



**Confédération
des syndicats nationaux**

Mémoire présenté par la
Confédération des syndicats nationaux

au
Commissaire à la santé et au bien-être

sur la
Consultation publique sur le panier de services

27 janvier 2016

Confédération des syndicats nationaux
1601, avenue De Lorimier
Montréal (Québec) H2K 4M5
Tél. : 514 598-2271
Télec. : 514 598-2052
www.csn.qc.ca

Table des matières

Avant-propos	5
Introduction	7
Un constat s'impose : le panier de services est troué!	9
Effritement de la couverture des services en santé et services sociaux.....	9
Un panier incomplet et inadapté	10
Le médicalement nécessaire : une notion à revoir	10
Le socialement requis : des services sociaux en péril	12
Meilleure gestion financière et plus grand investissement dans le système public.....	14
Conclusion.....	17

Avant-propos

La Confédération des syndicats nationaux (CSN) est une organisation syndicale composée de plus de 2000 syndicats et qui représente plus de 325 000 travailleuses et travailleurs. Ces syndicats sont regroupés sur une base sectorielle ou professionnelle dans huit fédérations et sont répartis sur une base régionale au sein de treize conseils centraux principalement sur le territoire québécois.

Conformément à ses valeurs et à ses engagements, la CSN œuvre pour une société solidaire, démocratique, juste, équitable et durable; à ce titre, elle s'engage dans plusieurs débats qui animent la société québécoise. C'est donc avec beaucoup d'intérêt que la CSN participe à l'appel de mémoire lancé par le Commissaire à la santé et au bien-être sur le panier de services.

La question du panier de services assurés en santé et services sociaux en est une qui touche chacun des membres de la CSN, mais elle est également fondamentale pour la société tout entière, puisqu'elle façonne le Québec de demain. La définition du panier de services doit intégrer des valeurs de solidarité et d'équité sociale.

Notre mémoire, en plus d'exposer la vision CSN de ce que devrait être la couverture publique, met en exergue les lacunes du panier de services tel qu'il est actuellement défini.

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹ ». Cette définition holistique de la santé exprime bien le fait que l'état de santé d'un individu doit se concevoir dans sa globalité.

En ce sens, l'État a un rôle important à jouer, ainsi que des responsabilités à assumer. Faut-il le rappeler, le ministère de la Santé et des Services sociaux a pour mission « d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec² ».

De manière complémentaire, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a pour mission d'éclairer tant le débat public que la prise de décision gouvernementale afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois. Au fil des ans, le CSBE a publié nombre d'avis fort bien documentés sur des enjeux de santé et de services sociaux. C'est pourquoi l'approche qu'adopte ici le CSBE nous laisse perplexes. La CSN déplore notamment l'utilisation d'un sondage populaire dans le cadre d'une consultation sur un sujet aussi complexe que délicat. Cette méthode nous apparaît discutable, voire inacceptable. On invite les participants à classer par ordre d'importance des catégories de soins. Au risque de diviser la population, on oppose les personnes autistes à celles atteintes de cancer. Quelle valeur probante peut-on accorder aux résultats d'un tel sondage? En outre, la démarche du CSBE semble reposer sur un biais; celui d'une nécessaire révision à la baisse du panier de services³. Nous n'acceptons pas cette prémisse. La question des coûts du système de santé et de services sociaux doit être abordée globalement, en tenant compte de la façon dont sont actuellement dépensées les sommes afin d'évaluer si des améliorations sont possibles; en tenant compte aussi du manque d'investissement en matière de prévention; et en considérant les coûts sociaux d'un désinvestissement dans le panier de services.

Ceci étant dit, la CSN entend tout de même participer à la démarche du CSBE. La CSN se veut un pôle rassembleur des partisans de la consolidation du système public de services de santé et de services sociaux. Selon nous, la prémisse de base ne doit pas être la diminution du panier de services, mais son élargissement et son adaptation pour répondre adéquatement aux besoins de la population.

