

**MÉMOIRE DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME
À LA COMMISSION D'ÉTUDE SUR LA SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX**

Francine Lepage
Ginette Plamondon
Direction de la recherche
et de l'analyse
Octobre 2000

RÉSUMÉ

Les Québécoises se sentent très concernées par l'avenir de notre système de santé et des services sociaux. En effet, leur fonction reproductive, leur rôle social au sein de la famille et leur longévité relative les amènent à entrer fréquemment en interrelation avec le réseau sociosanitaire. Disposant de ressources financières souvent inférieures à celles des hommes, elles sont donc attachées à un système où le besoin détermine l'accès aux services, et non la capacité de payer ou le statut. De plus, la récente mise en œuvre du virage ambulatoire a montré que toute modification dans le mode de dispensation des soins les affecte directement et de façon différente des hommes, que ce soit à titre de principales utilisatrices, de travailleuses et, surtout, d'aidantes.

Si l'on doit se montrer ouvert aux changements éventuels, le Conseil du statut de la femme (CSF) estime, cependant, qu'il faut tout mettre en œuvre pour que les avenues de solution qui seront dégagées respectent les grands principes d'universalité, d'égalité d'accès et de solidarité dans le financement qui ont prévalu lors de la mise en place de notre réseau public. C'est sur ce grand principe que repose l'analyse du CSF.

Le premier chapitre est consacré aux questions sur le financement, dont celles que se pose la Commission. On ne peut laisser dans l'ombre les effets des récentes compressions budgétaires qui ont suscité, dans la population, de nombreux et sérieux motifs d'insatisfaction, particulièrement en ce qui a trait à la difficulté d'accès aux services. Pour les femmes, les effets des désinvestissements ont été très préjudiciables comme l'a démontré notre récente étude sur le virage ambulatoire¹.

Le Conseil croit que l'heure est venue de réinvestir dans la santé. Le gouvernement a déjà fait des gestes en ce sens et la récente entente avec le gouvernement fédéral permettra d'aller plus loin. Mais à plus long terme, comment devra-t-on financer le système de santé? La population continuant d'adhérer fortement aux principes d'accessibilité, d'universalité et de solidarité qui sont à la base de notre système, le CSF croit qu'il faut s'assurer que :

- des budgets suffisants, financés par les impôts généraux, soient affectés au secteur de la santé et des services sociaux pour permettre que des réformes conduisant à des soins de meilleure qualité et à un système plus efficace et efficient puissent être réalisées;
- la part du financement public dans l'ensemble des dépenses de santé ne diminue pas et que le Québec continue de consacrer un pourcentage significatif de sa richesse collective à son secteur sociosanitaire.

¹ Conseil du statut de la femme. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, [recherche et rédaction : Marie Moisan], Québec, le Conseil, 1999, 121 p. et Conseil du statut de la femme. *Pour un virage qui respecte les femmes*, [recherche et rédaction : Marie Moisan], Québec, le Conseil, mai 2000, 58 p.

Pour le CSF, les solutions doivent demeurer prioritairement dans le cadre d'un financement public et d'un contrôle public sur la production des services. Il rejette les solutions comme la désassurance de services, la contribution des usagers et la vente de services spécialisés aux non-résidents. Concernant la contribution des usagers, le Conseil, surtout à la lumière du virage ambulatoire, considère qu'elle représente un mode de financement moins progressif, peut représenter un frein à la consommation pour les personnes qui disposent de ressources insuffisantes, peut mener à un système à deux vitesses sans compter que cette solution est rarement efficace en tant que ticket modérateur. Par ailleurs, la vente de services de santé aux non-résidents serait une avenue pour le moins discutable dans la situation actuelle du réseau (files d'attente, essoufflement et pénurie du personnel, etc.); de plus, ce faisant, ne courrait-on pas le risque d'ouvrir ainsi le secteur de la santé à la concurrence américaine en transformant les services de santé en objet de commerce? Les pressions pour la privatisation seraient alors très fortes.

La question de l'**allocation des ressources** fait l'objet du deuxième chapitre. Les solutions recherchées doivent être efficaces et efficientes et tenir compte non seulement des coûts prévus, mais également des résultats attendus. Le Conseil recommande des façons de tirer un meilleur parti des ressources investies tout en améliorant les services. Ceci dit, le CSF appuie le regroupement des enveloppes budgétaires et leur décentralisation dans les régions. Entre autres, les régions établiraient leurs priorités en matière de santé et de services sociaux, de santé publique, de prévention et de promotion de la santé. Elles devraient s'assurer que l'offre locale de soins et de services est adaptée aux besoins. Elles pourraient également jouer un rôle plus direct dans l'installation des médecins sur le territoire. Cependant, le CSF ne croit pas que les régions devraient obtenir un pouvoir de taxation propre qui leur permettrait de recueillir une partie de leurs budgets. Les régions étant très inégales sur le plan de la richesse, on ne ferait ainsi qu'accroître les inégalités sociales.

La question la plus délicate de ce chapitre concerne la privatisation possible de la gestion et de la production de services médicaux spécialisés ou hospitaliers. À cet égard, le CSF croit que le développement des services ambulatoires ne doit pas amener l'État à céder sa place dans le financement, la planification, l'administration, le contrôle et la dispensation des services. Il doit en conséquence adapter ses infrastructures en développant les services externes de l'hôpital, en érigeant au besoin des centres ambulatoires publics et en équipant adéquatement les CLSC qui le nécessitent.

Le dernier chapitre porte sur l'**organisation des services**. Le Conseil insiste d'abord sur l'importance pour le Québec de se doter rapidement d'un véritable réseau de soins de base coordonné par des CLSC ouverts en tout temps, intégrant des équipes multidisciplinaires de première ligne au sein desquelles les infirmières praticiennes pourraient jouer un rôle important. Ce concept des équipes, fort intéressant, ne doit cependant pas restreindre la liberté de choisir son professionnel traitant. Le CSF ne juge cependant pas opportun de leur confier des responsabilités financières notamment en termes d'achats de services. D'autre part, le Québec doit se donner une véritable stratégie concertée de prévention et de promotion de la santé qui prend en considération les

conditions de vie différentes des hommes et des femmes Enfin, au sujet des soins à domicile, le CSF réitère sa position qu'ils ne peuvent plus être basés sur le bénévolat des femmes aidantes, mais doivent plutôt être financés et structurés adéquatement et professionnellement. Concernant plus particulièrement les soins aux personnes âgées, le CSF juge important de rappeler que ces personnes, qui sont majoritairement des femmes, constituent une clientèle vulnérable qui ne dispose pas toujours de l'énergie et des ressources nécessaires pour faire valoir ses droits. La privatisation éventuelle des services à domicile et d'hébergement pourrait même générer des iniquités en termes d'accès et de qualité de services.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
➤ Un acquis important pour les femmes.....	9
➤ Un frein à l'expansion	10
➤ Les effets des compressions budgétaires.....	11
➤ Des interrogations concernant l'avenir	12
➤ Contenu du mémoire.....	13
CHAPITRE PREMIER — LES RESSOURCES NÉCESSAIRES ET LA PLACE DU PUBLIC ET DU PRIVÉ DANS LE FINANCE- MENT ET LA PRODUCTION DES SERVICES	15
1.1 L'accroissement des ressources globales consacrées au secteur sociosanitaire	16
1.1.1 Les solutions entrevues	16
1.2 Réponses aux questions de la Commission.....	18
1.2.1 L'augmentation des impôts	18
1.2.2 La désassurance de services	22
1.2.2.1 Considérations préalables.....	22
1.2.2.2 État de la situation par type de dépenses	23
1.2.2.3 Examen des différents services	24
1.2.3 La création de caisses spéciales	27
1.2.4 La contribution des usagers.....	29
1.2.5 La vente de services spécialisés aux non-résidents	30
CHAPITRE II — L'ALLOCATION DES RESSOURCES ENTRE LES RÉGIONS ET LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DU RÉSEAU	33
2.1 État de la situation	33
2.2 Réponses aux questions de la Commission.....	34
2.2.1 Les modes de distribution budgétaire.....	34

2.2.1.1 Le regroupement des enveloppes budgétaires et leur décentralisation dans les régions.....	35
2.2.1.2 Le rôle respectif du Ministère et des régies.....	35
2.2.1.3 Les budgets hospitaliers.....	36
2.2.2 L'impartition des services de support et de soutien	37
2.2.3 La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers.....	38
CHAPITRE III — L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	41
3.1 Se doter d'un véritable réseau de soins de base	41
3.1.1 Les infirmières praticiennes, une nouvelle voie à explorer.....	43
3.1.2 Les services à domicile	44
3.2 Investir dans la prévention et la promotion de la santé	44
3.2.1 Les femmes et la prévention	47
3.3 Réponses aux questions de la Commission.....	50
3.3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe.....	51
3.3.2 Un médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne.....	51
3.3.3 Un dossier clinique informatisé par patient	52
3.3.4 La participation du secteur privé et du secteur communautaire	53
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59

