

Avis

Mémoire sur le
document de
consultation
*Garantir l'accès :
un défi d'équité,
d'efficience et de
qualité*

Avril 2006

Cet avis a été adopté lors d'une conférence téléphonique de l'assemblée des membres du Conseil du statut de la femme le 29 mars 2006.

Les membres du Conseil sont Diane Lavallée, présidente, Teresa Bassaletti, Julie Champagne, Roxane Duhamel, Francine Ferland, Carole Gingras, Guylaine Hébert, R'kia Laroui, Abby Lippman, Danièle Ménard et Charlotte Thibault.

Le Conseil du statut de la femme est un organisme de consultation et d'étude créé en 1973. Il donne son avis sur tout sujet soumis à son analyse relativement à l'égalité et au respect des droits et du statut de la femme. L'assemblée des membres du Conseil est composée de la présidente et de dix femmes provenant des associations féminines, des milieux universitaires, des groupes socio-économiques et des syndicats.

Coordination

José Gauvreau
Thérèse Mailloux

Recherche et rédaction

Francine Lepage

Collaboration

Lucie Bélanger
Mariangela Di Domenico
Hélène Harvey
Lorraine Rochon

Rédaction du résumé

Béatrice Farand

Soutien technique et révision

Francine Bérubé

Éditeur

Conseil du statut de la femme
Service des communications
800, place D'Youville, 3^e étage
Québec (Québec) G1R 6E2
Téléphone : (418) 643-4326 ou 1 800 463-2851
Télécopieur : (418) 643-8926
Internet : <http://www.csf.gouv.qc.ca>
Courrier électronique : publication@csf.gouv.qc.ca

Dépôt légal – 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-550-46826-0
© Gouvernement du Québec

La traduction et la reproduction totale ou partielle de la présente publication à des fins non commerciales sont autorisées à la condition d'en mentionner la source.

RÉSUMÉ

Ce mémoire du Conseil du statut de la femme (CSF) porte sur les suites à donner au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis, un jugement qui invalide les dispositions législatives interdisant le recours à l'assurance privée pour des soins médicaux et hospitaliers offerts par le régime public. La consultation menée concerne non seulement la réponse au jugement proposée par le gouvernement du Québec, mais plus largement l'organisation et le financement des soins et des services sociaux. Le CSF fait valoir que, malgré les délais d'attente pour l'obtention de certains services, la population féminine reste très attachée aux principes qui sont à la base de notre système de santé et de services sociaux.

Le Conseil approuve, dans l'ensemble, les réformes initiées par le gouvernement dans le but d'accroître l'efficacité des structures et la qualité des services et d'exercer un meilleur contrôle sur les ressources et les coûts. Il se réjouit particulièrement de l'accent mis sur la réorganisation de la première ligne ainsi que sur la prévention et la promotion de la santé. Il rappelle la pertinence de tenir compte, dans l'élaboration des politiques et des mesures, des conditions de vie et des réalités différentes des femmes et des hommes au cours de leur vie. Sur la question de l'informatisation du dossier médical, le Conseil souhaite une implantation graduelle, la mise en place de mesures sûres et fiables pour éviter que les renseignements médicaux et personnels ne tombent entre de mauvaises mains et que l'on informe bien les usagères et les usagers sur tout ce qui entoure la question du consentement à donner. Enfin, le Conseil suggère que les projets cliniques qui seront dorénavant établis localement s'arriment également aux grandes politiques nationales en santé.

En ce qui concerne le jugement de la Cour suprême, le Conseil du statut de la femme approuve pleinement la volonté du gouvernement du Québec d'assujettir sa réponse à l'objectif prioritaire de maintenir un système public universel et équitable. En ce sens, il l'incite à ne pas renoncer définitivement à la possibilité de recourir à la clause dérogatoire advenant le cas où de nouveaux jugements des tribunaux mettraient en péril les objectifs poursuivis.

Au regard du Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente proposé, le Conseil applaudit à la garantie d'accès aux services prévue qui va dans le sens d'une reconnaissance du droit de recevoir, en temps opportun, les soins et les services requis. De plus, le Conseil approuve l'intention gouvernementale de faciliter l'accès aux services diagnostiques en laboratoire et en radiologie dans le système public. Il formule, en outre, plusieurs recommandations visant une utilisation maximale, efficiente et équitable du potentiel des établissements publics (usage accru du bloc opératoire, de la clinique externe de l'hôpital et des cliniques ambulatoires publiques, mesures de rétention de la main-d'œuvre spécialisée, etc.).

Par ailleurs, dans le cas du recours prévu aux cliniques spécialisées affiliées, financées par des fonds privés, le Conseil préconise que ce recours soit encadré et limité aux trois chirurgies envisagées pour une période de cinq ans, qu'il donne lieu à une évaluation des coûts comparatifs à terme et qu'une consultation publique soit menée avant toute

ouverture à d'autres interventions. À titre de secteur témoin et parce que ce statut favorise une participation citoyenne, le CSF souhaite également que soit encouragée la mise sur pied de cliniques spécialisées, ayant un statut de coopérative ou à but non lucratif.

D'un autre côté, la reconnaissance de la responsabilité publique dans la dispensation des soins et le désir d'assurer la sécurité des patients et d'éviter l'instauration d'un système à double vitesse pour les actes médicaux couverts par la RAMQ amènent le Conseil à formuler diverses recommandations. Il demande notamment au gouvernement de se pencher sur la définition du statut des cliniques spécialisées, pour éviter l'instauration en parallèle d'un réseau de petits hôpitaux privés à but lucratif (séjour de plus de 24 heures) et de procéder à une étude exhaustive du phénomène des frais afférents, chargés aux patients dans les cliniques privées. Il souhaite également la mise en place de maisons publiques de convalescence et de réadaptation ou de lits de convalescence dans les établissements publics au profit des usagers et des usagers qui, sans nécessiter des soins hospitaliers intensifs après une intervention, ne peuvent effectuer un retour sécuritaire à la maison en raison de leur situation médicale ou personnelle.

Par ailleurs, sur la question des finances publiques et de la capacité d'assurer le financement du système de santé et des services sociaux, le Conseil croit que les femmes, en raison de leur participation accrue au marché du travail, peuvent être parties prenantes des défis économiques et démographiques que le Québec doit relever si les conditions sont propices. À cette fin, le CSF recommande au gouvernement de poursuivre ses efforts en vue de l'adoption de politiques favorisant une pleine mise en valeur du potentiel féminin sur le marché du travail, le partage des responsabilités familiales et la conciliation travail/famille. De plus, devant les besoins qui découleront du vieillissement de la population et compte tenu de la moindre disponibilité des femmes dans la sphère privée, des solutions devront être recherchées, tant du côté des infrastructures publiques que du côté des ressources et des services disponibles dans la communauté, afin que les personnes âgées, notamment les femmes ayant atteint le quatrième âge, puissent vieillir dignement et le plus confortablement possible.

Enfin, le Conseil du statut de la femme est conscient que le régime public de santé et de services sociaux doit être financé suffisamment si l'on veut éviter des dérives. Le Conseil du statut de la femme souhaite donc que le gouvernement du Québec mène une consultation sur les meilleures façons d'assurer la pérennité du système public de santé et des services sociaux.

T A B L E D E S M A T I È R E S

INTRODUCTION	7
Les enjeux globaux.....	8
Les enjeux pour les femmes.....	8
Le contenu du mémoire du Conseil du statut de la femme.....	9
CHAPITRE PREMIER – UN SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN VOIE DE RELEVER DE NOUVEAUX DÉFIS	11
1.1 Les actions initiées par le gouvernement.....	11
1.2 Des réformes prometteuses dans l'ensemble	12
1.3 Des avancées dans un système qui demeure sous tension	14
1.4 Les recommandations du Conseil du statut de la femme	16
CHAPITRE II – L'ANALYSE DE LA RÉPONSE GOUVERNEMENTALE AU JUGEMENT DE LA COUR SUPRÊME	19
2.1 Les principes à respecter	19
2.2 Les trois options considérées.....	20
2.2.1 Le rejet d'une large ouverture au secteur privé pour le financement et la production des services médicaux et hospitaliers.....	20
2.2.2 Le rejet du recours à la clause dérogatoire	23
2.2.3 L'option privilégiée par le gouvernement : le Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente	24
2.3 L'examen des trois principaux mécanismes envisagés.....	27
2.3.1 La garantie d'accès aux services.....	28
2.3.2 Le recours aux cliniques spécialisées affiliées.....	29
2.3.3 Une ouverture partielle à l'assurance privée	31
2.4 Les recommandations du Conseil du statut de la femme	33

CHAPITRE III – LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À LA LUMIÈRE DES CHANGEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES	37
3.1 Les femmes comme parties prenantes des défis à relever.....	37
3.2 Les solutions esquissées pour le financement du système de santé et des services sociaux	39
3.3 Les recommandations du Conseil du statut de la femme	41
CONCLUSION.....	43
LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME.....	47
BIBLIOGRAPHIE	53

INTRODUCTION

Le Conseil du statut de la femme est heureux de participer à la consultation menée par le gouvernement du Québec sur les suites à donner au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis. Fidèle à son mandat, le Conseil souhaite contribuer au débat en mettant particulièrement en lumière les aspects qui touchent les femmes.

On sait que, le 9 juin 2005, la Cour suprême invalidait les articles de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance hospitalisation qui interdisent le recours à une assurance privée pour favoriser l'accès aux soins médicaux et hospitaliers offerts à l'intérieur du système public. À quatre juges contre trois, la Cour déclarait contraires à la Charte québécoise des droits et libertés de la personne ces dispositions prévues au départ pour préserver l'intégrité de ces deux régimes en raison des délais d'attente jugés trop longs dans le système public. En levant l'interdiction des assurances privées, les juges donnaient ainsi préséance aux droits individuels protégés par la Charte, estimant que cette ouverture ne porterait pas atteinte à l'intégrité du système de santé public¹.

Dans son document *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*², le gouvernement du Québec propose, pour sa part, une réponse qui cherche à concilier les droits individuels et les droits collectifs. Le document soumis à la consultation ne porte pas uniquement sur la réponse envisagée au jugement de la Cour suprême, mais il constitue également, selon le ministre de la Santé et des Services sociaux, un rapport d'étape et une mise à niveau de la stratégie qui vise à ramener notre système de santé parmi les meilleurs au monde³.

¹ Tout en reconnaissant l'intérêt pour le gouvernement du Québec de protéger le régime de santé public, la Cour a convenu, à quatre juges contre trois, que le moyen choisi - l'interdiction du recours aux assurances privées pour les soins médicaux et hospitaliers offerts par le régime public - était incompatible avec les droits à la vie et à l'intégrité de la personne protégés par la Charte québécoise des droits et libertés de la personne lorsque les délais d'attente sont déraisonnables et mettent en péril ces droits. Se référant à la situation prévalant dans certaines provinces canadiennes ou dans les pays occidentaux, la Cour a estimé, de plus, que le gouvernement disposait d'autres moyens pour protéger l'intégrité du régime de santé public, comme l'interdiction pour les médecins d'être rémunérés à la fois par le secteur public et par une source privée. De leur côté, les trois juges minoritaires ont fait valoir qu'il s'agit là d'une question d'ordre politique, considérant l'objectif poursuivi par le gouvernement qui est d'offrir, au plus grand nombre, des services de qualité, à prix raisonnable et selon des principes d'équité, d'efficacité et de responsabilités financières. Selon eux, les moyens choisis pour empêcher l'accroissement de la prestation de services financés par les assurances privées ne sont pas arbitraires. Ces juges se sont ainsi rangés à l'opinion de la juge de première instance selon laquelle l'ouverture à l'assurance privée, en favorisant l'existence d'un système privé parallèle, pourrait avoir un effet préjudiciable sur le système public : <http://www.lexum.umontreal.ca/csc-cc/fr/rec/html/2005csc035.wpd...> Pages consultées 2005-06-09 : Cour suprême du Canada. *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35, date : 20050609, dossier : 29272, p. 1-21.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité, document de consultation*, Québec, le Ministère, 2006, 63 p.

³ *Idem*, message du ministre de la Santé et des Services sociaux, p. 4.

Les enjeux globaux

La présente consultation traite d'enjeux de société majeurs qui ont une portée individuelle et sociale à la fois. En effet, tout ce qui concerne la santé et l'accès aux soins interpelle les citoyennes et les citoyens au cœur de ce qu'ils ont de plus précieux, leur vie et leur bien-être. Par ailleurs, la plupart des individus se sentent également concernés par la situation vécue par leurs proches et, plus largement, par celles et ceux avec qui ils font société. En outre, on ne peut penser à la santé indépendamment du système de santé, c'est-à-dire de l'organisation, des infrastructures et des nombreux acteurs et actrices qui y participent et sans faire référence à la politique de santé et de services sociaux. En ce sens, une politique globale qui donne les orientations, fixe les priorités, orchestre les actions et mesure le chemin parcouru de même que les résultats atteints apparaît un instrument incontournable. De plus, une population qui n'est pas en santé engendre des coûts sociaux importants, notamment en termes de soins à lui apporter, mais également en perte de potentiel et de productivité, une préoccupation qui a toute sa pertinence dans une société qui vieillit et qui a besoin de l'apport de tous. De ce point de vue, un système de santé qui arrive à concilier efficacité et équité représente un atout indéniable. Il procure également un avantage certain aux entreprises établies sur son territoire ainsi qu'à tout État qui souhaite allier développement économique et développement social.

Les enjeux pour les femmes

De leur côté, les femmes se sentent très concernées par l'avenir du système de santé et des services sociaux, que ce soit comme utilisatrices, aidantes ou travailleuses rémunérées dans le domaine. Comme le CSF le faisait valoir devant la commission Clair⁴, leur fonction reproductive détermine, de l'adolescence à la ménopause, un ensemble de besoins spécifiques en matière de santé. Les responsabilités qu'elles assument à l'intérieur de la famille, notamment au regard de l'alimentation, de l'acquisition des habitudes de vie, du soin des enfants et du soutien des membres malades ou âgés, leur confèrent un rôle dans la promotion de la santé et les conduisent à entrer en interrelation avec le réseau sociosanitaire pour leurs proches ou pour elles-mêmes, notamment lorsque le poids des responsabilités affecte leur santé.

Il faut aussi tenir compte de la fragilité particulière des nouvelles arrivantes, des femmes qui sont responsables de famille monoparentale, des femmes handicapées, de celles qui sont victimes de violence ou, encore, de bon nombre de femmes âgées qui, en raison de leur longévité, vivent leurs dernières années de vie dans un certain isolement et avec des incapacités et peu de ressources. Des phénomènes, comme l'hypersexualisation, la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes, les comportements sexuels à risque et la prostitution juvénile, doivent également retenir l'attention parce qu'ils ont des effets préjudiciables sur le bien-être des jeunes filles et l'incidence de la détresse psychologique.

⁴ Conseil du statut de la femme. *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*, [recherche et rédaction : Francine Lepage et Ginette Plamondon], Québec, le Conseil, 2000, p. 5-6.

De plus, la population féminine éprouve un attachement certain pour le système de santé et des services sociaux qui l'a généralement bien servi jusqu'à maintenant et qui repose sur le principe d'un égal accès pour toutes et tous et un financement global. Ce financement global amène les citoyens les plus fortunés ainsi que les bien-portants à se solidariser avec les moins nantis et les personnes nécessitant des soins. Comme les femmes disposent, en moyenne, de ressources financières inférieures à celles des hommes dans toutes les tranches d'âge et qu'elles ont une présence moins soutenue sur le marché du travail, elles sont conscientes qu'un régime dont l'accès serait fondé sur le statut ou la capacité financière plutôt que le besoin les désavantagerait.