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États, 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100), et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

² Site du MSSS, [www.msss.gouv.qc.ca/ministere/mission.php], (Consulté le 22 décembre 2015).

³ Ainsi peut-on lire aux documents de consultations « Dans le contexte actuel, les besoins en santé et services sociaux sont croissants, les ressources sont limitées; des choix devront être faits quant aux soins et services couverts par l'État ».

C'est d'ailleurs dans cet esprit que la Loi sur l'assurance maladie⁴ a vu le jour au début des années 1970. Il s'agissait de doter le Québec et sa population, d'un outil à portée universelle qui permette l'accès aux soins et services de santé selon les besoins plutôt que selon la capacité de payer. Or, force est de constater que le panier de services est aujourd'hui troué. Il ne répond plus aux besoins évolutifs de la population, laissant ainsi libre cours à la privatisation de la santé et des services sociaux. Les politiques d'austérité appliquées par le gouvernement actuel ne font qu'accroître cette privatisation, laissant pour compte les plus vulnérables.

⁴ Chapitre A-29.

Un constat s'impose : le panier de services est troué!

Effritement de la couverture des services en santé et services sociaux

Le système de santé et de services sociaux mis sur pied au début des années 1970 avait pour fondement des principes de solidarité et d'équité sociale de même que d'accessibilité et d'universalité. Il n'était plus concevable que des personnes s'endettent, voire fassent faillite, pour faire soigner un membre de la famille. Il s'agissait d'assumer collectivement, plutôt qu'individuellement, le risque de maladie mais aussi la santé et le bien-être de la population, notamment par le biais de services sociaux. Rappelons à cet égard les grands objectifs du régime de santé énoncés à l'article 1 de la *Loi sur les services de santé et les services*⁵(LSSS) à savoir, le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes. [...] Il vise notamment à réduire la mortalité, agir sur les déterminants de la santé, favoriser la protection de la santé publique et atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

Or, depuis plusieurs années, les décisions prises par les gouvernements qui se sont succédé mettent à mal la couverture des services assurés en santé et en services sociaux. Les compressions à répétition ont compromis sérieusement l'atteinte des objectifs fixés à la LSSS. La population assiste à un véritable effritement du panier de services et le Protecteur du citoyen du Québec ne saurait être plus clair à ce sujet :

« Année après année, le rapport annuel du Protecteur du citoyen avise les parlementaires de l'effritement graduel de l'offre publique de services dans le secteur de la santé, et de façon plus marquée, dans celui des services sociaux. À défaut de faire des choix clairs et transparents, on voit le panier de services s'effriter sans balises applicables, ce qui accroît les iniquités⁶ ».

Qui plus est, avec le projet de loi no 20, le gouvernement du Québec vient d'autoriser la facturation de frais accessoires par les cliniques privées pour des services assurés. C'est là une autre cause de l'effritement du panier de services identifiée par le Protecteur du citoyen :

« Au fil des ans, les effets combinés de l'accroissement des frais accessoires, de la non-assurance et de la désassurance implicite se sont conjugués au point d'avoir un effet majeur sur la répartition publique/privée du financement de l'ensemble des dépenses pour la mission santé et services sociaux. Bien que les conséquences soient difficilement perceptibles d'une année à l'autre, leur effet cumulé est majeur, d'où l'utilisation par le Protecteur du citoyen de l'expression "effritement" du panier des services publics⁷ ».

⁵ LSSS, chapitre S-4.2.

⁶ Protecteur du citoyen du Québec, *Rapport annuel d'activités 2014-2015*, p. 80.

⁷ Protecteur du citoyen, *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux*, octobre 2015, paragraphe 61.

La dégradation du panier de services découle aussi de ce que certains services, bien que couverts par le régime en théorie, sont dans les faits inaccessibles, tant les listes d'attente sont longues.