INTRODUCTION

Le Conseil du statut de la femme s'est toujours intéressé de près aux services de santé et aux services sociaux. Déjà en 1986, il déposait un mémoire à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux dans lequel il faisait valoir ses préoccupations quant aux modalités d'organisation et de financement du système de santé et des services sociaux. Par la suite, le Conseil a émis des commentaires sur un nombre important d'orientations, de politiques et de programmes qui concernaient directement la santé des femmes. C'est en continuité avec cette préoccupation que le Conseil souhaite faire part de ses commentaires aux membres de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

➤ Un acquis important pour les femmes

Notre système de santé représente sans doute la réalisation sociale de la seconde partie du XX^e siècle à laquelle la population québécoise est la plus attachée. Toutefois, avant de discuter des difficultés que connaît actuellement le système de santé et des services sociaux, il nous apparaît important de rappeler certains choix qui ont été faits. Le Québec a alors opté pour un régime de santé et de services sociaux public, gratuit et universel. Les Québécoises et les Québécois se sont dotés d'un tel régime afin de tourner la page avec une période de leur histoire où les services de santé n'étaient accessibles qu'aux mieux nantis, laissant la population à faible et moyen revenu dans l'obligation de se priver de soins ou de s'endetter pour les obtenir. En optant pour un régime universel et gratuit, les Québécoises et les Québécois prenaient résolument le parti de la solidarité, de l'égalité et de l'accessibilité pour tous.

Un autre élément majeur a guidé ce choix, le contrôle des coûts. À titre « d'acheteur » unique, l'État devenait en mesure d'exercer un meilleur contrôle sur les coûts des biens et des services qu'il devait se procurer pour l'ensemble de la population. Un tel contrôle eût été impossible dans un contexte où les lois économiques de l'offre et de la demande auraient pu s'exercer.

Les femmes, quant à elles, se sentent très interpellées par l'avenir des services sociosanitaires, que ce soit à titre d'utilisatrices, d'aidantes ou comme travailleuses dans le domaine². De l'adolescence à la ménopause, leur fonction reproductive détermine, en effet, un ensemble spécifique de besoins en matière de santé. Leur fonction sociale 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 aux membres malades ou âgés, leur confère un rôle dans la promotion de la santé et les conduit à entrer en interrelation avec

² Pour plus de détails, consulter : Conseil du statut de la femme. *Commentaires et propositions du Conseil du statut de la femme sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, [recherche et rédaction : Christiane Bonfanti, Susanne Fontaine et Hélène Laterrière], Québec, le Conseil, octobre 1989, p. 9-10 et Conseil du statut de la femme. *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*, op. cit.

le réseau sociosanitaire pour leurs proches ou pour elles-mêmes lorsque le poids des responsabilités affecte leur santé. Mentionnons, également, la fragilité particulière des responsables de famille monoparentale, de celles qui sont victimes de violence ou, encore, de bon nombre de femmes âgées qui, conséquence de leur longévité, vivent leurs dernières années dans un certain isolement et avec des incapacités.

Les femmes reconnaissent, par ailleurs, qu'elles ont généralement été bien servies par un système de santé et de services sociaux qui s'appuie sur un principe d'égalité d'accès pour tous et un financement principalement basé sur les impôts généraux, un tel système amenant les citoyens mieux pourvus financièrement et les bien-portants à se solidariser avec les moins nantis et les personnes requerrant des soins. Comme elles disposent, en moyenne, de ressources financières inférieures à celles des hommes et qu'elles ont habituellement une présence moins soutenue sur le marché du travail, les femmes sont conscientes qu'un régime où la capacité de payer ou le statut compterait davantage que le besoin dans l'accès aux soins les désavantagerait.

➤ Un frein à l'expansion

Notre système de santé et de services sociaux a pris son essor dans les années 60 et il est parvenu à répondre relativement bien aux besoins exprimés par la population, jusqu'à ces dernières années, en raison des ressources croissantes que le gouvernement du Québec, appuyé par les transferts fédéraux, y a consacrées. Cependant, le ralentissement de la croissance économique, à partir des années 80, a amené le gouvernement du Québec à réduire, en termes réels, le taux d'accroissement des dépenses de santé et de services sociaux à partir de 1992-1993 (taux moyens de 3,4 % entre 1985-1986 et 1991-1992 et de 0,7 % entre 1992-1993 et 1994-1995)³. Par la suite, le budget consacré au secteur sociosanitaire a subi une réduction, en termes réels, durant trois années consécutives (-2,3 % en 1995-1996, -2,9 % en 1996-1997 et -4,0 % en 1997-1998)⁴. Les gouvernements, tant le gouvernement québécois que le gouvernement fédéral – lequel a diminué ses transferts aux provinces –, ont alors décidé d'accorder une priorité absolue à la lutte au déficit budgétaire et au problème de l'endettement. Compte tenu de son poids important dans les finances publiques, le secteur de la santé et des services sociaux n'a pu échapper aux compressions budgétaires. La part dévolue au secteur de la santé et des services sociaux dans l'ensemble des dépenses de programmes, qui avait crû régulièrement jusqu'en 1991-1992 (31,6 % en 1985-1986 et 35,8 % en 1991-1992), est demeurée plus ou moins stable jusqu'en 1997-1998 (35,6 %)⁵. Un document du ministère de la Santé et des Services sociaux (juin 2000) indique que la croissance des dépenses gouvernementales dans le secteur sociosanitaire a repris par la suite en termes réels

³ Denis BÉDARD. *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Observatoire de l'administration publique – ÉNAP, janvier 2000, p. 4.

⁴ *Ibid.*, p. 4-5.

⁵ *Ibid.*, p. 4.

(2,5 % en 1998-1999, 5,7 % en 1999-2000 et 7,8 % en 2000-2001)⁶ et que celles-ci représentaient, en 1999-2000, 37,2 % de l'ensemble des dépenses de programmes⁷.

Il reste que les efforts budgétaires exigés en vue de l'assainissement des finances publiques ont été très importants. Le dernier document cité les établit à 1,77 milliard de dollars pour la période allant de 1995-1996 à 1998-1999, dont 980 millions pour le réseau des établissements. De plus, en raison des nouveaux besoins estimés à 690 millions de dollars qui ont dû être comblés, l'étude chiffre à plus de 2,45 milliards de dollars l'effort global qui a été consenti durant cette période par le secteur, ce qui équivaut à 18,7 % des crédits accordés en 1998-1999⁸.

➤ Les effets des compressions budgétaires

Le virage ambulatoire s'est accéléré avec les compressions budgétaires. Le nombre de lits dressés pour les soins généraux et spécialisés dans le réseau hospitalier est ainsi passé de 23 543 en 1991 à 16 169 en 1999 (-31,3 %) ⁹. Les statistiques font état d'une réduction du nombre d'hospitalisations et des durées de séjour ainsi que d'une hausse du recours aux chirurgies d'un jour¹⁰. Entre 1991 et 1999, on note également une diminution du nombre de places internes dressées pour de l'hébergement et des soins de longue durée dans le réseau d'établissements publics et privés conventionnés du Québec, de 46 410 à 42 207 (-9,1 %) ¹¹. De plus, des programmes de mises à la retraite pour les médecins et les autres employés de la santé et des services sociaux se sont traduits par une réduction du personnel dans le réseau. Le gouvernement québécois a apporté des modifications à son régime public d'assurance médicaments en 1996 et en 1997 afin de s'assurer que tous les malades aient accès aux médicaments d'ordonnance consommés à l'extérieur de l'hôpital : le nouveau régime a été étendu aux citoyens ne bénéficiant pas de la protection d'un régime d'assurance médicaments privé et certaines catégories de personnes âgées et d'assistés sociaux ont été appelées à contribuer ou à participer davantage à son financement.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec*, document d'information, Québec, le Ministère, juin 2000, p. 5.

⁷ *Ibid.*, p. 4.

⁸ *Ibid.*, p. 5.

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (Page consultée le 5 octobre 2000). *Nombre de lits dressés pour les soins généraux et spécialisés dans le réseau hospitalier du Québec, selon la région sociosanitaire, situation observée au 31 mars, de 1991 à 1998*.

Adresse URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index/htm>

¹⁰ Entre 1994-1995 et 1997-1998, le nombre d'hospitalisations a été réduit de 3,6 % en médecine et de 23,3 % en chirurgie et la durée moyenne de séjour par hospitalisation a diminué de 6,8 % en médecine et de 13,8 % en chirurgie. Pendant ce temps, le pourcentage des chirurgies d'un jour par rapport au potentiel visé passait de 71,6 % à 88 % (+22,9 %) : Denis BÉDARD. *Op. cit.*, p. 5.