Par ailleurs, les travailleuses représentent 79,1 % des personnes qui détiennent un emploi dans le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale en 2004⁵ et la profession médicale se féminise lentement, les femmes comptant pour 37,4 % des médecins cette même année⁶. De plus, les femmes sont à la base de nombreuses organisations communautaires et entreprises d'économie sociale œuvrant dans le secteur et elles forment la majorité des bénévoles, des proches-aidants et des aidants principaux actifs auprès des personnes qui nécessitent des soins et des services. À cet égard, le souhait exprimé par le gouvernement de conserver le plus longtemps possible les personnes âgées ou en perte d'autonomie dans leur milieu de vie et de miser sur des formules d'hébergement plus légères que les CHSLD interpelle les femmes. D'abord, on attend souvent des femmes d'âge moyen qu'elles prêtent assistance à leurs aînés alors qu'elles sont souvent déjà aux prises avec des responsabilités professionnelles et parentales qu'elles ne peuvent facilement éluder. Ensuite, le statut d'aidante est également attribué à des femmes déjà âgées elles-mêmes et sans que la personne en perte d'autonomie reçoive tout le soutien institutionnel dont elle aurait besoin. Enfin, les femmes qui ont atteint ou se dirigent vers le troisième ou le quatrième âge se demandent, à bon droit, si elles disposeront des services professionnels ou institutionnels nécessaires lorsque leur tour viendra de requérir des soins. Il importe donc que les femmes ne fassent pas les frais de réformes instaurées trop rapidement, sans analyse complète de leurs effets potentiels et sans moyens suffisants, comme cela s'est produit avec le virage ambulatoire.

En tout état de cause, il est important de réfléchir, au préalable, aux effets prévisibles, selon le sexe, des politiques et des mesures envisagées en matière de santé et de services sociaux afin de s'assurer que les avenues de solution choisies sont les meilleures, non seulement en termes d'efficacité et d'efficience, mais aussi d'équité.

Le contenu du mémoire du Conseil du statut de la femme

Dans le premier chapitre de son mémoire, le Conseil traite des modifications apportées ces dernières années aux structures et à l'organisation du système de santé et des services sociaux. Le CSF marque son adhésion, dans l'ensemble, aux actions initiées et fait également état des tensions qui demeurent dans le système de santé et des services sociaux.

⁵ Source : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/march_trav1_remnr/cat_professions/pop_active/final1_5.htm

⁶ Source : <http://publications.mess.gouv.qc.ca/statisti/pdf/Info-MED-2005.pdf>

Dans le deuxième chapitre, le Conseil présente et analyse la réponse que le gouvernement du Québec entend donner au jugement de la Cour suprême. Il fait état des principes qui ont guidé le gouvernement dans sa recherche de solutions, expose les trois options qui ont été considérées et commente les motifs qui amènent le gouvernement à privilégier la troisième option, soit un plan visant à améliorer les services médicaux et hospitaliers dans le but de réduire les délais d'attente. Par la suite, le Conseil examine plus finement la portée des trois mécanismes sur lesquels ce plan s'appuie, la garantie d'accès aux services, le recours aux cliniques spécialisées affiliées et l'ouverture partielle aux assurances privées. Considérant les principes énoncés précédemment, il formule des commentaires et soulève des interrogations.

Au troisième et dernier chapitre, le Conseil aborde la question du financement du système de santé et des services sociaux à la lumière des changements sociodémographiques. Il fait d'abord état des défis qui sont posés au Québec en matière de finances publiques et de démographie, des défis que les femmes peuvent aider à relever si des politiques favorables sont mises en place. Il traite ensuite brièvement de l'enjeu majeur que constitue le financement du système de santé et des services sociaux et des solutions qui sont esquissées dans le document de consultation.

Des recommandations sont formulées à la fin de chacun des chapitres.

C H A P I T R E P R E M I E R

U N S Y S T È M E D E S A N T É E T D E S S E R V I C E S S O C I A U X E N V O I E D E R E L E V E R D E N O U V E A U X D É F I S

Le jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis survient alors que le gouvernement a entrepris de modifier les structures et l'organisation du système de santé et des services sociaux afin d'en accroître l'efficacité et d'améliorer la qualité des soins et des services prodigués. Le gouvernement a également injecté de nouvelles sommes qui viennent soutenir cette impulsion donnée au système.

Dans ce premier chapitre, le Conseil présente les principales réformes. Il marque ensuite son adhésion à ces actions qui lui apparaissent prometteuses dans l'ensemble, plusieurs rejoignant des préoccupations qu'il a déjà exprimées. Le CSF fait aussi état de certaines tensions qui demeurent dans le système malgré les réformes engagées.

1.1 LES ACTIONS INITIÉES PAR LE GOUVERNEMENT

Comme le montre le document de consultation, les actions menées par le gouvernement sont nombreuses, elles poursuivent plusieurs objectifs et touchent un grand nombre de secteurs à l'intérieur du système de santé et des services sociaux. Mentionnons, entre autres :

- La mise en place des centres de santé et de services sociaux et l'institution des réseaux locaux avec la consolidation de la première ligne, la hiérarchisation des services et l'établissement des corridors de soins dans le but d'instaurer le principe de la responsabilité populationnelle et d'assurer la continuité des soins.
- La création des groupes de médecine familiale et des cliniques-réseau en vue de réduire le recours à l'urgence et à l'hospitalisation, de favoriser une utilisation plus judicieuse du personnel infirmier et un accès accru au médecin généraliste et d'assurer le suivi des patients et la prise en charge des clientèles cibles.
- Un accent mis sur la prévention, avec des mesures visant les différents groupes de la population, notamment les jeunes, comme moyen privilégié de maintenir la population en santé et de réduire les coûts du système.
- Une meilleure planification des ressources humaines avec l'établissement des plans d'effectifs, l'accroissement des admissions en médecine et en soins infirmiers, une meilleure répartition des médecins sur le territoire et la multiplication des infirmières praticiennes.
- Des investissements dans les centres de radio-oncologie et une mise à profit des avancées scientifiques et technologiques avec la mise en place des centres ambulatoires reliés aux hôpitaux avec leurs plateaux techniques plus légers qui permettent de réaliser plus d'interventions à un coût unitaire moindre.

- Des actions structurantes visant à accroître la qualité des soins et l'imputabilité des acteurs, que l'on parle de la lutte aux maladies nosocomiales, des mesures de prévention et de contrôle, du régime de traitement des plaintes, de la certification obligatoire de résidences privées, des visites d'appréciation de la qualité et du recours à l'informatisation des dossiers à des fins cliniques.

1.2 DES RÉFORMES PROMETTEUSES DANS L'ENSEMBLE

Le Conseil du statut de la femme se réjouit d'abord du réinvestissement qui a pu être opéré dans le système de santé et des services sociaux et qui a rendu possibles plusieurs de ces actions. Comme le CSF le mentionnait devant la commission Clair, il est important que le système de santé et des services sociaux soit doté d'un budget suffisant si l'on veut qu'il continue d'être fondé sur les principes d'accessibilité, d'universalité et de solidarité auxquels la population adhère. Sinon, des strates importantes de la population risquent de s'en désolidariser⁷.

Le CSF appuie ensuite la réorganisation des services autour de la première ligne, considérant que 80 % des problèmes de santé et de services sociaux pourraient, semble-t-il, être résolus par des services de base. Pour le CSF, les services de première ligne doivent s'étendre à plusieurs domaines : soins médicaux généraux, soins infirmiers, services psychosociaux, réadaptation, services à domicile, services d'hébergement et de soins de longue durée, Info-Santé, activités de promotion et de prévention⁸.

À cet égard, le Conseil comprend l'orientation et l'accent mis sur les groupes de médecine familiale, sur les cliniques-réseau et sur les centres médicaux associés (CMA)⁹ dans la région montréalaise comme dispensateurs de services médicaux de première ligne. Or, de l'avis du Conseil, ce choix ne doit pas limiter le développement des centres locaux de services communautaires (CSLC), et ce, même s'ils sont devenus des points de services des centres de santé et de services sociaux (CSSS) depuis l'adoption unanime de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, le 28 novembre 2005. En effet, pour une majorité de la population, ils restent des établissements de proximité employant des méthodes diagnostiques et thérapeutiques légères qui répondent à la plupart des problèmes d'ordre social et médical des usagers et des usagers qui s'y rendent. Ils continuent d'être des dispensateurs de services courants de première ligne qui ont fait leur preuve, que ce soit en matière d'évaluation, d'orientation, de prévention, de curatif et aussi d'action communautaire, pour ne nommer que ceux-là.

⁷ Conseil du statut de la femme. *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*, op. cit., p. 17.

⁸ *Idem*, p. 37-51.

⁹ Le concept de CMA a été développé par l'Agence de Montréal et par son Département régional de médecine générale dans le cadre de sa récente démarche de planification stratégique. Ces centres visent principalement à assurer une meilleure intégration des services médicaux de première ligne entre les centres de santé et de services sociaux et les omnipraticiens dans le contexte spécifique de la région de Montréal. Les CMA constituent, en quelque sorte, le deuxième volet de la stratégie de réorganisation des services médicaux de première ligne à Montréal. Voir à cet effet : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. *L'organisation des services médicaux de première ligne à Montréal : trousse d'information*, Montréal, l'Agence, 2004, p. 3-5.

Les savoir-faire et les expertises des CLSC justifient que l'on mise sur le déploiement de leurs services : leur approche de prise en charge globale, leur personnel multidisciplinaire, le mode de rémunération des médecins qui y pratiquent, leur rôle de premier plan sur leur territoire en matière de prévention (clinique jeunesse sur la contraception, programme de prévention du cancer du sein, vaccination ou santé au travail) et de promotion de la santé (lutte au tabagisme, promotion de l'activité physique, etc.), leur ancrage dans la communauté et leur grande connaissance des ressources communautaires font en sorte que le système sociosanitaire québécois a déjà en place un réseau d'établissements capables de faire les convergences nécessaires entre les divers dispensateurs de soins sur un territoire donné. En ce sens, le Conseil trouve intéressante l'initiative de l'Agence de Montréal qui envisage la possibilité que l'équipe médicale d'un CLSC devienne un centre médical associé (CMA) au même titre qu'un groupe de médecine de famille ou qu'une unité de médecine familiale¹⁰.

De façon plus générale, le CSF est particulièrement heureux des actions menées ou prévues en matière de prévention et de promotion des saines habitudes de vie (cancer du sein, bonne alimentation, promotion de l'activité physique, lutte contre le tabagisme, utilisation des drogues et alcoolisme, etc.) et que l'on entende en faire une priorité. Dans le cas des jeunes femmes, il faut continuer à s'intéresser aux problèmes sous-jacents aux désordres alimentaires (qui vont de l'obsession de la minceur à l'anorexie) et aux conséquences des phénomènes plus récemment documentés, comme l'hypersexualisation, la violence dans les relations amoureuses, les pratiques sexuelles à risque, la prostitution juvénile, etc. De façon générale, on sait que les actions en faveur du maintien de la santé améliorent la qualité de la vie des personnes et leur productivité et qu'elles évitent des coûts. Dans le contexte démographique actuel, de telles actions sont d'autant plus pertinentes que, comme le veut l'adage, les gens qui vivent bien, vieillissent bien. Il importe que les stratégies et les approches développées tiennent compte de l'âge du public cible, mais aussi des conditions de vie particulières des femmes et des hommes¹¹. D'un point de vue global, il y aurait sans doute lieu de rééquilibrer les investissements entre la prévention et la promotion de la santé, d'une part, et le curatif, d'autre part.

Le Conseil approuve également l'intention réaffirmée en faveur d'une meilleure utilisation de l'expertise du personnel infirmier dans les services de première ligne comme dans les services hospitaliers plus spécialisés. Le CSF croit qu'il y aurait intérêt à mettre rapidement en place les changements rendus possibles par les dernières modifications législatives : fonctions accrues pour les infirmières auxiliaires, recours aux infirmières praticiennes, délégation d'actes médicaux, attribution d'un rôle de coordonnatrices des services à la personne, notamment pour les personnes ayant quitté l'hôpital ou souffrant de problèmes chroniques de santé, etc. Il faudrait aussi poursuivre les efforts en vue de la reconnaissance des diplômes acquis à l'étranger par l'ensemble des professionnels de la santé.

¹⁰ *Idem*, p. 4.

¹¹ *Idem*, p. 40-46.

De plus, le Conseil se réjouit des mécanismes qui ont été mis en œuvre pour favoriser une amélioration de la qualité des services et la participation des usagères et des usagers à divers comités (certification obligatoire des résidences privées, régime d'examen des plaintes, comités d'usagers et de résidents, comités de vigilance et de qualité, tables de concertation régionale, etc.).

Par ailleurs, le gouvernement a l'intention de recourir à l'informatisation des dossiers médicaux afin de faciliter la circulation de l'information clinique entre les différents intervenants et les établissements. Le CSF comprend les objectifs visés, mais souhaite que tous les efforts soient déployés pour éviter que les informations sensibles contenues dans le dossier médical d'une usagère ou d'un usager tombent entre de mauvaises mains. En théorie, cette information pourra circuler dans tout le réseau local de services, un réseau qui n'est pas composé uniquement d'établissements publics, mais qui inclura aussi des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des entreprises privées de sous-traitance. Il sera donc nécessaire d'établir des protocoles stricts touchant l'utilisation et la dissémination des renseignements personnels et médicaux et de prévoir des règles sévères de sécurité et de confidentialité. De plus, il faudra prendre soin de bien informer les usagères et les usagers qu'ils doivent donner leur consentement pour la transmission et la conservation de leurs données personnelles, de la portée de ce consentement et de la possibilité qu'ils ont de le retirer à tout moment. On pourrait songer à une implantation graduelle, suivie d'une évaluation, avant d'envisager d'étendre l'informatisation à l'ensemble du système.

Enfin, avec la mise en place des nouvelles structures s'opère une décentralisation vers le niveau local qui devient responsable de la coordination des services de santé et des services sociaux, de leur planification et de leur prestation. C'est le centre de santé et de services sociaux qui est maintenant chargé de définir un projet clinique et organisationnel sur son territoire. Ces projets cliniques reflèteront bien sûr, comme il se doit, les besoins et les priorités de la population du territoire. Cependant, il faut souhaiter qu'ils s'arriment aussi aux grandes politiques nationales en santé et services sociaux afin que les citoyennes et citoyens, où qu'ils soient sur le territoire, puissent avoir accès aux services qui découlent des grands engagements nationaux.

1.3 DES AVANCÉES DANS UN SYSTÈME QUI DEMEURE SOUS TENSION

Les efforts qui ont été déployés dans le système de santé et des services sociaux ont commencé à produire des résultats. Les cas urgents reçoivent un traitement rapide et l'on note une réduction de l'engorgement à l'urgence des hôpitaux ainsi qu'une diminution significative des délais d'attente en chirurgie cardiaque et en radio-oncologie. Le volume des interventions en orthopédie pour le remplacement de la hanche et du genou et en chirurgie de la cataracte s'est également accru sensiblement. Cependant, les délais d'attente sont encore importants dans ces domaines et, plus généralement, pour les chirurgies électives. Les avancées sont donc significatives, mais les réformes, nouvellement amorcées, n'ont pas encore porté tous leurs fruits et le système demeure sous tension.

Par exemple, le nombre de médecins en formation a augmenté et les diplômés se dirigent maintenant en plus grand nombre vers les régions en pénurie. Néanmoins, toutes les personnes n'ont pas encore de médecin de famille, et l'accès à un spécialiste reste souvent difficile, notamment dans les régions éloignées des grands centres. Il faut continuer à travailler à la reconnaissance des diplômés des médecins formés à l'étranger. Enfin, malgré les sommes investies, les hôpitaux subissent encore des contraintes budgétaires, de telle sorte que des malades sont encore alités dans les corridors des hôpitaux, les blocs opératoires ne sont pas utilisés à leur pleine capacité et les médecins demeurent limités dans leur pratique par le plafonnement de leur rémunération ou un accès réduit au bloc opératoire.

