impartialité tout en étant transparent et apolitique. Une plus grande participation de la population dans la gestion du panier de services assurés ainsi qu'une inclusion plus importante des services sociaux sont souhaitées.

Le présent mémoire souligne à gros trait le rôle qu'a joué le régime universel de santé dans la réduction des écarts de richesse et dans l'amélioration du bien-être collectif de la population québécoise. Corroboré dans un rapport rendu public en 2008 par la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un lien direct est établi entre l'amélioration des conditions de vie et de travail de chacun et la qualité de sa santé²². Les résultats de ce rapport devraient être au cœur du développement de politiques publiques qui tiennent compte de l'influence

²² Juha Mikkonen et Dennis Raphael, *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, 2011.

directe des déterminants sociaux de la santé tels que l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, le revenu, les services de santé, le filet de sécurité sociale, le logement, etc.

En ce sens, la FIQ se questionne sur l'utilité d'avoir des critères pertinents, justes et équitables pour soutenir la décision d'ajouter, de maintenir ou encore d'exclure certains services de la couverture publique en santé et en services sociaux si, au préalable, l'État n'agit pas sur les déterminants sociaux de la santé et ne tente pas, par le fait même, de réduire les inégalités sociales.

Au contraire, en procédant de manière aussi drastique par l'entremise de compressions dans les services publics, le gouvernement actuel contribue à accroître les inégalités, une direction qui va à l'encontre des recommandations de l'OMS. Les récentes coupes imposées en santé, en éducation, dans les services de garde et à l'aide sociale n'auront pour effet que d'appauvrir davantage la population québécoise. Or, une société en santé, éduquée et moins inégalitaire est porteuse d'une immense richesse dont la valeur peut difficilement se mesurer à l'aune d'une colonne de revenus. La FIQ considère que le prix est chèrement payé pour atteindre coûte que coûte le retour à l'équilibre budgétaire et l'objectif du déficit zéro.

Bien qu'imparfaite, la consultation que mène actuellement le CSBE suscite des réflexions pertinentes auxquelles la FIQ a souhaité participer. Cette étape est d'autant plus cruciale au débat public dans le contexte actuel de transformations majeures du réseau de la santé et des services sociaux initiées par le gouvernement. Puisque les enjeux soulevés par le panier de services assurés peuvent remettre en question la pérennité du système public de santé, la Fédération compte suivre de près la suite des travaux.

Annexe

18

Province	Dépense
Terre-Neuve-et-Labrador	6 953 \$/habitant
Alberta	6 783 \$/habitant
Nouvelle-Écosse	6 761 \$/habitant
Manitoba	6 689 \$/habitant
Île-du-Prince-Édouard	6 477 \$/habitant
Saskatchewan	6 472 \$/habitant
Nouveau-Brunswick	6 340 \$/habitant
Ontario	5 894 \$/habitant
Colombie-Britannique	5 865 \$/habitant
Québec	5 616 \$/habitant

Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, rapport annuel, octobre 2014, p. 68, [www.cihi.ca/web/resource/fr/nhex_2014_report_fr.pdf], cité dans Guillaume Hébert et Jennie-Laure Sully, *Les dépenses de santé sont-elles hors de contrôle?*, Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), Note socio-économique, février 2015.