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (Page consultée le 5 octobre 2000). *Nombre de places internes dressées pour de l'hébergement et des soins de longue durée, au sein du réseau d'établissements publics et privés conventionnés du Québec, selon la région sociosanitaire, situation observée au 31 mars, de 1991 à 1999*.

Adresse URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index/htm>

Ces changements dans l'organisation des soins et des services ne pouvaient se réaliser sans conséquences. Divers motifs d'insatisfaction sont apparus qui mettent plus souvent en cause la difficulté d'accéder aux services que la qualité des soins obtenus : délais dans l'obtention d'un rendez-vous avec un médecin, encombrements des salles d'urgence et atteinte à la dignité du patient astreint à une médecine de corridor, allongement des listes d'attente pour une intervention chirurgicale, difficultés à répondre rapidement aux besoins en services sociaux, essoufflement et démotivation au sein du personnel des réseaux public et communautaire, manque de continuité dans les soins, inégalité d'accès aux services médicaux et sociaux sur le plan régional, insuffisance des soins posthospitaliers, épuisement et, parfois, désarroi des proches appelés à prendre le relais auprès des malades déshospitalisés, insuffisance de ressources pour les malades mentaux et les personnes âgées, accroissement des déboursés pour certains services diagnostiques, les médicaments et les services infirmiers privés, etc.

Dans une étude et un récent avis, le Conseil du statut de la femme a fait valoir que les femmes assument actuellement une part importante des inconvénients reliés à la transformation du système de santé en tant qu'aides-soignantes, usagères ou travailleuses parce que les ressources qui devaient accompagner la mise en place du virage ambulatoire n'ont pas été suffisantes¹².

➤ Des interrogations concernant l'avenir

Le budget gouvernemental en santé et services sociaux affiche un taux de croissance positif depuis 1998-1999¹³. De plus, à la suite de l'entente intervenue entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, le 11 septembre 2000, les fonds fédéraux allant aux provinces devraient s'accroître de 21,2 milliards de dollars au cours des cinq prochaines années. Les sommes revenant au Québec seraient, entre autres, investies dans le renouvellement des équipements médicaux, les technologies de l'information du système de santé et les services à domicile. Peut-on penser que ce retour à la croissance des budgets permettra de résoudre tous les problèmes constatés?

Les spécialistes du secteur s'entendent pour dire que les pressions sur les dépenses globales en santé persisteront en raison de différents facteurs, sans toutefois être unanimes sur l'ampleur du phénomène. Il est certain que les secteurs de la pharmacothérapie, de la biotechnologie, des instruments diagnostiques et thérapeutiques et des systèmes informatiques de gestion renferment un potentiel de croissance indéniable et que les attentes des citoyens, en matière de santé, apparaissent presque illimitées. Enfin, le Québec connaîtra un vieillissement assez rapide de sa population qui aura un impact sur la demande de soins et de services sociaux, même si l'on admet que les personnes vieilliront souvent en meilleure santé et avec davantage de moyens financiers que par le passé.

¹² Conseil du statut de la femme. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, op. cit. et Conseil du statut de la femme. *Pour un virage qui respecte les femmes*, op. cit.

¹³ En tenant compte du régime public d'assurance médicaments, le professeur Denis Bédard situe plutôt ce retour à la croissance en 1997-1998 : Denis BÉDARD. *Op. cit.*, p. 8.

Plusieurs estiment que les pressions à la hausse qui s'exerceront annuellement sur les dépenses du secteur sociosanitaire surpasseront l'accroissement de la richesse collective. À l'instar d'autres pays, le Québec ne pourra donc faire l'économie d'une réflexion sur l'évolution de son système de santé et des services sociaux. Les questions sur le financement et l'organisation des services formulées par la ministre de la Santé et des Services sociaux, M^{me} Pauline Marois¹⁴, et la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, présidée par M. Michel Clair¹⁵, nous invitent d'ailleurs à une telle réflexion.

➤ Contenu du mémoire

Pour satisfaire les besoins, il faudra être en mesure de tirer le meilleur parti des ressources investies dans notre système de santé et des services sociaux. Pour plusieurs, cela implique plus que des ajustements de surface.

Si l'on doit se montrer ouvert aux changements éventuels, le Conseil du statut de la femme estime, néanmoins, qu'il faut tout mettre en œuvre pour que les avenues de solution qui seront dégagées respectent les grands principes d'universalité, d'égalité d'accès et de solidarité dans le financement qui ont prévalu lors de la mise en place de notre réseau public. Nos réponses aux questions posées s'inscrivent donc à l'intérieur de ces balises.

Les solutions généralement avancées peuvent être regroupées en trois grandes catégories. Les premières, qui seront discutées au premier chapitre, concernent le niveau global des ressources consacrées au secteur sociosanitaire et soulèvent la question de la place que doivent occuper le secteur public et le secteur privé dans le financement et la production des services. Les interrogations portent sur le niveau de ressources nécessaires, le panier des services assurés et la provenance des fonds. Nous en analysons les enjeux pour la population et pour les femmes, en particulier.

Les solutions appartenant à la seconde et à la troisième catégories se centrent plutôt sur la modification des façons de faire en vue d'obtenir un plus grand retour sur l'argent investi. Dans le second chapitre, nous nous intéressons aux avenues qui visent une meilleure allocation des ressources entre les régions et les différentes composantes du réseau. Nous nous penchons sur le rôle que pourraient jouer le Ministère et les instances régionales ou locales à cet égard.

¹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec*, op. cit., p. 2.

¹⁵ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux. Guide d'animation*, Québec, p. 6-7 et 9-10.

Enfin, le troisième chapitre porte sur l'organisation des services. Nous y abordons la question des services de première ligne de même que le thème de la prévention et de la promotion de la santé. Nous apportons ensuite des commentaires sur certaines questions soulevées par la Commission.

CHAPITRE PREMIER — LES RESSOURCES NÉCESSAIRES ET LA PLACE DU PUBLIC ET DU PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT ET LA PRODUCTION DES SERVICES

Les ressources publiques affectées au secteur de la santé et des services sociaux sont-elles suffisantes? Faut-il réduire la gamme des services assurés et laisser une place plus grande à la production et à la consommation privées? La provenance des fonds servant au financement des dépenses doit-elle être revue?

Ces questions touchent le niveau global des ressources qui doivent être consacrées au système de santé et des services sociaux et la place du public et du privé dans le financement ou la production des services. Il importe de s'y attarder, même si le Conseil estime que les solutions aux problèmes de notre système sociosanitaire doivent plus fondamentalement être recherchées du côté de l'allocation des ressources, du rôle dévolu aux différents acteurs et de l'organisation des services.

Les décisions qui ont été prises au Québec, comme au Canada, quant au financement largement public des dépenses de santé et de services sociaux reflètent un certain contrat social. En basant l'accès aux services sur les besoins et le financement principalement sur les impôts généraux, on acceptait collectivement que le système opère une redistribution des ressources, des plus riches vers les moins nantis, des personnes actives vers les retraités et, souvent, de la population masculine vers la population féminine.

Le contrôle de l'État sur les prix et la prestation des services hospitaliers et médicaux est une autre caractéristique de notre système¹⁶. Il semble que cette situation de payeur unique et ce contrôle sur l'offre des services ont permis à l'État d'exercer une assez bonne maîtrise sur l'évolution des coûts du système, si l'on compare les situations américaine et canadienne : frais administratifs, dépenses d'immobilisations, achats d'équipements, rémunération des professionnels de la santé, masse salariale, etc.

Un tel contrat social repose, cependant, sur l'assurance que, en contrepartie de sa contribution au financement du système public, le citoyen obtiendra, pour lui et ses proches, des services de qualité en cas de besoin. Dans la mesure où le système public ne répond pas de façon satisfaisante aux attentes, des pressions se manifestent pour qu'on accroisse les ressources publiques. À défaut d'obtenir une réponse satisfaisante, une partie plus ou moins importante de la population, notamment parmi les personnes qui auraient les moyens de défrayer pour les services qu'elles requièrent, peut remettre en question le contrat social et le pouvoir exercé par l'État sur le secteur. À ce moment, les

¹⁶ La Loi canadienne sur la santé s'appuie sur cinq critères : administration publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Des sanctions sont prévues s'il y a non-respect par les provinces de ces cinq conditions ou s'il y a imposition de frais modérateurs ou surfacturation des services assurés : Odette MADORE. Direction de la recherche parlementaire. Bibliothèque du Parlement. (Page consultée le 2 octobre 2000). *La Loi canadienne sur la santé. Aperçu et options*. Adresse URL : <http://www.parl.gc.ca/36/refmat/library/PRBpubs/944-f.htm#D>

ressources globales dévolues au secteur sociosanitaire augmenteront, mais en faisant une place plus grande au financement ou à la production privés des services, particulièrement là où la demande est solvable.