Cet état de fait amène des chirurgiens qui participent au régime public à effectuer des interventions électorales dans des cliniques privées pour des patients qui ne souhaitent pas attendre plus longtemps l'obtention de soins en centre hospitalier. Si l'acte médical est défrayé par la Régie de l'assurance maladie (RAMQ), les patients sont alors souvent appelés à payer les frais reliés à ces interventions (coût des produits anesthésiants et des médicaments, frais de clinique, etc.). Ce faisant, on s'oriente vers un système où la capacité financière des patients entre en jeu. Une entorse est ainsi créée au principe qui veut que tous les citoyens soient égaux à l'intérieur du système de santé et que c'est le besoin, et non le statut ou les moyens financiers, qui doivent en déterminer l'accès. En outre, alors que des personnes sont en attente de soins hospitaliers et sans que l'on sache vraiment l'ampleur de cette pratique, il semble que certains médecins qui participent au régime public auraient, dans certains cas, accès aux équipements de centres hospitaliers pour des actes non couverts par le régime public (par exemple, en chirurgie plastique), l'acte médical et le coût d'utilisation des équipements publics étant à ce moment totalement à la charge du patient.

De leur côté, les médecins qui ne participent pas au régime public offrent des services à des patients disposés à acquitter la totalité des frais. Ces médecins non participants sont encore peu nombreux – environ une centaine, soit 1 % de l'effectif médical total –, mais leur nombre est plus élevé qu'il y a une dizaine d'années. Certains proposent, dans des cliniques privées, des services qui sont normalement dispensés par le système public, notamment en orthopédie et en ophtalmologie, alors que d'autres offrent des services non couverts par le régime public, comme en chirurgie esthétique. Des facteurs – comme l'interdiction de souscrire à une assurance privée pour les services médicaux et hospitaliers assurés par le système public et la rareté relative des cliniques privées dotées de plateaux techniques adéquats ou des centres de convalescence aptes à prendre en charge le suivi postopératoire – ont probablement rendu la perspective de se retirer du régime d'assurance maladie peu séduisante jusqu'à maintenant.

Par ailleurs, la possibilité de défrayer le coût des services périphériques (tests de laboratoire, radiologie diagnostique, examen annuel, physiothérapie, etc.) ou d'être assuré pour de tels services existe bel et bien pour les individus qui disposent d'une couverture en vertu de leur régime collectif de travail ou pour ceux qui, compte tenu de leurs moyens financiers et d'un état de santé relativement bon, sont en mesure d'acquiescer une telle protection à titre personnel. Certains ont ainsi accès à des médecins généralistes non participants pour des bilans de santé. D'autres se prévalent de services

diagnostiques beaucoup plus rapidement que s'ils les recevaient en milieu hospitalier et sont ainsi en mesure de profiter plus rapidement des soins médicaux requis. Des patients obtiennent aussi, en clinique privée, les services de physiothérapie plus rapidement qu'à l'hôpital. De plus, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) font également appel à ces services dans le but de hâter le retour en emploi des assurés accidentés ou malades et de réduire les coûts associés au remplacement du revenu. En revanche, celles et ceux qui ne peuvent payer ou qui ne disposent pas de telles protections (assurance privée, assurance collective ou assurance sociale) doivent attendre.

C'est dans ce contexte où les assurances privées occupent déjà une certaine place que certains voient, dans la levée de l'interdiction des assurances privées pour l'obtention des soins médicaux et hospitaliers, une solution valable aux délais d'attente jugés trop longs. Selon eux, le recours aux assurances privées permettrait d'injecter de l'argent neuf dans le système, d'accroître le volume global des interventions et de réduire en conséquence le nombre de cas en attente dans le système public. Cette question sera plus amplement discutée dans le chapitre suivant.

1.4 LES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Dans le contexte des actions initiées par le gouvernement dans le système de santé et des services sociaux :

Le Conseil du statut de la femme donne un appui global aux réformes entreprises ainsi qu'au réinvestissement effectué dans les structures et l'organisation du secteur de la santé et des services sociaux dans le but d'accroître l'efficacité et la qualité des services et de préserver l'universalité et l'équité du système public.

Considérant que 80 % des problèmes de santé et de services sociaux pourraient être résolus par des services de base :

- 1. Le Conseil du statut de la femme approuve la priorité accordée à la consolidation des services de première ligne avec la mise en place des centres de santé et de services sociaux et l'avènement des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau.**
- 2. Le Conseil du statut de la femme acquiesce au principe de la responsabilité populationnelle et à la volonté de rendre accessibles, en tout temps, des services médicaux hors de la salle d'urgence des hôpitaux, et d'assurer une prise en charge continue des patients.**
- 3. Le Conseil du statut de la femme espère que les CLSC, devenus des points de services dans la nouvelle structure, pourront continuer à jouer un rôle de premier plan dans la dispensation et la coordination des services, étant donné leur approche globale qui concilie les besoins en santé et en services sociaux et leur équipe multidisciplinaire.**

Dans le but de mettre à profit l'expertise du personnel infirmier dans les services de première ligne comme dans les services hospitaliers :

- 4. Le Conseil du statut de la femme recommande de donner suite rapidement aux changements législatifs qui permettent la revalorisation des tâches des infirmières auxiliaires et des fonctions exercées par les infirmières, notamment avec un recours accru aux infirmières praticiennes et aux coordonnatrices des services à la personne et la délégation d'actes.**

Afin de s'attaquer aux pénuries de main-d'œuvre spécialisée dans le secteur de la santé et des services sociaux :

- 5. Le Conseil du statut de la femme recommande que les efforts se poursuivent dans le but de former et de recruter du personnel infirmier et médical et de répartir adéquatement ce personnel sur le territoire.**
- 6. Le Conseil du statut de la femme recommande aussi que l'on mise sur la reconnaissance des diplômes acquis à l'étranger pour l'ensemble des professionnels de la santé.**

Considérant que les investissements dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé génèrent des économies dans le système :

- 7. Le Conseil du statut de la femme applaudit à la décision d'instaurer une stratégie de prévention et de promotion de la santé.**
- 8. Le Conseil du statut de la femme croit qu'il y aurait lieu de faire davantage pour rééquilibrer les investissements entre la prévention et la promotion de la santé, d'une part, et le curatif, d'autre part.**
- 9. Le Conseil du statut de la femme rappelle enfin la pertinence de porter attention aux conditions de vie et aux réalités différentes des femmes et des hommes tout au long de leur vie et attire l'attention sur les phénomènes plus récemment documentés, comme l'hypersexualisation, la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes, les relations sexuelles à risque et la prostitution juvénile.**

Dans la perspective de mieux servir la population :

- 10. Le Conseil du statut de la femme salue les nouveaux mécanismes mis en place pour accroître la qualité des services et faciliter l'expression de la voix des usagers et des usagers dans divers comités.**

- 11. Le Conseil du statut de la femme recommande que, en ce qui concerne l'informatisation du dossier médical, une implantation prudente et graduelle soit envisagée et que des mesures sûres et fiables soient mises en place pour assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements médicaux et personnels, afin que seules les personnes autorisées aient accès au dossier d'une usagère ou d'un usager, particulièrement dans le nouveau contexte des réseaux locaux qui feront appel à de nouveaux partenaires à l'extérieur des établissements publics.**
- 12. Le Conseil du statut de la femme souhaite également que les usagères et les usagers soient bien informés de la nécessité de requérir leur consentement pour la transmission et la conservation des renseignements médicaux et personnels les concernant, de la portée de ce consentement et de la possibilité qu'ils ont à tout moment de le retirer.**

Enfin, tout en sachant que ce sont les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont dorénavant la responsabilité de définir les projets cliniques selon les besoins et les priorités de la population de leur territoire :

- 13. Le Conseil du statut de la femme recommande que ces projets cliniques s'arriment également aux grandes politiques nationales en santé et services sociaux afin que les citoyennes et les citoyens, où qu'ils soient sur le territoire, aient accès aux services qui découlent des grands engagements nationaux.**

C H A P I T R E I I

L'ANALYSE DE LA RÉPONSE GOUVERNEMENTALE AU JUGEMENT DE LA COUR SUPRÊME

Ce deuxième chapitre porte plus précisément sur les suites que le gouvernement du Québec entend donner au jugement de la Cour suprême. Le Conseil présente et commente les principaux éléments de la réponse gouvernementale. Il expose d'abord les principes qui ont guidé le gouvernement dans l'examen des avenues de solution. Il présente ensuite les trois grandes options que le gouvernement a prises en considération et discute des motifs qui amènent le gouvernement à privilégier la troisième option, celle du Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente. Enfin, le Conseil examine plus en détail les trois mécanismes sur lesquels se fonde cette troisième option, soit la garantie d'accès aux services, le recours aux cliniques spécialisées affiliées (CSA) et l'ouverture partielle aux assurances privées pour les soins médicaux et hospitaliers. À la lumière des principes énoncés, le CSF soulève des interrogations, fait état des dérives possibles et formule des recommandations.

2.1 L E S P R I N C I P E S À R E S P E C T E R

Le gouvernement énonce et définit les cinq critères qui l'ont guidé dans sa recherche de solutions. Ce sont :

- L'universalité et l'équité du régime public de santé :
Les solutions retenues doivent respecter les critères suivants : accès selon les besoins des personnes et non la capacité de payer; absence d'écarts en termes d'accès, quel que soit le mode de prestation des services; attention particulière accordée aux personnes à faible revenu, à celles atteintes d'un problème de santé chronique ou d'un handicap et à celles vivant loin des grands centres urbains.
- L'intégration des services comme mode d'organisation privilégié :
Les avenues choisies ne doivent pas mettre en péril l'organisation actuelle des services et les mesures instaurées en vue d'une meilleure intégration des services.
- Le maintien et l'amélioration de la qualité des services :
Les mesures mises en œuvre pour garantir la qualité des services publics doivent s'appliquer à tous les dispensateurs de services, qu'ils soient publics ou privés.
- La disponibilité des ressources humaines dans le secteur public :
Des balises doivent accompagner toute évolution des modes de prestation de services afin de protéger la disponibilité des ressources humaines nécessaires au fonctionnement du système public de santé.
- L'accroissement de la productivité et un meilleur contrôle des coûts du système de santé :

Les solutions retenues doivent permettre d'accroître la productivité dans le réseau et assurer un meilleur contrôle des coûts sans engendrer une augmentation importante des coûts globaux de santé afin de préserver l'avenir du système public de santé.

Le CSF adhère pleinement à ces cinq principes qu'il juge très pertinents pour l'analyse des options avancées, de l'avenue privilégiée par le gouvernement et des mécanismes proposés.

2.2 LES TROIS OPTIONS CONSIDÉRÉES

Pour faciliter le débat, le gouvernement campe trois grandes options, tout en indiquant sa préférence pour la troisième option. Ces options sont :

- **1^{re} option : le maintien du *statu quo* avec le recours à la clause dérogatoire.** Comme à l'heure actuelle, il serait interdit de contracter une assurance privée pour payer les soins médicaux reçus d'un médecin non participant au régime public ou pour défrayer les soins de santé qui sont actuellement offerts en milieu hospitalier.
- **2^e option : une ouverture plus ou moins grande au financement et à la production des services médicaux et hospitaliers par le secteur privé.** Une ouverture minimale devrait aller de pair avec certaines restrictions : par exemple, assurance privée réservée à certaines chirurgies électives, exclusivité de rémunération pour les médecins qui participent au système public qui ne pourraient pas recevoir de rémunération de source privée pour les soins normalement assurés par le régime public, encadrement des activités des cliniques privées, etc. Une ouverture de niveau intermédiaire permettrait aux cliniques et aux assureurs privés de louer des équipements et des salles d'opération dans les établissements publics en dehors des heures normales d'utilisation. Enfin, une ouverture maximale correspondrait à une approche de quasi libre marché : assurance privée offerte pour une gamme étendue de services médicaux et hospitaliers, médecins rémunérés à la fois par le secteur public et le secteur privé, utilisation des capacités excédentaires des établissements publics par le secteur privé, achat par le système public de services auprès des cliniques entièrement privées.
- **3^e option : le Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente.** Ce plan offrirait une garantie d'accès aux services pour certains soins médicaux et hospitaliers. L'ouverture au financement privé (assurance privée) et à une prestation privée de services (recours aux cliniques spécialisées affiliées) serait d'abord permise dans le cas de certaines chirurgies électives. L'assurance privée pourrait par la suite être étendue progressivement à d'autres soins médicaux et hospitaliers si l'expérience est concluante et dans la mesure où une garantie d'accès aux services aurait au préalable été accordée dans le secteur public.

2.2.1 LE REJET D'UNE LARGE OUVERTURE AU SECTEUR PRIVÉ POUR LE FINANCEMENT ET LA PRODUCTION DES SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS

Les principes précédemment énoncés amènent le gouvernement à rejeter l'option d'une large ouverture à l'assurance privée et à une dispensation privée des services médicaux ou hospitaliers déjà offerts par le système public. Selon le gouvernement, une telle

ouverture ne cadrerait pas avec son objectif prioritaire qui est de mettre en place un système efficace, qui offre des services de qualité à toute la population, sur la base du besoin et non de la capacité de payer, un objectif qui nécessite que le gouvernement puisse exercer un certain contrôle, tant sur l'allocation des ressources que sur l'évolution global des coûts. Dans son jugement, la Cour suprême a d'ailleurs reconnu que le gouvernement du Québec avait un intérêt dans la protection du régime public et qu'il avait à sa disposition divers moyens pour y arriver.

Selon le Conseil du statut de la femme, le gouvernement est bien avisé de rejeter cette option et de vouloir préserver le plus possible l'étanchéité entre le secteur à gestion et financement publics et un secteur à gestion et financement privés. À l'instar des signataires des rapports Romanow, Kirby et Ménard¹², le Conseil ne croit pas qu'une large ouverture à l'assurance privée pour les soins médicaux et hospitaliers serait la meilleure façon de réduire les délais d'attente dans le système public. Selon ces rapports, un régime de santé universel et à payeur unique – comme celui que nous avons actuellement avec l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie – s'avère plus efficace et équitable qu'un système faisant appel à plusieurs assureurs.

En effet, selon plusieurs études, un régime à payeur unique permet généralement d'assurer un meilleur contrôle sur les coûts globaux. Comme il couvre toute la population, il ne nécessite pas d'enquêtes et de calculs actuariels pour évaluer les risques des diverses clientèles et établir la tarification. Comme il est financé par les fonds publics et ne requière pas de contribution de la part des patients, il est moins coûteux à administrer, tant pour l'organisme payeur que pour les dispensateurs de soins.

On limite également certains effets indésirables notés ailleurs que la coexistence d'un secteur financé par les fonds publics et d'un secteur financé par des fonds privés peut entraîner. Par exemple, il va de soi que les personnes détenant une assurance privée souhaitent un accès rapide aux soins. Pour amener les médecins à la pratique privée, il est souvent nécessaire de les payer davantage, ce qui provoque une pression inflationniste sur la rémunération, notamment lorsqu'il y a une pénurie relative d'effectifs. Ce faisant, on risque alors d'assister à un déplacement des ressources spécialisées, du secteur public vers le secteur financé par le privé, devenu plus attrayant. De plus, des distorsions dans la pratique des médecins peuvent survenir lorsque les médecins sont autorisés à travailler dans les deux secteurs à la fois : cas les plus faciles financés et effectués par le secteur privé et les plus sévères, par le secteur public; examens préopératoires et suivis postopératoires réalisés dans le secteur public, réduction du temps de pratique dans le secteur public au profit d'un accroissement dans le secteur financé par les assurances.