Un panier incomplet et inadapté

Il existe actuellement une certaine confusion sur les services offerts par le régime public. Les gens se posent de nombreuses questions sur les motifs d'inclusion ou d'exclusion des services dans le panier. À titre d'exemple, certains soins essentiels, tels que l'achat, l'ajustement et le remplacement des lunettes pour les enfants d'âge scolaire ou les services d'éducation spécialisée et de réadaptation pour les enfants autistes, ne sont pas assurés. Il en est de même pour les soins dentaires ou psychologiques et les services d'orthophonie, de physiothérapie ou d'ergothérapie offerts en cabinet. Certains services diagnostiques sont couverts en milieu hospitalier, mais non couverts en clinique, comme des services d'échographie, de tomographie et de résonance magnétique, entre autres. Ces choix qui paraissent arbitraires résultent du fait que le panier est établi en lien avec deux critères⁸ : le « médicalement nécessaire » et le « socialement requis ».

Le médicalement nécessaire : une notion à revoir

La *Loi canadienne sur la santé*⁹ (ci-après « loi canadienne ») édicte les règles générales selon lesquelles les gouvernements provinciaux doivent se gouverner en matière de santé. Elle énonce les cinq principes qui doivent encadrer les régimes d'assurance-santé des provinces, à savoir : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. En cas de non-respect de ces principes, le versement de la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral au gouvernement provincial « délinquant » pourra être compromis.

Bien qu'elle pose d'importantes assises, la loi canadienne comporte toutefois des lacunes qui, si elles étaient comblées, permettraient un meilleur respect des principes qu'elle énonce. L'une des principales tares de la loi résulte du fait que, pour une bonne part, seuls les services « médicalement nécessaires », et donc relevant d'un médecin, ou dispensés en centre hospitalier sont couverts par le régime public. Il en résulte que de nombreux services rendus par des professionnels de la santé autres que les médecins à l'extérieur des établissements ne sont pas couverts. Et que seules les personnes qui en ont les moyens financiers, ou qui disposent d'une assurance privée, peuvent bénéficier de tels services¹⁰.

⁸ « Au Québec, le panier de services inclut tant des soins et services de santé que des services sociaux. Les services de santé assurés sont en grande partie hospitaliers et médicaux, c'est-à-dire ceux qui sont considérés comme " médicalement requis ", qu'ils soient liés à la prévention, au diagnostic ou au traitement (de maladies, blessures, incapacités ou autres). Ils doivent répondre aux normes médicales et sont donnés soit sur une base individuelle, soit sur une base populationnelle (santé publique), en milieu hospitalier ou, pour plusieurs, en milieu ambulatoire. En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les services sociaux assurés sont ceux qui sont considérés comme requis par la condition de la personne, sans que ne soit pleinement encadrée la notion du « socialement requis ». CSBE, Guide de consultation pour l'appel de mémoires.

⁹ L.R.C., (1985), CH. c-6.

¹⁰ « Au Québec et dans l'ensemble des autres provinces, le système public doit couvrir l'ensemble des services "médicalement nécessaires". Pour résoudre le caractère subjectif de cette expression, il a été déterminé par la *Loi sur la santé* du gouvernement fédéral (article 2) que la grande majorité des frais

Ceci dit, une province peut offrir une couverture plus large de soins, ce qui est généralement le cas, même si l'offre se résume en bonne partie au « médicalement nécessaire » de la loi fédérale¹¹.

De plus en plus, les acteurs du réseau s'entendent pour reconnaître la nécessité de déplacer la prestation de soins vers la première ligne et donc de la sortir de l'hôpital. Les acteurs conviennent aussi que le travail en équipe interdisciplinaire doit se développer; les médecins doivent collaborer avec d'autres professionnels. Or, le critère de financement du « médicalement nécessaire » fait obstacle à ces changements. Il favorise l'hospitalocentrisme en plus de centrer les soins autour du médecin, alors qu'il faudrait accorder un rôle accru à l'équipe soignante. Comme le note le CSBE dans son rapport 2010 sur les maladies chroniques, « de nombreuses études illustrent que le recours à d'autres professionnels que les médecins et une bonne utilisation des services de ces derniers sont associés à l'obtention de meilleurs résultats à moindres coûts pour répondre à plusieurs aspects des besoins de services liés aux maladies chroniques¹² ».