1.1 L'accroissement des ressources globales consacrées au secteur sociosanitaire

1.1.1 Les solutions entrevues

Les solutions avancées pour accroître les ressources globales affectées au secteur de la santé peuvent être présentées schématiquement de la façon suivante :

- celles qui s'inscrivent dans le cadre d'un financement public et d'un contrôle public sur la production des services :
 - accroissement des budgets publics consacrés à la santé : le système reste le même. L'effet de cet accroissement de ressources publiques dépend des sommes en cause et de l'endroit où elles sont affectées;
 - recours à de nouvelles sources de financement public (caisses d'assurance sociale, taxes sur le tabac et l'alcool, etc.) : cette solution respecte également le principe d'un accès égal aux services. Cependant, le recours à d'autres modes de financement peut, en théorie, occasionner des coûts administratifs plus importants que si l'on procédait à partir des moyens de financement déjà en place. Ce recours à de nouvelles sources publiques de financement peut également introduire plus de rigidité dans l'allocation des ressources si les nouveaux fonds prélevés sont affectés à des services précis plutôt qu'à l'enveloppe globale affectée à la santé et aux services sociaux;
- celles qui s'inscrivent dans le cadre d'un financement mixte, public et privé, et d'un contrôle public sur la production :
 - accroissement de la contribution des utilisateurs : au lieu d'accroître l'effort financier des contribuables, on augmente celui des patients utilisateurs dans le but de hausser le niveau des ressources globales et, parfois, de restreindre la consommation des services jugés moins nécessaires¹⁷. Il semble qu'une telle participation aux frais entraîne souvent une réduction de la demande globale dans un premier temps, mais que cet effet s'estompe par la suite. Cependant, la contribution exigée peut agir comme un ticket modérateur chez ceux qui disposent de revenus plus faibles, avec des conséquences néfastes possibles sur leur santé, selon les services sur lesquels le copaiement s'applique. Elle peut également provoquer des hausses de prix si le secteur échappe ainsi, en partie, au contrôle exercé par les pouvoirs publics.

¹⁷ Pour une analyse détaillée de cette question, consulter : Conseil de la santé et du bien-être. *Un juste prix pour les services de santé*, section 1 Tarif, ticket modérateur, coassurance : quand le consommateur devient la cible, Québec, le Conseil, 1995, p. 41-67.

- accroissement de la contribution pour les utilisateurs qui souhaitent accéder plus rapidement aux soins et aux analyses de laboratoire, à des instruments diagnostiques et thérapeutiques plus performants ou à des services de meilleure qualité : cette voie mène à l'instauration d'un système à deux vitesses à l'intérieur du système public dans la mesure où la volonté et la capacité de payer s'ajoutent au critère du besoin pour déterminer l'accès aux soins. Pourtant, une telle évolution apparaît normale à certains. Selon eux, compte tenu de la vitesse à laquelle se développent les nouveaux outils d'intervention, de leur coût et des limites à la capacité budgétaire de l'État, le système public ne serait pas en mesure de donner accès à tous, sur le même pied, aux outils de pointe et à des services rapides et de haute qualité. Il faudrait alors offrir un service de base à tous, avec la garantie que les cas urgents seraient traités en priorité; les personnes qui souhaiteraient obtenir davantage devraient être prêtes à déboursier. Sinon, des pressions s'exerceront en vue de permettre au secteur privé de répondre de façon plus satisfaisante aux besoins de ceux qui sont disposés à payer.
 - vente aux non-résidents de services spécialisés, sur une base lucrative, au profit des établissements hospitaliers et des professionnels de la santé : la situation actuelle dans le réseau de la santé (files d'attente, essoufflement et pénurie du personnel, etc.) n'apparaît pas propice à favoriser la poursuite d'une telle voie. Nous reviendrons sur cette hypothèse, envisagée par la Commission, au point 1.2.5.
- celles qui s'inscrivent dans le cadre d'un financement mixte, public et privé, des soins et d'un contrôle mixte, public et privé, sur la production des soins :
- réduction du panier de services assurés : pour les services désassurés, la capacité de payer devient le critère d'accès déterminant et non plus le besoin. De plus, il risque d'y avoir une réduction du contrôle public sur les prix, la qualité des services et les modalités de production, avec la possibilité que le meilleur et le pire s'y côtoient. De plus, loin de se dégager entièrement, l'État serait obligé de resserrer la surveillance et la réglementation, ce qui occasionnerait des coûts. Des pressions inflationnistes peuvent également s'exercer sur les prix des services désassurés. En revanche, des services moins coûteux peuvent être la résultante d'une production plus efficiente, mais aussi de services de moindre qualité ou d'un abaissement des conditions de travail. Enfin, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre spécialisée, les secteurs les plus lucratifs peuvent être en mesure d'attirer les meilleurs éléments dans le secteur privé, avec le risque de perte d'expertise pour le secteur public. La réduction du panier des services assurés pourra se traduire par une croissance moins importante des dépenses publiques de santé que ce qui se serait produit autrement. Cependant, les ressources globales consacrées à la santé continueront quant à elles de s'accroître, l'expansion se faisant sentir davantage dans le secteur privé. Selon l'ampleur de la désassurance, le profil relatif de consommation en soins de santé des différentes catégories socio-économiques pourrait être affecté, à la baisse pour les personnes à faible revenu et à la hausse pour les personnes les plus fortunées.

1.2 Réponses aux questions de la Commission

1.2.1 L'augmentation des impôts

La Commission se demande s'il y aurait lieu d'augmenter les impôts pour suffire à la croissance des coûts du système.

La réponse à cette interrogation exige un certain développement. Tout d'abord, on sait que le niveau de dépenses par habitant qu'un État consacre à la santé n'est pas nécessairement en lien direct avec le niveau de santé de sa population et que des éléments, comme l'éducation, l'emploi et le revenu, sur lesquels l'État peut également agir, y contribuent aussi. Cependant, **on doit admettre que les pays plus riches consacrent souvent une part importante de leur richesse à leurs dépenses sociosanitaires. Dans les faits, les sociétés investissent dans les soins de santé, non seulement dans le but d'accroître l'espérance de vie de leur population ou le nombre d'années sans incapacité, mais d'abord pour soigner, réduire la souffrance et augmenter l'autonomie et la qualité de vie des personnes.**

Ensuite, à cause de la nature avant tout publique de notre système de santé, toute augmentation des dépenses totales en santé est largement tributaire des décisions que l'État prend dans ce secteur – à moins de vouloir modifier la nature même du système –, contrairement à ce qui se passe aux États-Unis où le rôle du marché est plus important. En effet, alors que les dépenses **totales** de santé étaient estimées à 17,4 milliards de dollars en 1998 au Québec, les dépenses **publiques** de santé représentaient 69,1 % de cette somme, soit quelque 12 milliards de dollars¹⁸. Aux États-Unis, en revanche, les dépenses **publiques** de santé n'atteignaient que 46,7 % des dépenses **totales** de santé en 1997¹⁹.

Or, on sait que le secteur de la santé et des services sociaux québécois a été soumis à des compressions budgétaires importantes au cours de la dernière décennie, ce qui l'a laissé dans une position relativement moins avantageuse que par le passé :

- les dépenses **publiques** de santé, **par habitant**, au Québec ont décliné durant trois années consécutives (en 1995, 1996 et 1997) en termes absolus (sans tenir compte de l'inflation)²⁰. Elles s'élevaient à 1 728 \$ par habitant en 1999, ce qui plaçait le Québec au dernier rang des provinces canadiennes avec un niveau de dépenses inférieur de 11,7 % à la moyenne canadienne (1 958 \$)²¹;

¹⁸ Roland ARPIN (président du Groupe de travail). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec, Rapport du Groupe de travail*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1999, Annexe 4 : Statistiques, tableau 1.

¹⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (Page consultée le 13 septembre 2000). *Proportion publique des dépenses totales de santé, Québec et pays membres du G-7, 1975 à 1997*.

Adresse URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index/htm>

²⁰ Roland ARPIN. *Rapport du Groupe de travail, op. cit.*, Annexe 3, tableau 1.

²¹ Données estimées en 1999 : Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec, op. cit.*, p. 12, tableau 6.