¹² Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada, rapport final* (rapport Romanow), Ottawa, gouvernement du Canada, 2002, p. 1-79.
Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Volume six : Recommandations en vue d'une réforme. Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada* (rapport Kirby), Ottawa, gouvernement du Canada, 2002, p. 7-12.

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations, rapport et recommandations* (rapport Ménard), Québec, le Comité, 2005, p. 8-10 et 99-100.

Par ailleurs, un système universel à payeur unique s'accorde mieux avec le principe selon lequel tous les citoyens doivent être égaux au regard de l'accès aux soins de santé et qui veut que le besoin, et non la capacité de payer ou le statut, soit le premier critère d'accès. Comme on vient de le voir, tout l'argent additionnel investi dans le secteur de la santé avec l'ouverture aux assurances privées ne se traduit pas nécessairement par une hausse équivalente du nombre d'interventions, une partie de ces sommes pouvant être absorbée par les coûts administratifs plus élevés, la surenchère de la rémunération des spécialistes et la marge de profit dégagée par les cliniques privées. Dans ces circonstances, on peut assister à un accroissement du nombre d'interventions réalisées au profit des détenteurs d'assurances privées alors que la réduction du nombre de spécialistes œuvrant dans le secteur public ou du temps consacré au secteur public peut avoir pour effet d'allonger les temps d'attente dans le secteur public plutôt que de les réduire.

De plus, un régime comme le nôtre, financé par des fonds publics et qui couvre l'ensemble de la population, repose sur la mise en commun des risques de tous, jeunes et vieux. Il offre à toute la population la même protection, sans discrimination. À l'inverse, les assurances privées dont l'adhésion est facultative se doivent d'être discriminantes si elles veulent atteindre une certaine rentabilité. Elles écartent au départ les mauvais risques, estiment les probabilités de réclamations des éventuels adhérents et fixent les primes en conséquence. Ces régimes ne peuvent donc pas offrir une protection adéquate et à bon compte aux personnes qui avancent en âge ou à celles dont les risques de maladie sont élevés, à moins que l'assurance n'ait été souscrite très tôt dans la vie¹³. En outre, les assurances privées ne sont pas à la portée de toutes les bourses; elles sont peu accessibles aux personnes à faible et moyen revenu et donc à une partie significative de la population féminine, notamment les femmes âgées. Pour leur part, les assurances collectives offertes en emploi représentent une voie plus intéressante que les précédentes dans la mesure où l'adhésion y est obligatoire et où la tarification est établie à partir du groupe, et non des individus. Toutefois, ces assurances ne couvrent que les employés d'une entreprise donnée et les membres de leur famille. Aussi, elles ne couvrent pas à 100 % tous les frais et il y a des limites annuelles fixées. En bref, en raison de leur incapacité à offrir, à toute la population, une protection à coûts avantageux, les assurances privées ne représentent pas une alternative valable à un régime public universel.

En outre, les primes versées en assurances privées donnent habituellement droit à des réductions d'impôt aux personnes qui les versent. Pour l'État, il s'agit d'un manque à gagner qui diminue d'autant sa capacité d'investir dans le système public. Or, si l'État n'insuffle pas suffisamment de ressources dans le secteur public alors que les assurances privées occupent une certaine place, on risque de se retrouver devant un système à deux vitesses où le statut ou la capacité de payer l'emporte sur l'état de santé et le rang dans la liste d'attente, comme facteurs déterminant l'accès aux soins. Or, les personnes qui

¹³ Par exemple, alors que les avocats de M. George Zeliotis ont réclamé et obtenu la levée de l'interdiction de l'assurance privée pour les soins médicaux et hospitaliers au nom du droit à la vie et à l'intégrité physique protégé par la Charte québécoise, rien n'assure que le plaignant aurait pu souscrire, au préalable, à de telles assurances si cela avait été autorisé, compte tenu de son état de santé, de ses antécédents médicaux et de son âge avancé.

réclament le plus ardemment le droit de souscrire à des assurance privées pour elles-mêmes sont souvent celles qui se montrent les plus réfractaires à tout investissement additionnel dans le système public de santé.

En bref, comme le soulignent les rapports cités précédemment, un système basé sur le modèle d'un payeur unique est plus performant sur le plan de l'efficacité et de l'équité et il donne un meilleur contrôle sur les coûts globaux que celui où il y a coexistence entre un régime d'assurance public et des assurances privées, à but lucratif¹⁴.

Par ailleurs, il importe d'ajouter que, lorsqu'il est question de la place du privé en santé, deux des rapports précédemment cités, les rapports Kirby et Ménard, font une nette distinction entre ce qui touche le financement des soins et ce qui concerne la dispensation des services. S'ils se montrent réfractaires à la présence du privé dans le financement des soins médicaux et hospitaliers, ils se disent, par ailleurs, favorables à une certaine ouverture au privé pour la dispensation des services. Le rapport Clair¹⁵ est également d'accord avec le développement des cliniques privées affiliées. Toutefois, il est ordinairement question d'une ouverture délimitée et encadrée par l'État qui, selon les auteurs de ces rapports, pourrait être une source d'émulation et de gains de productivité.

En ce qui a trait à la place qui sera faite au privé dans l'assurance et dans la dispensation des services, le gouvernement doit s'assurer que les ouvertures faites respectent bien le principe de gestion publique inscrit dans la Loi canadienne sur la santé et lui permettent de conserver le contrôle souhaité sur la planification des services et des ressources matérielles et humaines dans le secteur, dans le contexte des accords de commerce régionaux et internationaux portant sur les services¹⁶.

2.2.2 LE REJET DU RECOURS À LA CLAUSE DÉROGATOIRE

Le gouvernement du Québec ne favorise pas non plus un recours à la clause dérogatoire qui permettrait de préserver les dispositions actuelles de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance hospitalisation interdisant l'assurance privée pour les soins médicaux et hospitaliers offerts par le système public. Il aurait pu choisir de le faire en invoquant son pouvoir d'agir dans un champ relevant de sa compétence, l'absence de consensus parmi les juges sur cette question ou, encore, sa volonté de préserver

¹⁴ À cet égard, il faut éviter de mettre sur le même pied les régimes d'assurance à but lucratif et les mutuelles d'assurances, à but non lucratif et à adhésion obligatoire, qui se sont historiquement développés dans plusieurs pays européens à partir des regroupements professionnels.

¹⁵ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes, rapport et recommandations* (rapport Clair), Québec, la Commission, 2000, p. 85-87.

¹⁶ À ce sujet, consulter : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Op. cit.*, p. 257-272; Teresa L. CYRUS et Lori J. CURTIS. *Les accords commerciaux, le secteur des soins de santé et la santé des femmes, recherche en matière de politiques*, Ottawa, Condition féminine Canada, 2004, 56 p.; Olena HANKIVSKY et Marina MORROW. *Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes, recherche en matière de politiques*, [collaboration : Pat Armstrong, Lindsey Galvin et Holly Grinvalds], Ottawa, Condition féminine Canada, 2004, 177 p.; Conseil du statut de la femme. *Les Québécoises, la mondialisation et la Zone de libre-échange des Amériques : une première réflexion*, [recherche et rédaction : Francine Lepage], Québec, le Conseil, 2001, p. 45-47.

l'intégrité du système public et de limiter les effets appréhendés de cette ouverture sur les clientèles les plus fragiles.

À cet effet, on peut penser que la Cour suprême, tout en retenant le caractère préjudiciable des délais imposés dans le secteur public de santé, aurait pu ordonner au gouvernement de rendre accessibles aux patients les soins médicaux et hospitaliers requis en temps opportun en lui laissant cependant le choix des moyens. En décidant de lever l'interdiction des assurances privées, la Cour impose une solution législative qui amène le Québec à emprunter une voie qui n'est pas sans embûches sur le plan de l'efficacité, de l'équité, du contrôle des coûts et de la responsabilité financière du gouvernement.

En tout état de cause, le gouvernement ne souhaite pas aller à l'encontre de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne¹⁷, jugeant de plus que le maintien du *statu quo* représente une avenue moins porteuse d'améliorations pour le système de santé et des services sociaux.

2.2.3 L'OPTION PRIVILÉGIÉE PAR LE GOUVERNEMENT : LE PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES VISANT À RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE

Le gouvernement propose plutôt une avenue qu'il nomme **Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente**. Sa réponse se situe à l'intérieur des lignes directrices suivantes. Ainsi :

- Le gouvernement se fixe le double objectif de préserver le système public et universel de santé tout en se conformant au jugement de la Cour suprême, cherchant ainsi à concilier les droits personnels avec les droits collectifs.
- Il entend poursuivre l'ensemble de ses actions dans le cadre de sa planification globale et des objectifs d'efficacité et de qualité des soins recherchés avec la réforme des structures.
- Il prévoit instaurer des règles afin d'éviter qu'un déplacement des ressources médicales spécialisées vers le secteur privé ne crée préjudice au secteur public; notamment, il souhaite maintenir le principe de l'exclusivité de la rémunération, les médecins devant choisir d'être payés soit par le secteur public, soit le secteur privé, comme maintenant.

¹⁷ Peut-on penser que la Cour pourrait, un jour, émettre un jugement contraire à celui qu'elle vient de prononcer si le développement, en parallèle, d'un secteur financé par les assurances privées devait mener à un accès inéquitable aux soins médicaux et hospitaliers? Par exemple, une patiente dans l'impossibilité de contracter une assurance maladie privée en raison de ses faibles revenus ou de son âge avancé ne pourrait-elle pas réclamer l'interdiction des assurances privées duplicatives en faisant valoir que son droit à la vie et à l'intégrité physique a été lésé parce que quelqu'un, moins gravement atteint mais muni d'une assurance privée, a été en mesure de profiter beaucoup plus rapidement qu'elle de soins dont elle avait pourtant le plus grand besoin?

- Il envisage d'accroître l'accès aux services d'imagerie diagnostique à même le financement public. Il compte ainsi ajouter de nouveaux appareils de résonance magnétique dans le réseau, accroître la disponibilité des plages horaires et assurer une prise en charge personnalisée des patients en attente; il prévoit également acheter, dans les cliniques privées, des services en échographie pour les intervenants de première ligne et former des médecins de famille à la pratique de l'échographie de première ligne.
- Enfin, le gouvernement fait part de son intention de mener, dans un proche avenir, une réflexion sur le financement de la santé et des services sociaux, considérant que les dépenses publiques pour la santé et les services sociaux s'accroissent plus rapidement que la richesse collective.

Les trois principaux mécanismes privilégiés par le gouvernement sont :

- **La garantie d'accès aux services** : une garantie d'accès aux services serait donnée, à l'intérieur de délais prédéterminés, pour des interventions ciblées et pour tout l'épisode de soins (incluant la réadaptation et les soins à domicile); cette garantie d'accès serait introduite progressivement en fonction des ressources financières et humaines disponibles, là où des délais d'attente justifient d'intervenir, en commençant par les chirurgies électives en orthopédie et en ophtalmologie (remplacement du genou et de la hanche et chirurgie de la cataracte) et des chirurgies liées au cancer. Par la suite, la garantie d'accès pourrait s'étendre à d'autres types de services hospitaliers en fonction de critères de pertinence et de faisabilité, compte tenu de l'évaluation des résultats obtenus et des ressources disponibles.

Par ailleurs, des délais cliniquement acceptables et définis par les experts continueraient à s'appliquer pour les services en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie afin d'assurer une pleine garantie de services dans ces deux domaines. De plus, comme à l'heure actuelle, les situations urgentes qui menacent l'état de santé du patient seraient traitées en priorité.

- **Une ouverture partielle aux assurances privées** : l'assurance privée serait autorisée pour des interventions ciblées, prévues par règlement et pour lesquelles une garantie d'accès aux services aurait au préalable été accordée dans le secteur public; ainsi, dans un premier temps, il serait permis d'acquérir une assurance privée pour les chirurgies électives de la cataracte et de l'arthroplastie du genou et de la hanche. En fonction des résultats obtenus, on pourrait ensuite élargir cette ouverture aux assurances privées à d'autres soins médicaux et hospitaliers pour lesquels une garantie de soins aurait été préalablement accordée. Cependant, il resterait interdit de s'assurer pour des interventions importantes, comme la chirurgie cardiaque et les traitements de radio-oncologie, qui continueraient d'être offertes et financées uniquement par le système public.

L'assurance privée devrait couvrir tout l'épisode de soins, y compris la réadaptation et le soutien à domicile. Les soins devraient être obtenus dans des cliniques privées de la part de médecins qui ne participent pas au système public. À cet effet, les dispensateurs privés de soins pourraient être obligés de détenir un permis

d'hospitalisation. Enfin, ceux-ci seraient responsables des complications médicales survenues sous leur gouverne.

En accord avec la planification des effectifs médicaux, certaines conditions seraient imposées dans le but d'assurer une étanchéité entre le secteur public et le secteur privé et de limiter le nombre de médecins non participants. Parmi les conditions possibles, signalons les suivantes : interdiction de la double pratique, plafonnement du nombre de médecins autorisés à œuvrer dans le secteur privé, interdiction pour le médecin pratiquant dans le secteur privé de réclamer une rémunération supérieure à celle prévue en vertu de la RAMQ ou d'exiger un remboursement supérieur au tarif de la RAMQ de la part d'un assureur privé.

- **Le recours aux cliniques spécialisées affiliées (CSA) :** un statut de cliniques spécialisées affiliées serait accordé à des cliniques financées par des fonds privés. Un certain nombre d'interventions y seraient effectuées par des médecins engagés et rémunérés par le système public, selon un prix unitaire négocié. Les établissements publics pourraient faire appel à ces cliniques pour les chirurgies électives visées par la garantie d'offre de services, dans le cas de patients inscrits sur la liste d'attente au-delà du délai établi (6 mois dans le cas de la chirurgie de la cataracte, de la hanche et du genou)¹⁸.

Les frais de l'intervention seraient à la charge de l'établissement hospitalier qui défrayerait les coûts des services assurés, selon les paramètres actuellement en vigueur. Enfin, le système public aurait la responsabilité de tout l'épisode de soins (incluant la réadaptation et les soins à domicile).

Avec la solution proposée, le gouvernement veut améliorer l'accès aux soins de santé et réduire les délais d'attente, tout en sauvegardant l'intégrité du système public. Le document de consultation identifie deux défis principaux que le gouvernement doit relever pour atteindre son but. Il doit réussir à :

- conserver le plus d'étanchéité possible dans le financement des soins entre le secteur public et le secteur privé;
- accroître la production des services hospitaliers visés par la garantie d'accès, ce qui nécessitera, selon lui, une recherche soutenue de performance dans le système et l'utilisation accrue de ressources technologiques, humaines et financières.

¹⁸ Le document de consultation précise les conditions dans lesquelles la garantie de soins s'appliquerait dans le cas de la chirurgie de la cataracte et du remplacement de la hanche et du genou. Le patient devrait d'abord être vu par un médecin généraliste participant au régime public, puis référé à un médecin spécialiste participant qui poserait le diagnostic et inscrirait le patient sur la liste d'attente de l'établissement auquel il est rattaché. La garantie d'offre de services prendrait effet avec l'inscription sur la liste d'attente et donnerait lieu à un suivi personnalisé. Le patient devrait être traité dans un délai de six mois. Sinon, au cours de la période allant de six à neuf mois, la personne en charge du suivi devrait faire effectuer l'intervention dans un autre établissement hospitalier, de la région ou de l'extérieur de la région, ou dans une clinique spécialisée affiliée. Passé neuf mois, si l'intervention n'a toujours pas eu lieu, le patient obtiendrait les soins requis dans une clinique privée où pratique un médecin non participant, ou encore serait référé dans une autre province ou à l'étranger : Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité, op. cit., p. 45-48.*

Le gouvernement se propose donc d'ouvrir à l'assurance privée pour les soins médicaux et hospitaliers, mais de restreindre cette ouverture de façon à en limiter les effets indésirables sur l'intégrité du système et les clientèles vulnérables. En cela, il se rapproche davantage de la proposition formulée par des membres du Centre de recherche CIRANO, dans le cadre d'une étude effectuée pour le rapport Ménard, que de la recommandation retenue par le rapport Ménard lui-même, comme on l'a vu précédemment. En effet, les auteurs de cette étude suggère « ... la possibilité que certains services de santé "moins essentiels" puissent, tout en continuant à être couverts par une assurance publique, être inclus dans des régimes d'assurance complémentaire privés selon des termes et des conditions qui restent à définir »¹⁹. Les auteurs de cette étude recommandent que le système se dirige vers une couverture mixte (privé-public) d'assurance, à l'instar de celle qui caractérise le régime québécois d'assurance médicaments.