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (loi n° 10) risque d'exacerber encore le caractère obsolète du « médicalement nécessaire » dans la mesure où de plus en plus de soins au Québec seront dispensés à l'extérieur des établissements de santé. La Protectrice du citoyen appelle en conséquence à une modification de la réglementation :

« Dans le contexte de la réorganisation du réseau qui résulte de la création des centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), en avril 2015, la nouvelle organisation des services se basera de plus en plus sur la dispensation des services médicalement requis hors de l'hôpital et réfèrera des usagers vers les cliniques médicales spécialisées. Le fait que ces services, pourtant médicalement requis, soient couverts en centre hospitalier, mais non en clinique amène le Protecteur du citoyen à conclure qu'une adaptation de la réglementation s'impose pour tenir compte de l'étendue réelle de la couverture faisant partie du panier de services publics¹³ ».

Par ailleurs, la non-couverture publique des services nécessaires fournis par des professionnels autres que les médecins (services d'assistance sociale, psychothérapeutes, réadaptation, ergothérapeutes, pharmaciens, nutritionnistes) ou offerts à l'extérieur des hôpitaux (dans les cliniques, les milieux d'hébergement ou le milieu de vie des personnes)

engagés auprès d'un médecin et dans un hôpital sont couverts par l'assurance maladie publique ». L'Observatoire de l'administration publique. *Le rôle de l'État dans la dispensation des services de santé*, automne 2006, p. 16.

¹¹ *Idem*, p. 17 « Chaque système d'assurance maladie provincial couvre, selon ses priorités, des services qui pourraient être considérés comme médicalement requis, mais qui sont ni dispensés par un médecin ni rendus dans un hôpital. C'est particulièrement le cas de certains médicaments sur ordonnance, des services ambulanciers et des services d'optométrie ».

¹² CSBE, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, *Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques*, 2010, p. 112.

¹³ Protecteur du citoyen, *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux*, 1^{er} octobre 2015, paragraphe 51.

favorise la privatisation et les iniquités. Comme le note encore le CSBE dans son rapport de 2010 :

« Les services médicaux et hospitaliers bénéficient d'une couverture complète, alors que les services d'autres professionnels et ceux rendus au sein des milieux de vie des personnes ne bénéficient que d'une couverture partielle. C'est ce qui explique que plus du tiers des dépenses de santé au Québec sont des dépenses privées. Cela peut avoir un impact important sur les personnes à risque ou les personnes atteintes de maladies chroniques, particulièrement sur celles dont le statut socioéconomique est faible¹⁴ ».

Il est impératif d'élargir la couverture publique des soins et des services de manière à favoriser l'utilisation de la première ligne et le recours, non plus au seul médecin, mais au bon professionnel de la santé, celui le mieux à même de rendre le service, au bon moment.