- les dépenses **publiques** de santé au Québec représentaient 6,3 % du produit intérieur brut (PIB) en 1999, une proportion moins élevée qu'en 1980 (6,6 %), 1990 (6,9 %) et 1994 (7,2 %)²². Le Québec se situait près de la moyenne canadienne en 1999 (6,4 %); cependant, seules l'Alberta (5,3 %) et l'Ontario (5,8 %) affectaient un pourcentage inférieur de leur richesse collective à leurs dépenses publiques en santé si l'on considère l'ensemble des provinces et les Territoires;
- les dépenses **totales** de santé au Québec atteignaient, pour leur part, 9,1 % du PIB en 1999 (moyenne canadienne : 9,2 %); ce pourcentage était plus élevé dans les Territoires et les autres provinces canadiennes, à l'exception de l'Alberta et de l'Ontario. En 1997, le Québec consacrait 9,2 % de son PIB à ses dépenses **totales** de santé. Les États-Unis (14 %), l'Allemagne (10,4 %) et la France (9,9 %) faisaient plus, alors que l'Italie (7,6 %), le Japon (7,3 %) et le Royaume-Uni (6,7 %) y affectaient, pour leur part, un pourcentage inférieur de leur PIB²³;
- un indice portant sur le **nombre de lits dressés pour les soins physiques de courte durée par 1 000 habitants** s'élevait à 2,2 en 1999 au Québec (2,0 au Canada)²⁴. Une étude portant sur des comparaisons internationales, publiée en avril 2000, présente l'indice lits/1000 habitants pour 19 pays développés en 1995 et indique que l'indice le plus bas se situait à 4,0 en Espagne et le plus élevé à 16,2 au Japon. Selon l'auteur, l'optimum actuel s'établissait à 4 ou 5 lits par 1 000 habitants²⁵.

Par ailleurs, les données indiquent que les dépenses privées représentent une proportion croissante des dépenses totales en santé au Québec. Des pressions en faveur d'un accroissement de la place occupée par le secteur privé dans le financement ou la production des services de santé pourraient s'exercer si les citoyens mettent en doute la volonté ou la capacité de l'État d'assurer des services satisfaisants dans le secteur public. Une telle avenue pourrait, cependant, réduire l'égalité d'accès aux services et accroître les prix :

- en 1980, les dépenses **publiques** de santé en pourcentage des dépenses **totales** de santé au Québec atteignaient 81,5 %, ce qui classait le Québec au 1^{er} rang des provinces canadiennes à ce titre (moyenne canadienne : 75,6 %). Ce pourcentage s'était cependant réduit à 75,2 % en 1990 (74,6 % au Canada) et à 70,8 % en 1999 (69,6 % au Canada). En 1999, la part des dépenses **publiques** de santé dans les dépenses **totales** de santé était supérieure à celle du Québec dans cinq provinces canadiennes et dans les Territoires;

²² *Ibid.*, p. 11, tableau 5.

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (Page consultée le 13 septembre 2000). *Pourcentage des dépenses totales de santé dans le PIB, Provinces, Territoires et Canada, 1975 à 1999 et Proportion du PIB dans les dépenses de santé, Québec et pays membres du G-7, 1975 à 1997.*

Adresse URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index/htm>

²⁴ Données obtenues de : Service du développement de l'information, DGPSE, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2000.

²⁵ Denis-Clair LAMBERT. *Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Paris, Éditions du Seuil, avril 2000, p. 122-124 et 327-329.

- avec un ratio **dépenses publiques de santé / dépenses totales de santé** se situant à 69,8 % en 1997, le Québec accordait une place plus importante que les États-Unis (46,7 %) au financement public de ses dépenses de santé, une place égale à celle de l'Italie (69,9 %), mais inférieure à celle réservée au Royaume-Uni (84,5 %), en France (78,4 %) et en Allemagne et au Japon (77,4 %) ²⁶.

Ces statistiques illustrent, de diverses façons, l'évolution des dépenses de santé au Québec. Selon une étude gouvernementale déjà citée, l'arrêt des compressions annoncé en 1998 et les réinvestissements en 1999-2000 et 2000-2001 ont permis au secteur sociosanitaire public de retrouver et, même, de dépasser en termes réels (13 %) le niveau des ressources qu'il avait au début de la décennie en 1990-1991. Cependant, si le virage ambulatoire a abaissé la courbe des dépenses de santé, l'étude fait également mention des pressions à la hausse qui se font à nouveau sentir ²⁷.

Jugeant le secteur sous-financé, le professeur Denis Bédard suggère de réinvestir dans le système de santé, même s'il croit que la solution aux problèmes du réseau passe également par la recherche d'une plus grande efficacité dans l'organisation du système et par la régionalisation des enveloppes budgétaires ²⁸. Selon lui, des sondages indiquent que la population souhaite un accroissement des dépenses publiques en santé. Relativement à l'engagement que le gouvernement québécois a pris de réduire l'impôt sur le revenu, il croit que l'injection de nouvelles sommes serait mieux acceptée si le gouvernement créait un fonds séparé pour les services de santé et les services sociaux auquel seraient versés tous les revenus perçus à cette fin.

Mentionnons également la récente étude du Groupe de travail de l'Institut de recherche en politique publique sur les politiques de santé parue, sous le titre *Recommandations aux premiers ministres*, ainsi que la lettre adressée aux premiers ministres des provinces et du Canada en date du 6 septembre 2000 ²⁹. **Dans cette lettre, les membres de ce Groupe de travail – tous reconnus pour leur intérêt pour les questions de santé au Canada – prennent vigoureusement position en faveur « ...d'investissements nouveaux et substantiels dans les établissements, la recherche, l'informatique et la gestion »**. Leur plan d'action détaillé s'appuie sur quatre objectifs principaux : atteindre l'excellence, améliorer l'imputabilité, renouveler le partenariat et garantir la pérennité du système.

Selon eux, afin de garantir la stabilité du financement, le gouvernement fédéral doit :

²⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (Page consultée le 13 septembre 2000). *Pourcentage des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé, Provinces, Territoires et Canada, 1975 à 1999 et Proportion publique des dépenses totales de santé, Québec et pays membres du G-7, 1975 à 1997*. Adresse URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index/htm>

²⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec*, op. cit., p. 6.

²⁸ Denis BÉDARD. *Op. cit.*, p. 37-54.

²⁹ Groupe de travail de l'IRPP sur les politiques de santé. *Recommandations aux premiers ministres*, IRPP, 2000, 53 p. et Lettre adressée aux premiers ministres des provinces et du Canada. Adresse URL : <http://www.irpp.org>

« ...augmenter ses investissements réels par habitant dans le système public, pour prendre en compte la mise en œuvre de nouvelles technologies et le vieillissement de la population. D'autres pays dotés de régimes de santé universels (comme l'Allemagne, la France, et la Suisse) ont porté de 8,5 ou de 9,0 p. 100 à 10,0 ou à 10,5 p. 100 la part du PIB qu'ils consacrent aux dépenses de santé. Le Canada, qui consacre actuellement au sien 9,5 p. 100 de son PIB, devra vraisemblablement porter cette part à 10,0 ou à 10,5 p. 100 au cours des prochaines décennies. Cela imposera aux gouvernements des dépenses légèrement supérieures au taux de croissance économique. Une partie de surplus budgétaires que les gouvernements dégagent actuellement devra être réinvestie dans la santé. »

D'autres arguments sont également mis de l'avant en faveur d'un réinvestissement, au moins temporaire, dans le système public. Évoquant les expériences réalisées ces dernières années au Canada, **certains croient, en effet, qu'on ne pourra sans budgets suffisants réaliser avec succès les transformations qui s'imposent dans l'organisation des services**³⁰.

Enfin, le Conseil du statut de la femme rappelle les mises en garde qu'il avait formulées en septembre 1999 à la Commission des finances publiques à l'effet que les réductions d'impôts promises ne devaient pas mettre en péril les services publics³¹. Or, les compressions budgétaires se sont traduites par une détérioration de l'accessibilité et de la qualité des soins³²; elles ont compromis la réussite des transformations amorcées et miné, en partie, la confiance de la population québécoise à l'endroit de son système de santé et de services sociaux.

Un réinvestissement dans le système de santé et de services sociaux nous apparaît donc nécessaire afin que la population continue d'adhérer aux principes d'accessibilité, d'universalité et de solidarité qui sont à la base de notre système. En ce sens, il importe de s'assurer que :

- des budgets suffisants, financés par les impôts généraux, soient affectés au secteur de la santé et des services sociaux pour permettre que des réformes conduisant à des soins de meilleure qualité et à un système plus efficace et efficient puissent être réalisées;
- la part du financement public dans l'ensemble des dépenses de santé ne diminue pas et que le Québec continue de consacrer un pourcentage significatif de sa richesse collective à son secteur sociosanitaire.

³⁰ Propos tenus par le président-directeur général de l'Hôpital d'Ottawa, M. David Levine, au Colloque d'experts organisé par la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux le 14 septembre 2000.

³¹ Conseil du statut de la femme. *Mémoire présenté à la Commission des finances publiques sur le document de consultation Réduction de l'impôt des particuliers*, Québec, le Conseil, 1999, p. 5-7 et 41.

³² Certains craignent pour l'égalité d'accès de tous aux soins, indépendamment du statut, de l'âge et de l'origine de la maladie ou des blessures (accidents du travail ou de la route ou autres).

1.2.2 La désassurance de services

La Commission se demande s'il y aurait lieu de diminuer l'offre de services, ce qui signifie en d'autres mots désassurer certains services pour ne plus les imputer au régime public (ex. : les services d'optométrie, en 1992-1993) et continuer à en offrir d'autres jugés plus prioritaires.