Par ailleurs, le gouvernement croit que la garantie d'accès aux services permettra d'améliorer l'accès aux services et de mieux répondre aux attentes des citoyens en ce sens que les établissements publics seront tenus de mieux informer les patients sur le cheminement de leur cas et amenés à revoir leurs pratiques pour respecter la garantie d'accès offerte.

Enfin, on peut penser que le gouvernement mise sur la collaboration qu'il souhaite établir avec les cliniques spécialisées affiliées, espérant sans doute que ces cliniques auront un impact positif sur l'évolution des pratiques et sur les coûts.

2.3 L'EXAMEN DES TROIS PRINCIPAUX MÉCANISMES ENVISAGÉS

Les mécanismes envisagés permettront-ils de répondre aux attentes gouvernementales, c'est-à-dire de réduire les délais d'attente, tout en préservant l'intégrité du système public? Dans son document, le gouvernement identifie certains pièges. Ainsi, il faut éviter :

- un déplacement important des ressources spécialisées vers le secteur privé;
- un accroissement de l'offre de services de santé financée par le privé qui se traduirait par une hausse des intervenants indépendants en santé et une fragmentation de l'offre, ce qui irait à l'encontre des efforts entrepris pour améliorer l'intégration, la continuité et la qualité des soins et favoriser une meilleure utilisation des ressources;
- un recours étendu aux assurances privées qui rendrait plus difficile le contrôle de la qualité et des coûts et plus complexe la gestion globale du système, avec la conséquence probable d'une hausse de la part du PIB consacrée aux dépenses de santé.

¹⁹ Joanne CASTONGUAY, Virginie GIROUX et Claude MONTMARQUETTE. *Pour un financement durable de la santé au Québec*, CIRANO, version du 1^{er} mars 2005, Annexe 2 du Rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec (rapport Ménard), Québec, le Comité, 2005, p. 58.

En revanche, le document fait état de certains facteurs qui viendraient atténuer les risques de tels glissements. On pense aux règles visant à limiter le déplacement des médecins vers le secteur à financement privé, au peu d'empressement que les employeurs pourraient démontrer à étendre la portée des assurances collectives en santé étant donné les coûts impliqués et, enfin, à l'incapacité financière d'une majorité de la population à s'offrir une assurance privée à titre personnel.

En gardant en tête les principes à respecter énoncés par le gouvernement, le Conseil analyse plus finement la portée des trois principaux mécanismes et soulève des interrogations dans la dernière section de ce chapitre.

2.3.1 LA GARANTIE D'ACCÈS AUX SERVICES

Le Conseil est heureux que le gouvernement ait décidé d'accorder, en réponse au jugement de la Cour suprême, une garantie d'accès aux services. Cette garantie de soins vient confirmer le droit, pour les citoyennes et les citoyens, de recevoir, en temps opportun, les soins médicaux que leur état requiert, c'est-à-dire dans un délai qui n'entraîne pas d'effets nocifs sur leur santé²⁰. À l'instar des signataires du rapport Kirby déjà cité, le CSF croit que l'offre d'une telle garantie de soins représente la meilleure façon de renforcer l'appui de la population au système public de santé.

Au-delà de l'attention immédiate qui sera accordée aux cas de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie, le CSF se réjouit que le gouvernement ait décidé de donner priorité aux chirurgies liées au cancer ainsi qu'aux chirurgies électives de la cataracte et du remplacement de la hanche et du genou. En effet, les statistiques indiquent que ces trois dernières chirurgies concernent majoritairement les femmes.

Par ailleurs, pour la personne inscrite sur une liste d'attente dans le cas des trois chirurgies mentionnées plus haut, on parle d'un délai d'attente de six mois avant qu'elle ne soit référée dans un autre établissement (hôpital ou clinique spécialisée), si elle n'a pas réussi à être soignée dans le centre hospitalier où elle est inscrite ou dans un autre hôpital de la région. Si l'intervention n'a toujours pas eu lieu, on parle d'un délai supplémentaire de trois mois avant d'être confiée aux soins d'un médecin qui ne participe pas au régime public ou référée dans une autre province ou à l'étranger.

Il faut souhaiter que la période précédant l'inscription sur la liste d'attente ne vienne pas allonger indûment le temps d'attente entre la demande de rendez-vous chez le médecin généraliste (étant donné les pénuries existantes), la rencontre avec ce médecin, puis la référence au médecin spécialiste, l'établissement du diagnostic après l'obtention des résultats d'examen requis et, enfin, l'inscription sur la liste d'attente. Il ne faut pas perdre de vue que ces délais préalables peuvent être longs et que la période d'attente n'est pas sans conséquences pour le patient – douleur, incapacité, risque d'aggravation de la situation et possible détérioration irréversible de l'état de santé – et qu'elle occasionne la plupart du temps des coûts directs et indirects : coûts en médicaments, perte de revenu et, parfois, réduction à long terme du potentiel productif.

²⁰ Sur le sujet, consulter : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Op. cit.*, Partie III : La garantie de soins de santé, p. 107-134.

Pour qu'il y ait inscription sur la liste d'attente et garantie d'accès, il faudra que le patient ait consulté un médecin généraliste et un médecin spécialiste qui participent tous deux au régime public, ce que le CSF approuve. Ainsi, la consultation d'un médecin non participant ne pourra permettre d'obtenir plus rapidement, dans un établissement public, une intervention visée par la garantie d'accès.

Ce mécanisme de garantie d'accès nécessitera vraisemblablement l'injection de sommes additionnelles dans le système si l'on ne veut pas qu'elle soit accordée au détriment d'autres types d'interventions tout aussi importantes et si on souhaite en étendre graduellement l'application à d'autres services médicaux.

2.3.2 LE RECOURS AUX CLINIQUES SPÉCIALISÉES AFFILIÉES

L'évolution des pratiques médicales, grâce au développement de la science et de la technologie, rend de plus en plus fréquentes les interventions de courte durée. Ces interventions requièrent souvent des plateaux techniques moins sophistiqués et moins coûteux que les blocs opératoires traditionnels des centres hospitaliers. Or, faute d'installations de ce type en nombre suffisant et avec les limites imposées pour l'utilisation des blocs opératoires, les médecins se disputent souvent le temps dans les salles d'opération et il semble que les interventions électives doivent parfois céder le pas aux interventions plus urgentes, ce qui expliquerait en partie l'allongement des listes d'attente dans le cas des interventions électives.

Cette situation justifierait le recours aux cliniques spécialisées affiliées que le gouvernement propose comme alternative, lorsque le centre hospitalier n'est pas en mesure de réaliser, dans les délais prescrits, une intervention à laquelle s'applique la garantie d'accès (par exemple, après un délai de six mois dans le cas des chirurgies de la cataracte, du genou et de la hanche). Le gouvernement laisse entendre qu'il serait avantageux de recourir à de telles cliniques financées par des fonds privés, spécialement dans les villes plus peuplées comme Montréal, Québec et Sherbrooke.

Or, sans qu'il soit question d'un effet immédiat, y a-t-il risque que la mise sur pied des cliniques affiliées, en mettant en place de nouveaux paramètres, s'inscrive dans un mouvement menant à un accroissement du financement privé et du rôle joué par les dispensateurs privés avec les conséquences possibles à plus long terme sur les coûts aux usagers, la répartition des effectifs médicaux, l'équité dans l'accès aux soins et les coûts globaux du système?

Le gouvernement a l'intention de faire appel aux cliniques spécialisées affiliées dans le cadre de la garantie d'accès aux services et il assure que le régime public se chargera alors de tous les coûts, comme il l'aurait fait en milieu hospitalier. Mais sera-t-il pour autant interdit à une personne, en attente d'une intervention visée par la garantie de soins mais désireuse d'avoir un accès plus rapide aux soins, de recourir directement à une telle clinique en s'engageant à payer les frais inhérents à l'intervention autres que ceux ayant trait à l'acte posé par le médecin participant au régime public et défrayé par la RAMQ?

On peut également supposer que ces cliniques privées deviendront des lieux propices à la réalisation de petites chirurgies électives où, à la différence des interventions effectuées à la clinique externe des hôpitaux, des frais afférents peuvent être imposés (frais de médicaments et des produits anesthésiants, frais de pansements et pour le temps d'usage du plateau technique, etc.). De tels frais sont d'ailleurs souvent imposés pour des avortements réalisés dans des cliniques privées à l'extérieur de l'hôpital.

De plus, un récent article d'un hebdomadaire régional fait directement allusion à une telle possibilité à la faveur d'un investissement de 3 millions de dollars réalisé dans une clinique destinée à la chirurgie²¹. On présente cette clinique comme le premier centre de santé privé entièrement dédié à la chirurgie au Québec où les médecins spécialistes participants seront rémunérés par l'État. L'investissement réalisé permettra d'ajouter, aux interventions d'un jour déjà effectuées dans le domaine de l'urologie, de la gynécologie et de la chirurgie générale, une offre dans les services chirurgicaux en orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et chirurgie vasculaire dentaire, buccale et plastique. On écrit :

« De fait, dans le cas d'une chirurgie ne nécessitant aucune urgence, mais jugée nécessaire à la santé du patient, celui-ci aura le privilège d'utiliser sa carte-soleil comme il le ferait à l'hôpital et [de] se soustraire aux longues listes d'attente moyennant un déboursé pour les coûts inhérents au traitement et à la chirurgie. C'est ainsi dire que l'État rémunère le médecin pour l'acte chirurgical, alors que le patient assume les frais reliés aux analyses sanguines, procédures de diagnostic tels les radiographies, échographies et tomodensitogrammes, médicaments, matériel prothétique, pansements ou aux soins infirmiers spécifiques.

« Par contre, si une intervention médicale s'avérait purement facultative et conséquemment non couverte par la RAMQ, le patient devrait alors payer tous les coûts liés à l'intervention, y compris les honoraires du chirurgien. Toutefois, toutes les rencontres avec le spécialiste pour les évaluations pré et post-opératoire peuvent être couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec. »

Par ailleurs, les interventions de remplacement du genou et de la hanche requièrent habituellement un suivi postopératoire d'une durée de 7 à 10 jours. Ce suivi sera-t-il réalisé dans les cliniques spécialisées elles-mêmes – on parlerait alors de la mise sur pied de petits hôpitaux pouvant héberger des patients – ou fera-t-on appel à des cliniques de convalescence pour le suivi postopératoire et la réadaptation ou, encore, aux ressources déjà en place dans les établissements publics? La même question se pose dans le cas des cliniques privées où pratiquent des médecins qui ne participent pas au régime public en ce qui a trait au lieu où s'effectuent l'intervention et le suivi postopératoire. À cet égard, le document de consultation mentionne que ces cliniques pourraient être tenues d'obtenir un permis d'hospitalisation, ce qui laisse entendre qu'elles pourraient héberger des patients.

²¹ Stéphane ST-AMOUR. « Le groupe OPMEDIC investit 3 M\$ dans une clinique destinée à la chirurgie privée. Le système de garantie d'accès aux soins de santé du ministre Couillard arrive à point nommé », *Courrier Laval*, 19 février 2006, p. A3.

Or, alors que l'ensemble des coûts des interventions effectuées en milieu hospitalier public sont à la charge du régime public, peut-on penser que, lorsque l'intervention sera effectuée dans une clinique privée par un médecin participant mais sans que la garantie d'accès aux services s'applique, les patients pourraient être appelés à déboursier pour les coûts autres que ceux reliés à l'acte médical lui-même, et ce, pour des interventions plus sérieuses? La question de la sécurité des patients et celle de la responsabilité publique pourraient également être soulevées dans ce cas, notamment pour des interventions de plus d'un jour.

Il faut aussi se demander si on utilise à leur pleine capacité les cliniques externes et les centres ambulatoires qui ont été plus récemment aménagés dans les centres hospitaliers publics. Ne faudrait-il pas développer, dans cette veine, des plateaux techniques plus légers et moins coûteux requis, par exemple, dans les espaces actuellement vacants des établissements publics? Également, le milieu hospitalier, avec son département de soins intensifs, n'est-il pas plus en mesure qu'une petite clinique privée de faire face aux imprévus qui peuvent subvenir quand une intervention tourne mal? Enfin, on peut penser que les médecins pratiquant en milieu hospitalier et disposant des mêmes équipements de pointe que les cliniques spécialisées pourraient s'y révéler tout aussi productifs. Il faut noter que, dans les deux cas, en milieu hospitalier comme dans les cliniques affiliées, les médecins participants seront payés à l'acte.

Toutefois, il faut reconnaître que le concept de cliniques affiliées permettrait au gouvernement de réaliser des économies à court terme sur le coût des infrastructures qui seraient alors financées par des intérêts privés. Cependant, il ne s'agit pas d'une économie sur le long terme puisque le gouvernement absorbera le coût de ces investissements à même le paiement de chacune des interventions qu'il y fera effectuer. Enfin, contrairement aux établissements publics, les cliniques privées ne sont pas des lieux qui font une place à la participation citoyenne. Pour favoriser cette participation et afin d'établir un secteur témoin, le gouvernement pourrait susciter la mise sur pied de cliniques spécialisées affiliées ayant un statut de coopérative ou à but non lucratif. Dans un tel cas, le financement de telles infrastructures ne pourrait-il pas provenir, en partie, de la Caisse de dépôt et de placement du Québec ou des fonds d'investissement des travailleurs promus par les organisations syndicales?

2.3.3 *UNE OUVERTURE PARTIELLE À L'ASSURANCE PRIVÉE*

Sur ce plan également, il est nécessaire de juger la situation, non pas en fonction des effets attendus à court terme, mais plutôt au regard des tendances qui pourraient influencer peu à peu l'évolution du système de santé et des services sociaux. À cet égard, la possibilité d'acquiescer, auprès d'un assureur privé, une protection contre les coûts résultant d'une éventuelle chirurgie de la cataracte, du genou et de la hanche, effectuée par un médecin non participant au régime public, ne constitue pas, en soi, un marché attractif pour les assureurs privés. Cependant, l'ajout d'une telle protection à la couverture complémentaire déjà offerte par les assureurs privés – assurance médicaments, tests en laboratoire, radiologie, services de physiothérapie, de psychologie, d'acupuncture, frais complémentaires comme l'assurance voyage, chambre privée et semi-privée à l'hôpital, etc. – se conçoit plus facilement. De plus, cette avenue

pourra apparaître plus intéressante s'il y a une extension graduelle de la couverture d'assurance privée à d'autres soins médicaux et hospitaliers, comme le gouvernement envisage de le faire, et si la prime versée donne droit à une réduction d'impôt.

Les assureurs privés ne pourraient-ils pas en venir également à couvrir davantage les frais reliés aux interventions médicales qui sont réalisées dans les cliniques privées par des médecins participants, mais qui vont au-delà de l'acte médical défrayé par la RAMQ? Il pourrait en être de même pour les frais de clinique et de convalescence imposés dans le cas d'actes visés par la garantie de soins, s'il devenait possible pour un patient de recourir plus rapidement aux services d'un médecin participant dans une clinique spécialisée affiliée, sans suivre le cheminement prédéterminé par la garantie d'accès, mais en acceptant de défrayer les frais afférents.