Le socialement requis : des services sociaux en péril

Au Québec, les services sociaux sont largement sous-financés, ce qui entraîne de graves inégalités sociales. À titre d'exemple, le soutien à domicile permet aux aîné-es de rester autonomes plus longtemps; ce qui améliore leur qualité de vie en plus de diminuer la pression sur le système de santé. Pourtant, il existe un manque criant de services, comme l'a démontré le Protecteur du citoyen : des CSSS, faute de ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la population, gèrent la misère, partageant les services disponibles entre tous les usagers, ce qui consiste « à donner un peu à chacun, tout en ne donnant assez à aucun ». D'autres CSSS ont dû revoir leurs critères d'allocation pour prioriser les soins d'hygiène tout en diminuant les services d'aide domestique. D'autres encore ont dû établir un maximum d'heures de services par personne, non en fonction des besoins des usagers, mais en fonction de ressources insuffisantes¹⁵. Pendant ce temps, le gouvernement québécois joue à l'autruche, prétendant pouvoir augmenter l'offre de services de 15 % sans investir ne serait-ce qu'un seul sou de plus dans les soins à domicile¹⁶, alors qu'il faudrait financer massivement ce secteur¹⁷. Car, faut-il le rappeler, l'insuffisance des services de soins à domicile accroît l'engorgement des hôpitaux, les disparités régionales et les inégalités au sein de la population aînée; cela entraîne également une forte pression sur les proches aidants, à qui l'on demande de pallier les carences du système. Et les femmes sont principalement celles qui font les frais d'un manque de services de première ligne et en soutien à domicile¹⁸.

Mais il n'y a pas que le domaine du soutien à domicile qui soit mis en péril par le gouvernement actuel; que dire des soins et services en santé mentale qui, selon le

¹⁴ Op. cité note 13, p. 112.

¹⁵ Protecteur du citoyen du Québec, *Rapport annuel d'activités 2014-2015*, pp. 102-103.

¹⁶ Jessica NADEAU, *Soins à domicile - Québec n'investira pas un sou de plus*, *Le Devoir*, 29 décembre 2015, [www.ledevoir.com/societe/sante/458967/soins-a-domicile-quebec-n-investira-pas-un-sou-de-plus].

¹⁷ Josée BOILEAU, *Soins à domicile, poudre aux yeux*, *Le Devoir*, 30 décembre 2015. [www.ledevoir.com/societe/sante/459031/soins-a-domicile-poudre-aux-yeux].

¹⁸ Conseil du statut de la femme, *Femmes et santé : plaidoyer pour un accès ouvert à la première ligne médicale*, 2003.

Protecteur du citoyen, ne semblent pas faire partie des priorités du gouvernement¹⁹? Pourtant, l'enjeu est de taille et la prise en charge de la santé mentale par le système de santé est primordiale, non seulement pour l'utilisateur et son entourage, mais également pour toute la société. En effet, les problèmes de santé mentale non traités sont souvent l'une des causes de l'itinérance, de la toxicomanie et autres formes de dépendances. La non-prise en charge de la santé mentale a aussi des répercussions sur l'administration de la justice, sur les centres de détention, les centres jeunesse, les milieux de travail et le réseau scolaire. Il est donc impératif qu'en cette matière, le gouvernement assure un continuum de services, de la prévention au suivi médical en passant par la prise en charge des soins.

Il en est de même pour les services aux enfants présentant un handicap, une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) qui sont largement insuffisants et souvent difficilement accessibles. Il ressort du rapport du Protecteur du citoyen que les enfants qui présentent des besoins spéciaux « devraient avoir impérativement accès aux ressources publiques disponibles, en fonction de leurs besoins et sans égard à la cause de leurs déficiences²⁰ ». Force est de constater que ce n'est pas le cas. Pis encore, les services spécialisés sont de moins en moins offerts dans les écoles, en raison des compressions.

Et que dire des centres jeunesse qui essuient des compressions majeures soit plus de 50 millions de dollars au cours des quatre dernières années. Ces coupes interviennent alors que les taux de signalement augmentent sans cesse. Le bilan annuel 2015 des directeurs de la protection de la jeunesse et directeurs provinciaux « constate une hausse constante de signalements retenus pour abus physique et risque sérieux d'abus physique, de même que pour mauvais traitements psychologiques²¹ ».