1.2.2.1 Considérations préalables

La désassurance des services revient en fait à transférer au patient utilisateur les coûts qui étaient auparavant supportés par les contribuables. L'examen de la situation indique qu'il n'y a pas énormément d'espace où l'État pourrait, sans dommage, réduire la gamme des services assurés.

Tout d'abord, les services médicalement requis qui sont dispensés dans les hôpitaux ou par les médecins au Québec sont gratuits en vertu de la Loi canadienne sur la santé, de la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec et de la Loi sur l'assurance-maladie :

- comme le précise le Groupe de travail sur la complémentarité des services privés, « ... Les médecins du Québec ne peuvent offrir des services assurés sur le marché qu'à la condition de se désengager entièrement du régime public. Pour leur part, les assureurs privés ne peuvent offrir sur le marché des assurances couvrant des services médicaux ou hospitaliers³³. »
- selon le Groupe de travail, « Ces caractéristiques inhérentes au régime public de santé jointes aux contraintes extérieures du marché (ex. : prix élevés par rapport à la distribution des revenus) constituent des mécanismes très puissants qui anéantissent en pratique toute possibilité de développement d'un véritable système privé de services médicaux et hospitaliers parallèle, au Québec et au Canada³⁴. »

Ensuite, dans les autres secteurs où une réduction du financement public serait envisageable, on ne peut penser y recourir sans avoir, au préalable, bien peser les conséquences que cela pourrait avoir, sur la population la plus pauvre d'abord, mais aussi sur l'ensemble de la population. Dans l'étude du Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé, on note bien que l'évolution des dépenses privées de santé suit celle de la richesse collective et que les citoyens reportent leur consommation de services qu'ils jugent moins essentiels lorsque leur situation économique se détériore. Il ne faudrait pas que le défaut à se procurer des services entraîne des coûts ailleurs dans le système.

³³ Roland ARPIN (président du Groupe de travail). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé. La présence du privé dans la santé au Québec, État détaillé de la situation*, Québec, septembre 1999, p. 33.

³⁴ *Ibid.*

1.2.2.2 État de la situation par type de dépenses

Les travaux du Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé nous permettent de voir plus finement ce qui est du ressort du public et du privé dans le financement des dépenses de santé³⁵.

Le Groupe de travail illustre, en effet, la part relative des dépenses publiques dans les dépenses totales pour les différentes catégories de dépenses au Québec en 1998. On voit que le pourcentage dépenses publiques / dépenses totales était particulièrement élevé dans les services médicaux (98,9 %), dans les immobilisations (92,9 %) et dans les hôpitaux (90,2 %). Ce pourcentage demeurait relativement important dans les catégories « autres dépenses » (76,9 %) et « autres établissements » (59,9 %). Enfin, il était plutôt faible au poste des médicaments (28,4 %) et dans la catégorie « autres professionnels » (12,5 %) ³⁶ :

- la part des dépenses privées dans les dépenses totales en **soins médicaux** (1,1 %), minime, provenait des sources suivantes : fournitures utilisées dans leur clinique par les médecins (plâtres, vaccins, etc.), services non couverts (services esthétiques mineurs, chirurgie plastique ou traitement de la myopie au laser, etc.), services dont les conditions d'admissibilité ont été resserrées (traitement de l'obésité, chirurgie du sein pour des raisons esthétiques, prothèse de qualité supérieure pour la cataracte, etc.), soins donnés par des médecins non participants (entre autres, en ophtalmologie et en chirurgie plastique), tests de résonance magnétique et chirurgie buccale réalisés hors des hôpitaux³⁷;
- le pourcentage **dépenses publiques / dépenses totales** de 90,2 % dans les hôpitaux résultait principalement de la facturation de suppléments pour les chambres privées et semi-privées. Les repas et l'hébergement font cependant partie des services assurés dans les **hôpitaux** en vertu de la loi fédérale.
- par ailleurs, le poste « **autres dépenses** » – où les dépenses publiques représentent 76,9 % des dépenses totales – comprend les soins de santé à domicile, le transport ambulancier, les lunettes, les appareils auditifs, les orthèses et les prothèses, la santé publique, la recherche, les frais d'administration des régimes d'assurance, etc.
- pour sa part, la catégorie « **autres établissements** » – où les dépenses publiques s'élèvent à 59,9 % des dépenses totales – inclut les établissements de soins pour les bénéficiaires hébergés (résidences pour les personnes âgées, pour les personnes souffrant d'un handicap physique ou mental, pour les personnes alcooliques ou toxicomanes, etc.). Rappelons que la facturation des services d'hôtellerie (gîte et couvert) est autorisée par la loi fédérale pour les bénéficiaires de soins prolongés. Dans les CHSLD, elle est établie en tenant compte des revenus des personnes. En revanche, les services médicaux et hospitaliers sont assurés gratuitement;

³⁵ *Ibid.*, p. 31-45.

³⁶ *Ibid.*, p. 32, graphique 10.

³⁷ *Ibid.*, p. 35-36.

- enfin, toujours selon l'étude précédemment citée, les dépenses privées consacrées aux services des « **autres professionnels** » s'élevaient à 213 \$ par habitant au Québec en 1996, une somme inférieure de 19,3 % à la moyenne canadienne. La proportion relative des dépenses privées sur les dépenses totales y était moins importante au Québec (31,7 %) qu'au Canada (35,3 %). En outre, les dépenses privées étaient réparties différemment au Québec que dans l'ensemble du Canada. En effet, 17,4 % allaient aux services dentaires au Québec (contre 23,7 % au Canada), un pourcentage assez comparable allait aux services de la vision (8,6 % au Québec et 7,5 % au Canada) alors qu'un pourcentage un peu plus élevé (5,7 % au Québec contre 4,1 % au Canada) était consacré aux autres services (podiatry, psychologie, physiothérapie, soins infirmiers et services alternatifs tels que chiropraxie, ostéopathie, massothérapie, etc.).

Dans ce même rapport, le Groupe de travail indique la répartition des dépenses privées de santé par type de dépenses au Québec en 1998 et comment cette répartition a évolué entre 1989 et 1998 au Québec³⁸ :

- le poste « **médicaments** » était le plus important en 1998 (il comptait pour 34,2 % des dépenses privées de santé), suivi de la catégorie « **autres professionnels** » (31,4 %). Venaient ensuite les catégories « hôpitaux » (12,1 %), « autres établissements » (11,9 %) et « autres dépenses » avec 9,2 %. La part occupée par les médecins dans les dépenses privées (0,4 %) ou par le capital (0,8 %) était peu significative.
- l'évolution de cette répartition entre 1989 et 1998 indique que le poste « **autres dépenses** » est celui qui a accru le plus son importance (passant de 5,7 % à 9,2 % des dépenses privées de santé), suivi de la catégorie « **autres établissements** » (de 10,1 % à 11,9 %) et des « **médicaments** » (de 32,3 % à 34,2 %). En revanche, la part des dépenses privées allant aux hôpitaux avait diminué (de 16,5 % à 12,1 %), résultat de la réduction des hospitalisations, tout comme celle allant aux « **autres professionnels** » (de 34,2 % à 31,4 %).

1.2.2.3 Examen des différents services

- Les services hospitaliers et médicaux :

Comme on l'a vu, la loi fédérale est précise sur le fait que les services hospitaliers et les services médicaux doivent continuer d'être offerts gratuitement.

- Les services dentaires et les examens de la vision :

Le gouvernement a déjà réduit la gratuité de ces services. Par exemple, la gamme des services dentaires offerts en cabinet aux enfants a été restreinte et les services demeurés gratuits sont offerts uniquement aux enfants de moins de 10 ans. **Un souci de prévention**

³⁸ *Ibid.*, p. 34, graphique 11.

doit empêcher d'aller plus loin dans la désassurance, surtout que les données citées plus haut indiquent que la population québécoise dépense relativement moins dans les services dentaires que la population canadienne. Le Québec a également diminué successivement l'accès aux examens de la vue gratuits, les réservant maintenant aux enfants de moins de 18 ans et aux personnes âgées de 65 ans et plus. **Compte tenu du rôle capital joué par la vision dans l'apprentissage des jeunes et dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées, la désassurance de ces services ne doit pas être envisagée. L'achat des lunettes entraîne déjà un coût relativement élevé.**

- Les services de santé offerts aux assistés sociaux et aux personnes ayant des problèmes particuliers :

Il va de soi que les services reliés à la santé qui sont offerts gratuitement aux assistés sociaux ou aux autres groupes ciblés en raison de leurs problèmes particuliers doivent continuer d'être dispensés gratuitement par l'État. Il ne faut pas oublier que, depuis la réforme de l'assurance médicaments en 1996 et 1997, les assistés sociaux sans contraintes à l'emploi, comme la majorité des personnes âgées, participent maintenant davantage au financement du régime.