Certes, une telle assurance ne serait pas à la portée de toutes les bourses. Mais elle pourrait être offerte par l'intermédiaire d'un régime collectif en emploi ou être acquise, à titre personnel, par des gens plus fortunés ou à faible risque pour l'assureur. L'attrait d'une telle assurance dépendrait évidemment avant tout de la capacité du régime public d'offrir des soins médicaux et hospitaliers dans un délai acceptable. Là est le réel défi!

De son côté, un médecin pourra être tenté par un statut de non participant s'il se sent sous-utilisé dans le système public et y voit l'occasion d'effectuer un plus grand nombre d'interventions, à plus forte raison si des plateaux techniques bien équipés deviennent davantage disponibles à la faveur du développement des cliniques privées et si un nombre suffisant de personnes disposent des moyens financiers ou d'une assurance leur permettant de recourir à ses services.

On sait que le gouvernement envisage d'imposer certaines règles afin d'empêcher qu'un déplacement des ressources spécialisées, du secteur public vers le secteur privé, ne se fasse au détriment du secteur public. Cependant, il pourrait être délicat, pour y arriver, d'imposer un plafond à la tarification réclamée dans une clinique privée dans la mesure où le médecin non participant est un entrepreneur privé qui ne dépend de l'État ni pour ses revenus, ni pour son lieu de travail, ni pour les équipements utilisés. De plus, sur le plan de l'équité entre les médecins, serait-il acceptable de mettre fin, de façon abrupte, à toute possibilité pour un médecin de s'inscrire comme non participant pour la raison qu'un nombre trop élevé de médecins ont déjà adopté ce statut? Serait-on alors contraint de s'orienter vers une double pratique pour les médecins qui pourraient dorénavant pratiquer à la fois dans le secteur financé par le public et dans le secteur financé par le privé, avec les risques de distorsion possibles dans la pratique médicale et dans l'affectation du temps alloué entre les deux secteurs et la perspective de pressions inflationnistes sur la rémunération? On se retrouverait vraisemblablement dans un système où la planification des ressources est plus complexe, le contrôle des coûts globaux plus ardu et l'accès aux soins de santé moins équitable.

2.4 LES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Dans le contexte de la réponse proposée par le gouvernement au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis :

Le Conseil du statut de la femme souhaite que le gouvernement puisse conserver le plein contrôle sur la planification des services et l'allocation des ressources matérielles et humaines dans le secteur de la santé et des services sociaux, étant donné le fort attachement que la population féminine éprouve pour le système public de santé et des services sociaux, à cause des besoins spécifiques des femmes, de leurs moyens financiers, de leur engagement auprès de leurs proches et du nombre important de travailleuses qui œuvrent dans ce secteur.

Dans la perspective des cinq grands principes énoncés par le gouvernement :

- 14. Le Conseil du statut de la femme approuve pleinement la volonté du gouvernement du Québec d'assujettir sa réponse au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis à son objectif prioritaire qui est de maintenir un système public de santé et des services sociaux universel et équitable.**
- 15. Le Conseil du statut de la femme appuie la décision gouvernementale de rejeter l'option d'une ouverture maximale ou intermédiaire au financement et à la dispensation privés des soins de santé.**
- 16. Le Conseil du statut de la femme recommande au gouvernement de ne pas renoncer définitivement à la possibilité d'invoquer la clause dérogatoire dans l'éventualité où de nouveaux jugements des tribunaux pourraient, dans l'avenir, porter atteinte à l'intégrité de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec et aux objectifs poursuivis.**

Dans l'optique du Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente envisagé par le gouvernement :

- 17. Le Conseil du statut de la femme salue l'offre de la garantie d'accès aux services parce qu'elle va dans le sens d'une reconnaissance du droit, pour les citoyennes et les citoyens, de recevoir, en temps opportun, les soins médicaux et hospitaliers que leur état de santé requière.**

Dans le but d'accélérer la diminution des listes d'attente et de favoriser l'équité dans l'accès aux services :

- 18. Le Conseil du statut de la femme endosse l'intention gouvernementale d'accroître, dans le système public, l'accès aux services diagnostiques en radiologie et en laboratoire.**
- 19. Le Conseil du statut de la femme recommande au gouvernement de tout mettre en œuvre pour assurer une utilisation maximale, efficiente et équitable du potentiel des établissements publics :**

- en levant les quotas touchant la pratique médicale et l’utilisation des équipements hospitaliers;
- en misant sur le développement de la clinique externe de l’hôpital et les centres ambulatoires publics;
- en faisant appel à tous les moyens qui sont à sa disposition pour éviter un déplacement de la main-d’œuvre spécialisée nécessaire au système public vers le secteur financé par le privé : interdiction de la double pratique, contrôle sur la non-participation des médecins au régime public, interdiction d’utiliser les équipements publics pour les médecins qui ne participent pas au régime public, etc.

Afin que le gouvernement puisse avoir le contrôle souhaité sur la planification des ressources matérielles et humaines et sur l’évolution des coûts globaux dans le secteur de la santé :

20. Le Conseil du statut de la femme recommande au gouvernement de s’assurer que l’ouverture envisagée aux assurances privées et à la dispensation des services par des cliniques privées respecte bien le critère de gestion publique inscrit dans la Loi canadienne sur la santé et qu’elle ne risque pas d’avoir des effets préjudiciables dans l’avenir, en raison des accords régionaux ou internationaux de commerce dans le domaine des services.
21. Le Conseil du statut de la femme propose que le recours aux cliniques spécialisées affiliées se fasse, pour l’instant, uniquement pour les trois interventions prévues (arthroscopie de la hanche et du genou et chirurgie de la cataracte) à titre d’expérience pilote.
22. Le Conseil du statut de la femme recommande que ce recours soit encadré par une réglementation stricte, limité à une période de cinq ans et assorti d’une obligation d’évaluation des coûts comparatifs, et qu’un rapport soit déposé à cet effet à l’Assemblée nationale. Enfin, qu’il y ait consultation publique avant d’envisager une ouverture à d’autres interventions dans le cadre des cliniques spécialisées affiliées.
23. Le Conseil du statut de la femme propose que, dans le but de favoriser la participation des usagers et des usagers et de servir de secteur témoin, la mise sur pied de cliniques spécialisées ayant le statut de coopérative ou à but non lucratif soit encouragée et que soit étudiée la possibilité que les capitaux nécessaires aux infrastructures proviennent, en partie, de la Caisse de dépôt et de placement du Québec ou des fonds d’investissement des travailleurs promus par les organisations syndicales.
24. Le Conseil du statut de la femme souhaite que les évaluations envisagées portent également sur les conséquences d’une ouverture plus grande aux assurances privées dans la perspective où elles occupent déjà une certaine place dans la couverture des dépenses périphériques aux soins médicaux et où la part des dépenses privées dans les dépenses totales en santé atteint déjà environ 30 %.

25. Le Conseil du statut de la femme suggère que, dans l'attente des résultats de ces évaluations, le gouvernement ne ferme pas la porte à une extension de la garantie d'offre de services à d'autres actes médicaux et hospitaliers dans la mesure de ses moyens et des possibilités, mais sans que l'on fasse une ouverture correspondante à l'assurance privée.
26. Le Conseil du statut de la femme recommande que le gouvernement encadre davantage la pratique des médecins participants dans les cliniques privées en ce qui a trait aux frais accessoires demandés aux patients et qu'une étude exhaustive soit menée sur toute la question de ces frais qui vont au-delà de l'acte médical faisant l'objet d'un remboursement par la RAMQ.
27. Le Conseil du statut de la femme recommande que les études et les évaluations demandées prennent en considération les conditions de vie et les réalités différentes des femmes et des hommes tout au long de leur vie.

Tenant compte de la sécurité des patients, de la responsabilité publique dans la dispensation des soins de santé et pour éviter l'instauration d'un système à double vitesse dans le cas des actes médicaux couverts par la RAMQ, mais auxquels ne s'applique pas la garantie d'offre de services :

28. Le Conseil du statut de la femme suggère au gouvernement de se pencher sur le concept et la définition du statut des cliniques médicales spécialisées financées par des fonds privés dans le but d'éviter la formation, en parallèle, d'un réseau de petits hôpitaux privés à but lucratif qui permettraient des séjours de plus de 24 heures.
29. Le Conseil du statut de la femme recommande que des maisons publiques de convalescence et de réadaptation ou des lits à cet effet dans des établissements publics soient mis gratuitement à la disposition des usagères et des usagers qui, après une intervention médicale, n'ont plus besoin de soins hospitaliers intensifs, mais dont l'état de santé ou la situation personnelle ne permet pas un retour sécuritaire à domicile, et ce, avec la préoccupation de ne pas alourdir la tâche des proches-aidantes et des proches-aidants et leur imposer des responsabilités médicales qu'ils ne sont pas en mesure d'assumer.

CHAPITRE III

LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À LA LUMIÈRE DES CHANGEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans ce troisième et dernier chapitre, le Conseil traite du financement du système de soins de santé et des services sociaux à la lumière des changements sociodémographiques qui se sont produits au Québec. Le Conseil fait d'abord état de la contribution qui peut être attendue des femmes au regard de leur participation à la richesse collective et dans le contexte actuel de faible natalité, tout en évoquant la question du vieillissement de la population et des services qu'il est nécessaire d'apporter aux personnes en perte d'autonomie. Ensuite, il est question brièvement de l'enjeu majeur que constitue le financement du système de soins de santé et des services sociaux et des solutions esquissées dans le document de consultation.

3.1 LES FEMMES COMME PARTIES PRENANTES DES DÉFIS À RELEVER

Les femmes peuvent être parties prenantes des défis économiques et démographiques que le Québec doit relever si des conditions propices sont en place. Sur la question de la capacité du Québec de dégager des budgets nécessaires pour financer ses dépenses et, notamment, assurer les ressources nécessaires au secteur de la santé et des services sociaux et sans vouloir nier pour autant les inquiétudes soulevées par les perspectives démographiques, il faut prendre acte que les femmes contribuent et contribueront de plus en plus au dynamisme de l'économie et aux revenus de l'État par leurs taxes et impôts. Leur apport plus grand au marché du travail permettra d'atténuer les conséquences anticipées de la baisse de la population d'âge actif sur les finances publiques. En outre, devenues âgées, ces femmes compteront vraisemblablement moins sur les transferts publics pour assurer leurs besoins que celles des générations précédentes.

Par ailleurs, le Québec est également confronté à une faible natalité qui ne permet pas le renouvellement des générations, un défi qui interpelle également les femmes au premier chef. Les Québécoises qui souhaitent avoir des enfants se retrouvent alors devant le double défi de contribuer, par leur emploi, à leur propre subsistance et à la richesse collective, tout en assumant des responsabilités parentales. Sur ce plan, l'expérience des pays européens qui ont réussi à atteindre simultanément un taux élevé d'emploi et un taux relativement élevé de fécondité - on pense notamment aux pays nordiques - montre l'importance de miser en continu sur des politiques favorables à la conciliation travail/famille et au partage des responsabilités parentales entre les conjoints et avec la société. À cet égard, les nouvelles dispositions sur les services de garde appliquées à partir de 1997 coïncident avec une hausse notable du taux d'emploi des Québécoises de 25 à 44 ans, en comparaison des taux atteints en Ontario et dans les autres provinces canadiennes, et les mesures qui se sont ajoutées par la suite - on pense au soutien aux enfants et au régime québécois d'assurance parentale - devraient également être favorables à cette tendance.

Il importe donc de miser sur une pleine utilisation du potentiel féminin par des politiques d'éducation, de formation et de conciliation travail/famille, sans oublier, non

plus, les mesures de formation continue et de recyclage pour maintenir en emploi les travailleuses plus âgées ou celles œuvrant dans des secteurs menacés par le chômage. De plus, les mesures axées sur la reconnaissance des diplômes et des compétences des nouvelles arrivantes, souvent très scolarisées, peuvent également faire contrepois à la réduction appréhendée de la population d'âge actif.

Dans ce contexte où les femmes sont actives sur le marché du travail, tout en assumant le soin et l'éducation des enfants, la responsabilité du soutien aux personnes âgées, malades ou en perte d'autonomie ne peut leur être principalement imputée comme à l'époque où elles demeuraient au foyer ou occupaient un emploi d'appoint et où l'entité familiale, plus stable, comptait davantage de membres vivant en relative proximité géographique. Il faut donc voir à ce que des ressources et des services adaptés à la situation des personnes en perte d'autonomie soient accessibles physiquement et financièrement, et ce, sur une base continue. Les membres de la famille qui le peuvent sont généralement disposés à apporter un soutien affectif et moral aux personnes de la famille qui le nécessitent. Ils peuvent également apporter une assistance complémentaire ou occasionnelle, mais ne sont pas en mesure de remplacer le soutien professionnel et institutionnel requis sur une base régulière.

On sait que trois documents ministériels traitant des services aux personnes âgées en perte d'autonomie ont été rendus publics au cours des dernières années : *Chez soi le premier choix. La politique de soutien à domicile*²², *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*²³ et, enfin, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*²⁴.

Le Conseil ne veut pas commenter à fond ces documents, mais il partage, de façon générale, la vision qui sous-tend la *Politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix* et les principes sur lesquels elle s'appuie :

- priorité donnée au choix des individus;
- reconnaissance du statut de proche-aidant et de sa liberté d'engagement;
- conception d'une approche de soutien global;
- neutralité financière pour l'utilisateur.

L'affirmation, dans le présent document de consultation, de l'importance que le gouvernement accorde aux principes d'universalité, d'équité et au caractère public des services, en conformité avec les valeurs québécoises, va aussi dans le sens des valeurs auxquelles adhère le Conseil. Cependant, la volonté ferme qui est exprimée de geler le nombre de places en hébergement public et de faire de la communauté le lieu privilégié

²² Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, le Ministère, 2003, 43 p.

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, Québec, le Ministère, 2005, 51 p.

²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, le Ministère, 2001.

pour la prestation des soins et des services aux personnes âgées soulève des interrogations.

Il est vrai que la grande majorité des personnes âgées manifestent le désir de demeurer à domicile le plus longtemps possible. Mais on sait aussi que la probabilité de connaître des incapacités lourdes augmente avec l'âge, que les personnes très âgées seront de plus en plus nombreuses dans l'avenir et que les femmes se retrouvent souvent seules à la fin de leur vie, après avoir pris soin d'un conjoint plus âgé. Il apparaît donc que des solutions devront être trouvées, tant du côté des infrastructures publiques que du côté des ressources et des services disponibles dans la communauté, si l'on veut que les personnes âgées puissent vieillir dignement et le plus confortablement possible, tout en considérant que les proches, quelle que soit leur bonne volonté, ne peuvent souvent pas jouer un rôle déterminant dans le soutien à domicile à long terme des personnes en lourde perte d'autonomie.

3.2 LES SOLUTIONS ESQUISSÉES POUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le système public de santé et des services sociaux doit être financé suffisamment pour être en mesure de fournir à la population, en temps opportun, les soins et les services qui sont requis. Il s'agit d'un enjeu majeur qu'il faudra prendre en considération. Sinon, nous risquons de glisser vers un système où l'assurance privée et la prestation privée de services joueront un rôle de plus en plus grand dans un système où l'accès aux soins et aux services sera moins équitable.

Les commissions et les groupes d'études qui se sont penchés sur l'avenir du système public de santé se sont souvent intéressés au panier de services assurés et aux diverses façons qu'il y aurait d'accroître les ressources disponibles : hausse de l'impôt sur le revenu, primes imposées aux assurés, augmentation de la taxe à la consommation, copaiement exigé des usagers, etc. Le Conseil n'entend pas discuter à fond de ces hypothèses étant donné que le document de consultation n'aborde pas la question sous cet angle. Cependant, dans l'ensemble, le Conseil demeure attaché à un système qui tient compte de la capacité de payer des assurés pour son financement et des besoins des usagères et des usagers dans l'accès aux services.