Le gouvernement fait un bien mauvais calcul en voulant faire des économies de bouts de chandelles dans les soins et services aux personnes vulnérables comme les aîné-es, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les toxicomanes, les enfants qui présentent une déficience ou un TSA ou les jeunes ayant besoin de protection. Ces choix politiques auront de graves incidences non seulement sur les usagers et leurs proches, mais sur toute la société. Et ce sont en bonne partie les femmes qui font les frais de ces compressions, car ce sont elles qui « s'occupent généralement le plus des membres inactifs de leur famille, qu'il s'agisse des enfants, des personnes vivant avec un handicap ou des personnes âgées²² ».

Finalement, faute de services publics, les usagers qui en ont les moyens se tournent vers le privé. S'ensuit une augmentation continue des dépenses privées en santé et du développement accru d'un système de santé et de services sociaux à deux vitesses. Il y a indubitablement violation des principes d'accessibilité et d'universalité sur lesquels notre système de santé s'est construit.

¹⁹ Le Protecteur du citoyen « déplore vivement que les autorités concernées continuent de reporter à plus tard une vraie prise en charge des services en santé mentale », rapport 2014-2015, p. 18.

²⁰ *Idem*, pp. 91 à 95.

²¹ Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2015, p. 11.

²² Institut de recherches et d'informations socio-économiques (IRIS), *Les mesures d'austérité et les femmes*, février 2005, p. 22.

Plutôt qu'une révision à la baisse du panier de services, le système de santé et de services sociaux nécessite une meilleure gestion et un investissement financier permettant de pérenniser l'offre et la qualité des services publics.

Meilleure gestion financière et plus grand investissement dans le système public

Un meilleur financement du système de santé et de services sociaux passe notamment par la prévention qui permet, à elle seule, de réduire les coûts et d'améliorer les résultats des soins. Pourtant, bien que moins coûteuse à long terme, le gouvernement néglige la prévention, la soumettant plutôt à des coupes draconiennes : compressions de 30 % des budgets des directions régionales de santé publique. Pourtant les études s'empilent qui démontrent que la prévention permettrait des économies substantielles :

« Nous avons maintenant de nombreuses preuves que la majorité des dépenses en soins de santé est consacrée à des affections en grande partie évitables (diabète, hypertension artérielle, cardiopathies, AVC, cancer, blessures)²³ ».

Par ailleurs, les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) permettent de constater que certains facteurs ont fortement influencé la croissance des dépenses en santé et en services sociaux. Les hôpitaux, la rémunération des médecins et les médicaments sont les postes ayant enregistré la plus forte croissance des dépenses au cours de la dernière décennie.

Cela s'explique par le fait que les réformes entreprises en santé n'ont pas permis de reconfigurer le réseau afin de mieux l'adapter aux besoins de la population. Malgré le vieillissement de la population et la montée des maladies chroniques, nous avons encore un système de santé trop centré sur l'hôpital. Or, un plus grand investissement et une organisation efficiente, coordonnée et plus fluide des services de première ligne permettraient d'intensifier, à moindre coût, les soins et les services de proximité²⁴. Cela permettrait également de diminuer la pression sur les hôpitaux québécois,²⁵ dont les salles d'urgence doivent suppléer aux services déficients de la première ligne.

Par ailleurs, le Québec occupe aujourd'hui encore, la place peu enviable de province canadienne qui dépense le plus en médicaments. Pour la CSN, la mise en place d'un régime public universel d'assurance médicaments permettrait de réduire ces coûts²⁶. Un tel régime

²³ Association canadienne de santé publique, *L'intérêt économique d'investir dans la santé publique*, [www.cpha.ca/fr/programs/social-determinants/frontlinehealth/economics.aspx].

²⁴ L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), *Révision des programmes : une occasion de moderniser notre système public de santé*, septembre 2014, p.16. [www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/commission_robillard/AQESSS_Memoire_CommissionRevisionPermanenteProgrammes.pdf].

²⁵ Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 : l'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital; regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, 2013.