- Les soins à domicile dans le cadre du virage ambulatoire et les médicaments :

Les médicaments jouent maintenant un rôle accru dans le maintien de la santé et de la guérison. De plus, le développement de nouvelles approches en matière de soins s'est traduit par une réduction du recours à l'hospitalisation et de la durée des séjours, de même que par un accroissement des chirurgies d'un jour. Une partie significative des soins – entre autres, les soins infirmiers et personnels – s'est déplacée de l'hôpital au domicile des patients. Même si, au Québec, les CLSC et le secteur communautaire se sont mobilisés pour assurer les services nécessaires, ils ne parviennent pas toujours à le faire de façon satisfaisante, notamment en quantité, faute de budgets. Les aidants, très majoritairement des femmes, ont été appelés à prendre la relève de services publics insuffisants et on a également fait appel au secteur privé.

Ce constat amène le Groupe de travail de l'IRPP sur les politiques de santé à souhaiter que le critère d'intégralité contenu dans la Loi canadienne sur la santé soit redéfini :

« Les services médicaux ne se réduisent plus de nos jours aux soins hospitaliers. Dans un monde où la pharmacothérapie et les médecines parallèles gagnent sans cesse en efficacité, nous avons l'occasion de redéfinir au complet le contenu du "panier". Un système canadien qui engloberait les soins à domicile et les médicaments pourrait, plus justement que notre système actuel, se réclamer du principe d'"intégralité"³⁹. »

Pour sa part, le Conseil du statut de la femme a déjà pris position dans un avis sur la question des services à prévoir dans le cadre du virage ambulatoire. Nous reprenons deux recommandations qui ont été formulées à cette occasion :

³⁹ Groupe de travail de l'IRPP sur les politiques de santé. *Op. cit.*, p. 10.

- le Conseil recommandait d'abord que le MSSS mette sur pied des maisons de convalescence gratuites pour les usagères et les usagers qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés, mais dont l'état de santé ou la situation personnelle ne permet pas un retour à domicile, afin de préserver leur bien-être, leur autonomie et leur sécurité⁴⁰;
- il proposait ensuite que la future politique sur les services à domicile garantisse le principe de la gratuité des services hospitaliers, des soins personnels, des services sociaux et de réadaptation fournis dans le cadre du virage ambulatoire, et consente aux établissements du réseau public, notamment aux CLSC et aux hôpitaux, les ressources nécessaires pour concrétiser ce principe et fournir la quantité de services requis⁴¹.

Par ailleurs, le CSF a également pris part à la consultation sur l'assurance médicaments :

- comme premier choix, il s'est prononcé en faveur d'un régime universel et gratuit, y voyant les plus grands avantages : meilleure intégration des médicaments dans le système de santé, possibilité d'un meilleur contrôle sur des coûts, plus grande solidarité de l'ensemble des contribuables, meilleure accessibilité pour les personnes à faible revenu, et disparition des différences de couverture entre le régime public et les régimes privés;
- dans l'éventualité où ce scénario ne serait pas retenu, il a également formulé des recommandations visant une amélioration du système actuel basé sur une assurance médicaments publique complémentaire aux assurances privées⁴².

Les services aux malades chroniques et aux personnes âgées :

- bien que le CSF ne se soit pas penché sur le cas particulier des personnes souffrant de maladies chroniques, leur situation s'apparente à plusieurs égards à celle des malades traités dans le cadre du virage ambulatoire ou à celle des personnes âgées en perte d'autonomie. **Ces personnes devraient également être assurées d'un accès gratuit aux services médicaux, infirmiers et personnels que leur état requiert.** Elles pourront ainsi conserver plus longtemps leur autonomie et retarder, sinon éviter, un hébergement dans un centre de soins de longue durée. Il ne faudrait pas que la désassurance des services ou leur insuffisance amène les personnes âgées ou les malades chroniques à opter pour des services plus lourds et plus coûteux socialement par besoin de sécurité, parce que ceux-ci leur coûtent moins cher personnellement ou parce que la désassurance aura entraîné une détérioration plus rapide de leur état de santé.

⁴⁰ Conseil du statut de la femme. *Pour un virage qui respecte les femmes*, op. cit., p. 13.

⁴¹ *Ibid.*, p. 19.

⁴² Conseil du statut de la femme. *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales sur le rapport d'évaluation du régime d'assurance-médicaments*, [recherche et rédaction : Francine Lepage et Ginette Plamondon], Québec, le Conseil, février 2000, 39 p.

- en ce sens, le CSF est d'accord avec le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé sur l'importance de mettre l'accent sur les ressources de rechange à l'hébergement, tels les services de maintien à domicile pour les personnes âgées. **En revanche, il est très inquiet de la prise de position du Groupe de travail à l'effet qu'il faudrait favoriser, lorsque c'est plus économique, l'achat de places en centres privés d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Il nous apparaît que l'État manquerait à son devoir le plus élémentaire de protection des plus faibles s'il en venait à considérer le secteur privé à but lucratif comme un partenaire à rechercher pour l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, et ce, particulièrement lorsqu'il est question de cas lourds, de personnes vulnérables et sans moyens financiers importants.**

Nous savons que le gouvernement compte actuellement sur les centres d'accueil privés conventionnés pour compléter les services offerts dans les CHSLD. Cependant, ce choix en faveur des services privés qui pourrait s'exercer, selon le Groupe de travail, « ...lorsque c'est plus économique... », n'annonce rien de rassurant. Peut-on penser qu'une procédure par appel d'offres et une réglementation détaillée sauront garantir la sauvegarde du bien commun? **Pour le CSF, les services d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie, particulièrement quand celles-ci sont en situation vulnérable, doivent demeurer la responsabilité de l'État ou, du moins, d'organismes à but non lucratif dont la réputation est bien établie. Le CSF est particulièrement sensible à cette question, sachant que cette problématique concerne principalement les femmes qui survivent ordinairement à leur conjoint et qui vivent souvent au-delà de 80 ans dans une certaine solitude et avec des incapacités.**

1.2.3 La création de caisses spéciales

La Commission se demande s'il y aurait lieu de créer un régime contributif (ex. : le programme d'assurance médicaments ou les caisses d'assurance collective en Europe) pour un type de services (ex. : services à domicile) ou une cohorte démographique (ex. : les baby-boomers) ou l'ensemble des services.

Dans plusieurs pays européens, la sécurité sociale s'est édiflée, pour des raisons historiques, autour de caisses d'assurance sociale reliées au secteur d'emploi ou à l'activité professionnelle. Ces caisses d'assurance sociale, qui couvrent différents risques dont celui de la maladie, sont alimentées par les cotisations versées par les employeurs et les employés sur les salaires. En retour de leurs contributions, les assurés et les membres de leur famille acquièrent le droit aux prestations et aux protections prévues par le régime.

Au Québec, le système de sécurité sociale s'est développé plus tardivement en s'inspirant davantage de la tradition britannique où les services de santé sont universels et financés par les impôts. Les systèmes comme le nôtre, plus centralisés et à payeur unique, se comparent avantageusement à ceux comportant un ensemble de caisses de sécurité

sociale. Ils seraient moins coûteux à administrer, permettraient d'exercer un meilleur contrôle sur les coûts et ils couvriraient mieux l'ensemble de la population. Aussi, plus progressif étant basé sur les impôts généraux, leur financement serait plus équitable et ferait moins appel à des frais d'utilisateurs.

De façon générale, nous croyons donc qu'il n'y aurait pas intérêt au Québec à changer la nature de notre système en développant de nouvelles caisses pour couvrir les dépenses de santé et de services sociaux : nous avons déjà l'assurance médicaments, l'assurance-automobile et le régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles. **Néanmoins, il nous semble que la proposition d'une assurance-vieillesse, qui a été présentée récemment au Colloque sur le financement des soins de santé, organisé par la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, mérite d'être étudiée.**

Cette assurance-vieillesse couvrirait le coût des services requis par les personnes âgées 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'émarger au budget de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie. La caisse d'assurance-vieillesse serait principalement financée par des cotisations prélevées sur les revenus auprès de toute 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. 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 rapide de la population.

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.

1.2.4 La contribution des usagers

La Commission se demande s'il y aurait lieu d'élargir la contribution personnelle des usagers pour la consommation de certains services (ex. : la contribution des adultes hébergés en CHSLD).

Comme le régime de la sécurité de la vieillesse assure des revenus de base aux personnes âgées de 65 ans et plus, il apparaît normal que, comme celles qui logent à domicile ou en établissements privés, les personnes âgées résidant en établissements publics contribuent à leurs frais d'hébergement. **Une telle contribution doit cependant être établie à un niveau raisonnable et tenir compte de la capacité contributive des personnes en cause. Il importe, également, d'établir clairement ce que couvre la contribution et d'éviter les frais cachés et les hausses subites de coûts.**

Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, le recours aux revenus fiscaux nous apparaît, de façon générale, une meilleure façon de financer les soins de santé et les services sociaux que l'imposition de frais aux utilisateurs. 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 très 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 et ont les moyens de les acquitter.