Par ailleurs, dans son mémoire à la commission Clair, le Conseil s'était prononcé sur l'éventualité de faire appel à une contribution de l'usagère et de l'utilisateur pour la consommation des services de santé et des services sociaux. Il avait marqué sa préférence pour le prélèvement de revenus fiscaux, faisant valoir les effets moins souhaitables d'une contribution de l'utilisateur :

« L'imposition d'une contribution aux usagers :

- transfère des contribuables aux patients le coût des soins;
- représente un mode de financement moins progressif, car il ne tient pas compte de la capacité de payer des personnes;
- est généralement peu efficace en tant que ticket modérateur;

- peut cependant représenter un frein à la consommation pour les personnes qui disposent de ressources insuffisantes;
- occasionne des frais de perception;
- peut être discriminatoire pour certaines personnes si des groupes en sont exemptés et que la situation des premières n'est pas différente de celle des secondes;
- peut mener à un système à deux vitesses à l'intérieur du système public dans la mesure où les contributions sont facultatives et permettent un accès plus rapide aux soins ou à de meilleurs services aux personnes qui acceptent ou ont les moyens de les acquitter²⁵. »

Par ailleurs, le Conseil verrait d'un bon œil que le gouvernement informe davantage sur les ressources financières requises par le système de santé et des services sociaux. À titre pédagogique, il serait également intéressant de mentionner les autres postes budgétaires qui contribuent plus largement à la santé et au bien-être de la population. On pense, par exemple, à certaines sommes affectées par d'autres ministères à l'information et à l'éducation, à la lutte contre la pauvreté ou, encore, aux sommes consacrées à l'assainissement du milieu, etc.

Il est douteux cependant qu'on puisse attendre d'une telle campagne d'information une source importante d'économie qui viendrait d'une consommation plus responsable des services. En effet, en matière de soins de santé, c'est souvent le médecin qui détermine les tests, les examens et les soins nécessaires. De plus, comme il y a pénurie de médecins, on peut difficilement parler de surconsommation si ce n'est que, avec une première ligne mieux organisée, on devrait réduire les coûts du côté des consultations à l'urgence des hôpitaux et du recours à l'hospitalisation.

Enfin, le document de consultation soulève l'hypothèse de la création d'une assurance contre la perte d'autonomie. Cette proposition, qui avait été formulée par la commission Clair, a aussi été retenue dans le rapport Ménard qui y voit une façon de financer le coût des services requis pour les personnes en perte d'autonomie (services de maintien à domicile, centres de jour, hébergement, etc.) à l'exception des soins médicaux et hospitaliers qui continueraient d'être défrayés par l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie.

À cet égard, il pourrait être difficile de trancher de façon nette entre ce qui relève des soins médicaux et ce qui relève des services personnels ou sociaux. Cependant, sans affirmer que c'est la voie qu'il faut absolument suivre, le Conseil croit qu'une telle proposition mérite d'être étudiée plus à fond. Cette caisse serait financée principalement par des cotisations prélevées sur les revenus auprès de la population. Elle pourrait également recevoir des fonds d'autres natures. Toutes les personnes en perte d'autonomie y auraient accès, quel que soit leur revenu. Enfin, il s'agirait d'une caisse partiellement capitalisée, la réserve constituée permettant de faire face, au moment requis, aux déboursés supplémentaires rendus nécessaires par le vieillissement de la

²⁵ Conseil du statut de la femme. *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*, op. cit., p. 29.

population. Certaines sommes pourraient également être affectées à la prévention. Dans son mémoire à la commission Clair, le CSF écrivait ce qui suit sur l'assurance contre la perte d'autonomie (aussi appelée « Régie d'assurance vieillesse ») :

« Cette proposition comporte à nos yeux un certain intérêt pour les raisons suivantes :

- assurer de façon satisfaisante des services pour les personnes en perte d'autonomie représente un défi important pour toute société;
- les besoins à ce titre croîtront de façon importante dans l'avenir alors que les actifs seront moins nombreux qu'aujourd'hui pour en assumer le coût;
- les personnes âgées en perte d'autonomie ont, dans les faits, peu de pouvoir politique. Cependant, comme elles auront contribué durant leur vie à la caisse d'assurance vieillesse, l'État aura, plus que dans la situation actuelle, l'obligation morale de leur assurer les services promis;
- l'universalité du régime (tous participent à son financement et tous ont droit aux services le moment venu) est un gage qu'une population relativement nombreuse sera préoccupée de la qualité et de la suffisance des services offerts, contrairement à ce qui se passe dans les régimes qui ciblent seulement les personnes les plus défavorisées;
- enfin, cette "prévoyance financière" ne pourra qu'être bénéfique aux femmes étant donné leur longévité et leur pauvreté relatives.

« Bien entendu, les avantages escomptés du régime d'assurance vieillesse reposent sur le présupposé que l'argent recueilli serait bien utilisé aux fins prévues. En outre, avant de donner suite à cette proposition, il faudrait s'assurer qu'elle se classe avantageusement lorsque comparée à d'autres façons qu'il y aurait d'utiliser l'argent ainsi placé dans l'assurance vieillesse : remboursement de la dette, accroissement des budgets en éducation ou en santé, accroissement de la consommation, investissement dans des secteurs de pointe, etc.

« Enfin, l'établissement d'une telle caisse pourrait entraîner une hausse du fardeau fiscal des particuliers si le coût des contributions n'est pas compensé autrement. Il s'agit donc d'un choix de société qui devrait être débattu. »

La Conseil croit qu'une telle proposition devrait faire partie des hypothèses présentées lorsque le gouvernement consultera plus précisément sur le financement du système de santé et des services sociaux et sur les avenues de solution permettant de satisfaire les attentes des citoyens et des citoyennes, mais également d'assurer l'intégrité et la pérennité du système public.

3.3 LES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Dans le contexte du débat sur les finances publiques et sur la capacité de l'État d'assurer le financement du système de santé et des services sociaux :

Le Conseil du statut de la femme croit qu'il faut tenir compte des changements sociodémographiques qui se sont produits au Québec et qui ont notamment modifié le rôle et les responsabilités assumés par les femmes.

Considérant que les femmes peuvent être parties prenantes des défis que le Québec doit relever en matière de performance économique, de finances publiques et de renouvellement démographique, si les conditions propices sont mises en place :

30. Le Conseil du statut de la femme recommande au gouvernement de poursuivre ses efforts en vue de l'adoption de politiques favorisant la mise en valeur du potentiel féminin sur le marché du travail, la pleine reconnaissance et le partage des responsabilités parentales ainsi que la conciliation travail/famille.

31. Le Conseil du statut de la femme recommande également que, au regard des soins et des services à apporter aux personnes âgées, les solutions soient recherchées, tant du côté des infrastructures publiques que du côté des ressources et des services disponibles dans la communauté, afin que les personnes âgées puissent vieillir dignement et le plus confortablement possible, tout en considérant que les proches, quelle que soit leur bonne volonté, ne peuvent souvent jouer un rôle déterminant dans le soutien à domicile à long terme des personnes en lourde perte d'autonomie.

Étant donné que le régime public de santé et de services sociaux doit être financé suffisamment si l'on veut éviter qu'il dérive vers un système moins équitable où le privé serait appelé à jouer un rôle de plus en plus grand dans le financement et la dispensation des soins médicaux et hospitaliers :

32. Le Conseil du statut de la femme recommande que le gouvernement mène une consultation sur les meilleures façons de financer les soins médicaux et hospitaliers en vue d'assurer la pérennité du système public de santé, un système qui doit être fondé sur l'efficacité, l'équité et l'universalité.

33. Le Conseil du statut de la femme souhaite que cette consultation porte également sur le panier des services assurés, en incluant les soins et les services requis pour les personnes âgées et en perte d'autonomie, et que l'assurance contre la perte d'autonomie fasse partie des avenues étudiées plus à fond.

CONCLUSION

Le Conseil du statut de la femme est heureux de participer à la présente consultation sur les suites à donner au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis. Malgré les délais d'attente constatés pour l'obtention de certains services, la population féminine demeure très attachée à notre système de santé et des services sociaux, un système financé globalement et fondé sur le principe d'un accès équitable aux soins pour toutes et tous. Cette consultation est importante parce qu'elle porte, non seulement sur la réponse proposée par le gouvernement du Québec au jugement de la Cour suprême, mais concerne plus largement l'organisation des soins et des services, la planification des ressources matérielles et humaines et le financement à plus long terme de tout le secteur.

Le Conseil approuve, dans l'ensemble, les réformes dans les structures et l'organisation des services que le gouvernement a initiées dans le but d'accroître l'efficacité du secteur, la qualité des services et d'exercer un meilleur contrôle sur les ressources et les coûts. Il endosse notamment le réinvestissement effectué dans le réseau, la priorité accordée à la consolidation des services de première ligne, les efforts mis sur la formation, la répartition et la mise en valeur de la main-d'œuvre spécialisée qui y œuvre de même que la volonté de faire une plus grande place à la prévention et à la promotion de la santé. Le Conseil rappelle également la pertinence de bien tenir compte, dans l'élaboration des politiques et des mesures, des conditions de vie et des réalités différentes des femmes et des hommes tout au long de leur vie. Il se réjouit des initiatives visant à améliorer la participation des usagères et des usagers à divers comités de même que la qualité des services. Au regard de l'informatisation du dossier médical, il recommande une implantation prudente et graduelle, la mise en place de mesures sûres et fiables pour éviter que des renseignements personnels et médicaux des patients ne tombent entre de mauvaises mains. Il souhaite aussi que les usagères et les usagers soient bien informés de tout ce qui concerne la question du consentement à donner pour la transmission et la conservation des renseignements contenus à leur dossier. Enfin, le Conseil suggère que les projets cliniques qui seront dorénavant établis localement par les centres de santé et de services sociaux s'arriment également aux grandes politiques nationales en santé afin que les citoyennes et les citoyens, où qu'ils soient sur le territoire, aient accès aux services découlant des grands engagements nationaux.

En ce qui concerne le jugement de la Cour suprême, le Conseil du statut de la femme approuve pleinement la volonté du gouvernement du Québec d'assujettir sa réponse à son objectif prioritaire de maintenir un système public de santé et des services sociaux universel et équitable. En ce sens, il appuie l'intention gouvernementale de rejeter l'option d'une ouverture large ou intermédiaire au privé pour le financement ou la dispensation des services. Il demande au gouvernement de ne pas renoncer définitivement au recours à la clause dérogatoire advenant le cas où de nouveaux jugements des tribunaux mettraient en péril les objectifs poursuivis par sa législation.

Au regard de l'option privilégiée par le gouvernement, soit le Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente, le Conseil applaudit à la garantie d'accès aux services prévue parce qu'elle va dans le sens d'une reconnaissance, pour les citoyennes et les citoyens, du droit de recevoir, en temps opportun, les soins et les services que leur état de santé nécessite. De plus, dans le but de réduire les délais d'attente et d'aller dans le sens de l'équité, le Conseil approuve l'intention gouvernementale de faciliter l'accès, dans le système public, aux services diagnostiques en laboratoire et en radiologie. Il formule, en outre, plusieurs recommandations qui visent une utilisation maximale, efficiente et équitable du potentiel des établissements publics : levée des quotas sur la pratique médicale et sur l'usage des équipements en place, utilisation accrue de la clinique externe de l'hôpital et des centres ambulatoires publics, recours aux divers moyens pour prévenir un déplacement vers le secteur privé de la main-d'œuvre spécialisée nécessaire au secteur public.

Afin que soit maintenu le contrôle souhaité sur la planification des ressources et sur l'évolution des coûts globaux, le Conseil recommande également au gouvernement de s'assurer que l'ouverture au privé entrevue respecte bien le principe de la gestion publique inscrite dans la Loi canadienne sur la santé et ne risque pas de limiter à plus long terme son pouvoir d'action, compte tenu des accords de commerce régionaux et internationaux qui s'appliquent.

En ce qui a trait à la volonté du gouvernement de faire appel à des cliniques spécialisées affiliées, financées par des fonds privés, pour les chirurgies électives de la cataracte et du remplacement du genou et de la hanche, le Conseil recommande que ce recours soit encadré, limité à une période de cinq ans au départ, qu'il donne lieu à une évaluation des coûts comparatifs, puis au dépôt d'un rapport à l'Assemblée nationale et qu'aucune ouverture additionnelle ne soit envisagée sans consultation publique. À titre de secteur témoin et parce que ce statut favorise une participation citoyenne, le CSF souhaite également que la mise sur pied de cliniques spécialisées, ayant un statut de coopérative ou à but non lucratif, soit envisagée de même que la possibilité, dans ce cas, de faire appel pour le financement des infrastructures à la Caisse de dépôt et de placement du Québec ou aux fonds d'investissement des travailleurs.

Le Conseil souhaite que les évaluations portent également sur les conséquences d'une ouverture plus grande aux assurances privées pour les soins médicaux et hospitaliers, dans la perspective où celles-ci occupent déjà une certaine place dans la couverture des services périphériques et où la part des dépenses privées dans les dépenses totales en santé atteint déjà environ 30 %. En attendant, le gouvernement pourrait ne pas fermer la porte à une extension de la garantie d'accès aux services, dans la mesure des possibilités et de ses moyens financiers, mais sans qu'il y ait une ouverture correspondante à l'assurance privée.

Par ailleurs, la reconnaissance de la responsabilité publique dans la dispensation des soins et le désir d'assurer la sécurité des patients, et d'éviter l'instauration d'un système à double vitesse pour les actes médicaux couverts par la RAMQ, amènent le Conseil à formuler diverses recommandations. Ainsi, il suggère au gouvernement de se pencher sur la définition du statut des cliniques spécialisées, financées par des fonds privés, avec

le souci d'éviter le développement, en parallèle aux établissements publics, d'un réseau de petits hôpitaux privés à but lucratif qui permettraient des séjours de plus de 24 heures. Il demande aussi que soit encadrée la pratique médicale en clinique privée en ce qui a trait aux frais accessoires imposés aux patients et qu'une étude exhaustive soit entreprise sur le phénomène de ces frais qui vont au-delà du coût de l'acte médical défrayé par la RAMQ. Enfin, compte tenu de l'évolution marquée vers la chirurgie d'un jour et les courts séjours hospitaliers, le CSF demande que des maisons publiques de convalescence et de réadaptation ou des lits à ce titre dans les établissements publics soient mis gratuitement à la disposition des patients qui, sans requérir des soins hospitaliers intensifs, nécessitent quand même un suivi médical qui ne pourrait être assuré de façon sécuritaire à domicile. Le CSF souhaite aussi ne pas alourdir la tâche des proches-aidantes et des proches-aidants en leur imposant des responsabilités médicales qu'ils ne sont pas en mesure d'assumer.

Le Conseil croit que les solutions examinées, en ce qui a trait au financement du système de santé et des services sociaux et au panier des services assurés, doivent tenir compte des changements sociodémographiques qui se sont produits au Québec et qui ont modifié le rôle et les responsabilités assumés par les femmes. Le Conseil croit, en effet, que les femmes peuvent être parties prenantes des défis que le Québec doit relever en matière de performance économique, de finances publiques et de renouvellement démographique, dans la mesure où les conditions sont propices. À cette fin, le CSF recommande au gouvernement de poursuivre ses efforts en vue de l'adoption de politiques favorisant la mise en valeur du potentiel féminin sur le marché du travail et le partage des responsabilités familiales et la conciliation travail-famille. Devant les besoins qui découleront du vieillissement de la population, le Conseil du statut de la femme croit, de plus, que des solutions devront être recherchées, tant du côté des infrastructures publiques que du côté des ressources et des services disponibles dans la communauté, afin que les personnes âgées, notamment les femmes ayant atteint le quatrième âge, puissent vieillir dignement et le plus confortablement possible. Il faudra tenir compte du fait que les proches, malgré leur bonne volonté, ne sont souvent pas en mesure de jouer un rôle déterminant dans le soutien à long terme des personnes en lourde perte d'autonomie.