²⁶ Nous avons d'ailleurs adhéré à la campagne que mène l'Union des consommateurs à ce sujet, [www.uniondesconsommateurs.ca/nos-comites/sante/rapports-et-memoires/pour-un-regime-dassurance-medicaments-entierement-public/].

assureraient une protection semblable pour tous et permettrait ainsi d'éliminer les iniquités liées aux assurances privées, tout en assurant un meilleur contrôle des prix.

Un autre facteur de l'accroissement des coûts du régime et de l'inefficacité des soins concerne la surconsommation de services. Ainsi, plusieurs groupes parlent de surmédication, particulièrement en santé mentale et chez les personnes âgées²⁷. De son côté l'Association médicale du Québec (AMQ), pointe du doigt le surdiagnostic et le surtraitement comme éléments favorisant le gaspillage des ressources.

Sans nous prononcer sur ces questions, à tout le moins doit-on s'attaquer de façon urgente au mode de rémunération des médecins qui favorise de telles pratiques. La rémunération à l'acte favorise le volume et la surprestation de soins en plus de constituer un obstacle à la pratique multidisciplinaire. Ce type de rémunération n'est pas adapté en outre à la médecine préventive.

Le récent rapport du Vérificateur général du Québec a su démontrer que les coûts associés à la rémunération des médecins dépassent de 416,7 millions de dollars les enveloppes budgétaires globales qui avaient été établies dans les ententes de rémunération 2010-2015²⁸. Ces dépassements se répercutent sur les dépenses des autres programmes de santé et de services sociaux²⁹. Le chapitre 3 de ce rapport révèle quant à lui l'extrême complexité du mode de rémunération à l'acte (plus de 11,000 codes d'actes) et l'incapacité de la RAMQ d'assurer un contrôle sérieux à cet égard. Le Vérificateur constate en effet que « la RAMQ ne prend pas suffisamment en compte les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins, alors que celle-ci représente 62 % de ses dépenses de programmes » et qu'elle « n'applique pas tous les contrôles a posteriori nécessaires, ce qui ne lui permet pas d'avoir l'assurance raisonnable que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes ».

Il est plus que temps d'entreprendre une révision du mode de rémunération des médecins, afin de mieux financer les services de santé et les services sociaux dans l'atteinte d'objectifs précis. Le débat devrait aussi porter sur l'introduction du financement à l'activité des établissements de santé, qui risque lui aussi de favoriser le volume au détriment de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des soins.

²⁷ [www.cibl1015.com/fr_CA/nouvelles/-/pub/9HcT/content/5515932-rassemblement-contre-la-surmedication-a-montreal?_101_INSTANCE_9HcT_redirect=%2F et <http://ici.radio-canada.ca/regions/quebec/2015/06/27/002-antipsychotiques-chsld-surmedication-etude-veillissement.shtml>].

²⁸ Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016, chapitre 2, rémunération des médecins, p. 3.

²⁹ *Idem*, p. 17. « Puisque les augmentations salariales ont été consenties sans qu'aucune somme additionnelle ne soit accordée par le Conseil du trésor et qu'une clause particulière de l'entente rendait ces augmentations immuables, le financement des dépassements réels pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2014, qui ont totalisé 64,6 millions de dollars (tableau 4, ligne C), a dû être assumé à même les dépenses des autres programmes de santé et de services sociaux ».

Enfin, le gouvernement fédéral doit assumer une plus large part du financement en santé. Sa décision de limiter la croissance des transferts en santé à la croissance économique à partir de 2017 pose un sérieux problème quand on sait que la croissance des dépenses en santé est supérieure à celle du PIB. Cette décision pénalisera les provinces, particulièrement le Québec, qui se retrouve au nombre de celles connaissant un vieillissement plus prononcé de sa population. Cela va à l'encontre du principe fondateur de la péréquation, soit de permettre aux provinces de fournir des services de qualité comparables à des taux de taxation comparables, tout en creusant le fossé entre sa situation budgétaire et celle des provinces.