Enfin, le Conseil du statut de la femme est conscient que le régime public de santé et de services sociaux doit être financé suffisamment si l'on veut éviter les dérives qui pourraient provenir d'une place trop grande faite au privé. Le Conseil du statut de la femme souhaite donc que le gouvernement du Québec mène une consultation sur les meilleures façons - l'assurance contre la perte d'autonomie devait faire partie des avenues étudiées - d'assurer la pérennité du système public de santé et des services sociaux.

LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Dans le contexte des actions initiées par le gouvernement dans le système de santé et des services sociaux :

Le Conseil du statut de la femme donne un appui global aux réformes entreprises ainsi qu'au réinvestissement effectué dans les structures et l'organisation du secteur de la santé et des services sociaux dans le but d'accroître l'efficacité et la qualité des services et de préserver l'universalité et l'équité du système public.

Considérant que 80 % des problèmes de santé et de services sociaux pourraient être résolus par des services de base :

1. Le Conseil du statut de la femme approuve la priorité accordée à la consolidation des services de première ligne avec la mise en place des centres de santé et de services sociaux et l'avènement des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau.
2. Le Conseil du statut de la femme acquiesce au principe de la responsabilité populationnelle et à la volonté de rendre accessibles, en tout temps, des services médicaux hors de la salle d'urgence des hôpitaux, et d'assurer une prise en charge continue des patients.
3. Le Conseil du statut de la femme espère que les CLSC, devenus des points de services dans la nouvelle structure, pourront continuer à jouer un rôle de premier plan dans la dispensation et la coordination des services, étant donné leur approche globale qui concilie les besoins en santé et en services sociaux et leur équipe multidisciplinaire.

Dans le but de mettre à profit l'expertise du personnel infirmier dans les services de première ligne comme dans les services hospitaliers :

4. Le Conseil du statut de la femme recommande de donner suite rapidement aux changements législatifs qui permettent la revalorisation des tâches des infirmières auxiliaires et des fonctions exercées par les infirmières, notamment avec un recours accru aux infirmières praticiennes et aux coordonnatrices des services à la personne et la délégation d'actes.

Afin de s'attaquer aux pénuries de main-d'œuvre spécialisée dans le secteur de la santé et des services sociaux :

5. Le Conseil du statut de la femme recommande que les efforts se poursuivent dans le but de former et de recruter du personnel infirmier et médical et de répartir adéquatement ce personnel sur le territoire.

6. Le Conseil du statut de la femme recommande aussi que l'on mise sur la reconnaissance des diplômes acquis à l'étranger pour l'ensemble des professionnels de la santé.

Considérant que les investissements dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé génèrent des économies dans le système :

7. Le Conseil du statut de la femme applaudit à la décision d'instaurer une stratégie de prévention et de promotion de la santé.
8. Le Conseil du statut de la femme croit qu'il y aurait lieu de faire davantage pour rééquilibrer les investissements entre la prévention et la promotion de la santé, d'une part, et le curatif, d'autre part.
9. Le Conseil du statut de la femme rappelle enfin la pertinence de porter attention aux conditions de vie et aux réalités différentes des femmes et des hommes tout au long de leur vie et attire l'attention sur les phénomènes plus récemment documentés, comme l'hypersexualisation, la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes, les relations sexuelles à risque et la prostitution juvénile.

Dans la perspective de mieux servir la population :

10. Le Conseil du statut de la femme salue les nouveaux mécanismes mis en place pour accroître la qualité des services et faciliter l'expression de la voix des usagères et des usagers dans divers comités.
11. Le Conseil du statut de la femme recommande que, en ce qui concerne l'informatisation du dossier médical, une implantation prudente et graduelle soit envisagée et que des mesures sûres et fiables soient mises en place pour assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements médicaux et personnels, afin que seules les personnes autorisées aient accès au dossier d'une usagère ou d'un usager, particulièrement dans le nouveau contexte des réseaux locaux qui feront appel à de nouveaux partenaires à l'extérieur des établissements publics.
12. Le Conseil du statut de la femme souhaite également que les usagères et les usagers soient bien informés de la nécessité de requérir leur consentement pour la transmission et la conservation des renseignements médicaux et personnels les concernant, de la portée de ce consentement et de la possibilité qu'ils ont à tout moment de le retirer.

Enfin, tout en sachant que ce sont les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont dorénavant la responsabilité de définir les projets cliniques selon les besoins et les priorités de la population de leur territoire :

13. Le Conseil du statut de la femme recommande que ces projets cliniques s'arriment également aux grandes politiques nationales en santé et services sociaux afin que les citoyennes et les citoyens, où qu'ils soient sur le territoire, aient accès aux services qui découlent des grands engagements nationaux.

Dans le contexte de la réponse proposée par le gouvernement au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis :

Le Conseil du statut de la femme souhaite que le gouvernement puisse conserver le plein contrôle sur la planification des services et l'allocation des ressources matérielles et humaines dans le secteur de la santé et des services sociaux, étant donné le fort attachement que la population féminine éprouve pour le système public de santé et des services sociaux, à cause des besoins spécifiques des femmes, de leurs moyens financiers, de leur engagement auprès de leurs proches et du nombre important de travailleuses qui œuvrent dans ce secteur.

Dans la perspective des cinq grands principes énoncés par le gouvernement :

14. Le Conseil du statut de la femme approuve pleinement la volonté du gouvernement du Québec d'assujettir sa réponse au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis à son objectif prioritaire qui est de maintenir un système public de santé et des services sociaux universel et équitable.
15. Le Conseil du statut de la femme appuie la décision gouvernementale de rejeter l'option d'une ouverture maximale ou intermédiaire au financement et à la dispensation privés des soins de santé.
16. Le Conseil du statut de la femme recommande au gouvernement de ne pas renoncer définitivement à la possibilité d'invoquer la clause dérogatoire dans l'éventualité où de nouveaux jugements des tribunaux pourraient, dans l'avenir, porter atteinte à l'intégrité de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec et aux objectifs poursuivis.

Dans l'optique du Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente envisagé par le gouvernement :

17. Le Conseil du statut de la femme salue l'offre de la garantie d'accès aux services parce qu'elle va dans le sens d'une reconnaissance du droit, pour les citoyennes et les citoyens, de recevoir, en temps opportun, les soins médicaux et hospitaliers que leur état de santé requière.

Dans le but d'accélérer la diminution des listes d'attente et de favoriser l'équité dans l'accès aux services :

18. Le Conseil du statut de la femme endosse l'intention gouvernementale d'accroître, dans le système public, l'accès aux services diagnostiques en radiologie et en laboratoire.
19. Le Conseil du statut de la femme recommande au gouvernement de tout mettre en œuvre pour assurer une utilisation maximale, efficiente et équitable du potentiel des établissements publics :
 - en levant les quotas touchant la pratique médicale et l'utilisation des équipements hospitaliers;

- en misant sur le développement de la clinique externe de l’hôpital et les centres ambulatoires publics;
- en faisant appel à tous les moyens qui sont à sa disposition pour éviter un déplacement de la main-d’œuvre spécialisée nécessaire au système public vers le secteur financé par le privé : interdiction de la double pratique, contrôle sur la non-participation des médecins au régime public, interdiction d’utiliser les équipements publics pour les médecins qui ne participent pas au régime public, etc.

Afin que le gouvernement puisse avoir le contrôle souhaité sur la planification des ressources matérielles et humaines et sur l’évolution des coûts globaux dans le secteur de la santé :

20. Le Conseil du statut de la femme recommande au gouvernement de s’assurer que l’ouverture envisagée aux assurances privées et à la dispensation des services par des cliniques privées respecte bien le critère de gestion publique inscrit dans la Loi canadienne sur la santé et qu’elle ne risque pas d’avoir des effets préjudiciables dans l’avenir, en raison des accords régionaux ou internationaux de commerce dans le domaine des services.
21. Le Conseil du statut de la femme propose que le recours aux cliniques spécialisées affiliées se fasse, pour l’instant, uniquement pour les trois interventions prévues (arthroscopie de la hanche et du genou et chirurgie de la cataracte) à titre d’expérience pilote.
22. Le Conseil du statut de la femme recommande que ce recours soit encadré par une réglementation stricte, limité à une période de cinq ans et assorti d’une obligation d’évaluation des coûts comparatifs, et qu’un rapport soit déposé à cet effet à l’Assemblée nationale. Enfin, qu’il y ait consultation publique avant d’envisager une ouverture à d’autres interventions dans le cadre des cliniques spécialisées affiliées.
23. Le Conseil du statut de la femme propose que, dans le but de favoriser la participation des usagers et des usagers et de servir de secteur témoin, la mise sur pied de cliniques spécialisées ayant le statut de coopérative ou à but non lucratif soit encouragée et que soit étudiée la possibilité que les capitaux nécessaires aux infrastructures proviennent, en partie, de la Caisse de dépôt et de placement du Québec ou des fonds d’investissement des travailleurs promus par les organisations syndicales.
24. Le Conseil du statut de la femme souhaite que les évaluations envisagées portent également sur les conséquences d’une ouverture plus grande aux assurances privées dans la perspective où elles occupent déjà une certaine place dans la couverture des dépenses périphériques aux soins médicaux et où la part des dépenses privées dans les dépenses totales en santé atteint déjà environ 30 %.

25. Le Conseil du statut de la femme suggère que, dans l'attente des résultats de ces évaluations, le gouvernement ne ferme pas la porte à une extension de la garantie d'offre de services à d'autres actes médicaux et hospitaliers dans la mesure de ses moyens et des possibilités, mais sans que l'on fasse une ouverture correspondante à l'assurance privée.
26. Le Conseil du statut de la femme recommande que le gouvernement encadre davantage la pratique des médecins participants dans les cliniques privées en ce qui a trait aux frais accessoires demandés aux patients et qu'une étude exhaustive soit menée sur toute la question de ces frais qui vont au-delà de l'acte médical faisant l'objet d'un remboursement par la RAMQ.
27. Le Conseil du statut de la femme recommande que les études et les évaluations demandées prennent en considération les conditions de vie et les réalités différentes des femmes et des hommes tout au long de leur vie.

Tenant compte de la sécurité des patients, de la responsabilité publique dans la dispensation des soins de santé et pour éviter l'instauration d'un système à double vitesse dans le cas des actes médicaux couverts par la RAMQ, mais auxquels ne s'applique pas la garantie d'offre de services :

28. Le Conseil du statut de la femme suggère au gouvernement de se pencher sur le concept et la définition du statut des cliniques médicales spécialisées financées par des fonds privés dans le but d'éviter la formation, en parallèle, d'un réseau de petits hôpitaux privés à but lucratif qui permettraient des séjours de plus de 24 heures.
29. Le Conseil du statut de la femme recommande que des maisons publiques de convalescence et de réadaptation ou des lits à cet effet dans des établissements publics soient mis gratuitement à la disposition des usagères et des usagers qui, après une intervention médicale, n'ont plus besoin de soins hospitaliers intensifs, mais dont l'état de santé ou la situation personnelle ne permet pas un retour sécuritaire à domicile, et ce, avec la préoccupation de ne pas alourdir la tâche des proches-aidantes et des proches-aidants et leur imposer des responsabilités médicales qu'ils ne sont pas en mesure d'assumer.

Dans le contexte du débat sur les finances publiques et sur la capacité de l'État d'assurer le financement du système de santé et des services sociaux :

Le Conseil du statut de la femme croit qu'il faut tenir compte des changements sociodémographiques qui se sont produits au Québec et qui ont notamment modifié le rôle et les responsabilités assumés par les femmes.

Considérant que les femmes peuvent être parties prenantes des défis que le Québec doit relever en matière de performance économique, de finances publiques et de renouvellement démographique, si les conditions propices sont mises en place :

30. Le Conseil du statut de la femme recommande au gouvernement de poursuivre ses efforts en vue de l'adoption de politiques favorisant la mise en valeur du potentiel féminin sur le marché du travail, la pleine reconnaissance et le partage des responsabilités parentales ainsi que la conciliation travail/famille.
31. Le Conseil du statut de la femme recommande également que, au regard des soins et des services à apporter aux personnes âgées, les solutions soient recherchées, tant du côté des infrastructures publiques que du côté des ressources et des services disponibles dans la communauté, afin que les personnes âgées puissent vieillir dignement et le plus confortablement possible, tout en considérant que les proches, quelle que soit leur bonne volonté, ne peuvent souvent jouer un rôle déterminant dans le soutien à domicile à long terme des personnes en lourde perte d'autonomie.

Étant donné que le régime public de santé et de services sociaux doit être financé suffisamment si l'on veut éviter qu'il dérive vers un système moins équitable où le privé serait appelé à jouer un rôle de plus en plus grand dans le financement et la dispensation des soins médicaux et hospitaliers :

32. Le Conseil du statut de la femme recommande que le gouvernement mène une consultation sur les meilleures façons de financer les soins médicaux et hospitaliers en vue d'assurer la pérennité du système public de santé, un système qui doit être fondé sur l'efficacité, l'équité et l'universalité.
33. Le Conseil du statut de la femme souhaite que cette consultation porte également sur le panier des services assurés, en incluant les soins et les services requis pour les personnes âgées et en perte d'autonomie, et que l'assurance contre la perte d'autonomie fasse partie des avenues étudiées plus à fond.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *L'organisation des services médicaux de première ligne à Montréal : trousse d'information*, Montréal, l'Agence, 2004.

CASTONGUAY, Joanne, Virginie GIROUX et Claude MONTMARQUETTE. *Pour un financement durable de la santé au Québec*, CIRANO, version du 1^{er} mars 2005, Annexe 2 du Rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec (rapport Ménard), Québec, le Comité, 2005, 62 p.

COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations, rapport et recommandations* (rapport Ménard), Québec, le Comité, 2005, 145 p.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Volume six : Recommandations en vue d'une réforme. Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada* (rapport Kirby), Ottawa, gouvernement du Canada, 2002, 351 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes, rapport et recommandations* (rapport Clair), Québec, la Commission, 2000, 408 p.

COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada, rapport final* (rapport Romanow), Ottawa, gouvernement du Canada, 2002, 386 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Les Québécoises, la mondialisation et la Zone de libre-échange des Amériques : une première réflexion*, [recherche et rédaction : Francine Lepage], Québec, le Conseil, 2001, 52 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*, [recherche et rédaction : Francine Lepage et Ginette Plamondon], Québec, le Conseil, 2000, 58 p.

COUR SUPRÊME DU CANADA. *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35, date : 20050609, dossier : 29272, 160 p.

CYRUS, Teresa L. et Lori J. CURTIS. *Les accords commerciaux, le secteur des soins de santé et la santé des femmes, recherche en matière de politiques*, Ottawa, Condition féminine Canada, 2004, 56 p.

HANKIVSKY, Olena et Marina MORROW. *Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes, recherche en matière de politiques*, [collaboration : Pat Armstrong, Lindsey Galvin et Holly Grinvalds], Ottawa, Condition féminine Canada, 2004, 177 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, le Ministère, 2003, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Québec, le Ministère, 2004,

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité, document de consultation*, Québec, le Ministère, 2006, 63 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, le Ministère, 2001, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, Québec, le Ministère, 2005, 51 p.

ST-AMOUR, Stéphane. « Le groupe OPMEDIC investit 3 M\$ dans une clinique destinée à la chirurgie privée. Le système de garantie d'accès aux soins de santé du ministre Couillard arrive à point nommé », *Courrier Laval*, 19 février 2006, p. A3.