Conclusion

Depuis la Révolution tranquille, beaucoup d'énergie et de ressources ont été déployées afin de faire du Québec une société qui tend vers la justice sociale et l'égalité des chances. Depuis, les besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ont évolué et il importe que le gouvernement tienne compte de cette évolution. Le panier de services publics doit pouvoir répondre adéquatement à la réalité québécoise d'aujourd'hui et de demain. Or, le panier de services actuel ne permet que d'éteindre des feux, sans satisfaire pleinement les besoins de la population. S'ajoute à cela un contexte d'austérité imposé par le gouvernement Couillard dont la principale préoccupation semble être l'atteinte rapide et à tout prix du déficit zéro. Ses politiques d'austérité affaiblissent le réseau public de santé qui, faut-il le rappeler, est déjà passablement ébranlé par la réforme imposée par le projet de loi n°10³⁰.

Devant ce constat clair d'un panier de services troué qui ne répond pas adéquatement aux besoins de la population québécoise, le gouvernement se doit d'assumer ses responsabilités et d'investir davantage et mieux dans le système de santé. La CSN considère que dans le cadre de la consultation sur le panier de services, la question qui doit guider la réflexion du Commissaire à la santé et au bien-être, n'est pas « où couper? » ni « comment couper? » dans les services. La question consiste à sécuriser et adapter la couverture publique de sorte qu'elle réponde plus largement et adéquatement aux besoins grandissants et changeants de la population.

Les ressources sont tributaires de choix politiques. Pour nous la solution n'est certes pas la privatisation qui, tout en étant plus coûteuse, accroît les inégalités sociales et brime l'accessibilité et l'universalité des services, sans pour autant en augmenter la qualité. Une gestion plus efficace est possible en investissant dans la prévention, les services sociaux, les soins à domicile, et la première ligne. Le développement du travail interdisciplinaire, la révision du mode de rémunération des médecins et le passage à un régime entièrement public d'assurance-médicaments forment d'autres alternatives.

Il faut en outre considérer la question de la santé de façon globale et non sous le seul angle du panier de services. Les conditions de vie et de travail, les inégalités grandissantes et l'ensemble des politiques publiques influent sur la santé, et ce, dans tous les domaines sont concernés, que ce soit l'éducation, la protection sociale, le travail, le logement, etc.

Ainsi, les coupes en éducation ont compromis l'entretien des écoles et généré un problème de moisissures qui affectent la qualité de l'air et la santé des élèves et du personnel. Les récentes coupes mesquines dans l'aide sociale ont compromis l'existence de nombreux centres de désintoxication. Le directeur de santé publique de Montréal rappelle de son côté que « les ménages qui vivent avec un revenu inférieur au seuil de la mesure du panier de consommation courent des risques importants pour leur santé : ils sont plus susceptibles que les autres de rencontrer des obstacles quant à l'accès aux soins, d'être mal logés et de

³⁰ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

ne pouvoir consacrer une part adéquate de leur budget à une saine alimentation³¹ ». Pourtant le gouvernement envisage de réduire encore l'aide de dernier recours aux plus démunis dans le cadre du projet de loi 70³².

La santé d'une population ne saurait se réduire à un panier, à une liste de services; une approche globale est essentielle. Comme le note la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, « l'action sur les déterminants sociaux de la santé doit donc faire intervenir l'ensemble des pouvoirs publics, la société civile, les communautés locales, le monde des entreprises, les instances mondiales et les organismes internationaux. Les politiques et programmes doivent englober tous les grands secteurs de la société sans s'en tenir au seul secteur de la santé ».

³¹ Rapport du Directeur de santé publique 2011, *Les inégalités sociales de santé à Montréal*, p. 3.

³² Projet de loi n° 70, *Loi visant à permettre une meilleure adéquation entre la formation et l'emploi ainsi qu'à favoriser l'intégration en emploi*.