À cet effet, certaines personnes attirent l'attention sur les frais (transport, hébergement) que doivent supporter les patients qui sont appelés à se déplacer vers les centres urbains pour y recevoir des traitements. Les politiques de remboursement seraient variables selon les cas et les régions.

De plus, la question de la contribution aux usagers se pose particulièrement dans le cadre du virage ambulatoire. Comme le CSF l'a écrit dans son avis déjà cité :

« Avec le virage, on augmente les besoins en services infirmiers à domicile, en soins personnels, en entretien domestique, en médicaments..., des besoins qui étaient pris en charge gratuitement à l'hôpital et qui incombent désormais partiellement aux utilisatrices. »....

«Le Conseil croit que l'État doit assumer l'essentiel des services requis dans le cadre du virage, si l'on veut éviter que l'accès aux services soit déterminé par le revenu et que les femmes ne soient particulièrement pénalisées⁴³. »

Enfin, des réserves similaires s'appliquent aux services de maintien à domicile qui doivent être offerts aux malades chroniques et aux personnes âgées en perte d'autonomie.

1.2.5 La vente de services spécialisés aux non-résidents

La Commission se demande s'il y aurait lieu de créer une nouvelle source de financement pour les établissements publics et les professionnels de la santé en leur permettant d'offrir des services spécialisés (ex. : cardiologie, oncologie, orthopédie) sur une base lucrative aux non-résidents canadiens et en dehors des horaires normaux.

L'offre de services à des non-résidents sur une base lucrative ne semble pas une façon acceptable de financer les installations hospitalières ou les nouveaux équipements ou de motiver les professionnels de la santé :

- compte tenu de la situation actuelle du réseau (files d'attente, essoufflement et pénurie du personnel, etc.), il semblerait discutable, sur le plan éthique, que l'on mette à la disposition des non-résidents des infrastructures et du personnel de la santé alors que l'offre des services est insuffisante pour les résidents qui ont financé les établissements, les équipements et la formation du personnel; de plus, les résidents ne seraient pas en mesure, quant à eux, d'obtenir en payant des services au moment voulu;

⁴³ Conseil du statut de la femme. *Pour un virage qui respecte les femmes, op. cit.*, p. 18.

- vu le risque de placer les professionnels de la santé et, même, les directeurs d'établissement en conflit d'intérêts si la vente de services à des non-résidents représente une activité plus lucrative pour les premiers ou est retenue comme critère d'évaluation de la performance des seconds;

De plus, ne court-on pas le risque d'ouvrir ainsi le secteur de la santé à la concurrence étrangère, notamment à la concurrence américaine? Les producteurs de services de santé américains ne pourraient-ils pas revendiquer un droit d'accès réciproque à notre territoire et obtenir que certaines des caractéristiques de notre système public de santé soient considérées comme des barrières commerciales ou une protection illicite en faveur des producteurs nationaux en s'appuyant sur les traités internationaux?

Dans ses négociations dans le cadre de l'Accord de libre-échange Canada-États-Unis (ALE) et, plus tard, de l'Accord de libre échange nord-américain Canada-États-Unis-Mexique (ALENA), le Canada a obtenu de faire exclure comme objet de commerce les secteurs de la santé, de l'éducation et de la culture. Dans le cadre des discussions actuelles en vue d'étendre le libre-échange aux trois Amériques en créant la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA), plusieurs croient que le principe de soumettre, à terme, tous les services y compris les services de santé, l'éducation et la culture, aux règles du commerce international fera à nouveau l'objet de discussions⁴⁴. En permettant la vente de services médicaux à des non-résidents sur une base lucrative, le Québec n'irait-il pas dans le sens des pressions des dispensateurs de services américains qui souhaitent que les services médicaux soient considérés comme un objet de commerce comme les autres?

⁴⁴ Réseau québécois sur l'intégration continentale. *La société québécoise et la ZLEA : furtivité ou démocratie?*, Mémoire du Réseau québécois sur l'intégration continentale (RQIC) à la Commission sur les institutions de l'Assemblée nationale, Montréal, août 2000, p. 11-12.

CHAPITRE II — L'ALLOCATION DES RESSOURCES ENTRE LES RÉGIONS ET LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DU RÉSEAU

Arriver à mieux utiliser les ressources affectées aux soins de santé et aux services sociaux : tel est le principal défi qui se pose au système public de santé et de services sociaux. Dans ce second chapitre, nous traitons des solutions qui peuvent mener à une meilleure allocation des ressources sur le territoire et entre les différentes composantes du réseau. Doit-on attribuer les budgets sur de nouvelles bases et changer les modes de rémunération des fournisseurs de services? Faut-il modifier le rôle respectif du Ministère et des instances régionales et locales au regard de l'allocation des ressources?

Comme il est souvent précisé, les solutions recherchées doivent être *efficaces*, en ce sens qu'elles doivent permettre de mieux atteindre les objectifs fixés en matière de santé et de services sociaux; elles doivent également viser l'*efficience*, c'est-à-dire l'obtention d'un meilleur rapport entre les résultats et les ressources utilisées. À cet égard, il faut se rappeler que la solution la plus efficiente n'est pas nécessairement la moins coûteuse puisqu'il importe de tenir compte, non seulement des coûts prévus, mais également des résultats attendus. Dans un secteur comme celui de la santé et des services sociaux, il faut se garder de mesurer les résultats uniquement en termes quantitatifs. L'aspect qualitatif, par exemple, le délai d'attente pour obtenir une intervention, le caractère approprié des soins et des services dispensés, l'attention reçue, le confort, la continuité des soins, la satisfaction du patient ou de l'utilisateur, doit également être considéré.

2.1 État de la situation

Le partage des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux porte la marque des vagues successives de développement qu'a connues le système sociosanitaire : l'assurance-hospitalisation en 1961, l'assurance-maladie en 1970, les régimes complémentaires pour des clientèles particulières (médicaments, services dentaires et optométriques, etc.), la création des régies régionales de la santé et des services sociaux en 1991, l'assurance médicaments en 1996. Les ressources se partagent entre différentes enveloppes qui sont administrées de façon relativement indépendante.

Les régies régionales gèrent principalement les sommes allant aux établissements et celles prévues pour les services locaux, dont les soins à domicile (hôpitaux, centres d'hébergement et de soins de longue durée, CLSC, etc.). Elles accusent de plus grandes difficultés dans la planification des services offerts sur leur territoire compte tenu que leurs budgets ont été amputés lors des compressions budgétaires. De plus, elles n'ont leur mot à dire que sur une partie des sommes destinées à la santé qui transitent sur leur territoire.

Pour leur part, les centres hospitaliers se voient accorder des ressources sur la base de leur budget antérieur. Les sommes dont ils disposent ne sont donc pas reliées directement au volume et à la nature des soins fournis. De plus, pour des raisons historiques, certaines

régions sont mieux dotées en établissements que d'autres. N'ayant pas un portrait très précis des ressources que requiert chacune de leurs activités, les établissements n'auraient pas en main toutes les informations et les outils de gestion leur permettant de mesurer, de comparer et d'améliorer leur performance. Enfin, les directions hospitalières disposent de peu de pouvoir sur les décisions d'immobilisation et d'équipement.

L'enveloppe servant à la rémunération des médecins est, quant à elle, administrée de façon centrale. Elle fait l'objet de négociations entre le Ministère et les associations professionnelles représentant les médecins généraux et les spécialistes. La majorité des médecins ont un statut d'entrepreneurs privés. Ils sont rémunérés à l'acte ou à forfait, le salariat étant encore peu répandu. Les médecins qui détiennent un permis d'exercice sont libres de s'établir là où ils veulent. Ils se concentrent principalement dans les milieux urbains alors que des zones moins denses ou éloignées connaissent des pénuries. De plus, on croit généralement que la rémunération à l'acte favorise la multiplication des actes et la prescription des médicaments.

Les dépenses en médicaments consommés dans les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins de longue durée émarginent au budget de ces institutions. Par contre, le coût net des médicaments d'ordonnance achetés en pharmacie par les personnes âgées et les assistés sociaux est défrayé par le Ministère, alors que le régime public d'assurance médicaments prend à son compte le remboursement des frais de ceux qui adhèrent au régime public, faute d'être protégés par un régime d'assurance médicaments à leur emploi. Les sommes servant à couvrir les services dentaires et les examens de la vision des enfants et des personnes âgées proviennent de l'enveloppe de l'assurance-maladie.

De façon générale, ces modes plutôt rigides d'allocation des ressources apparaissent peu adaptés aux nouvelles approches – moins centrées sur l'hospitalisation et l'hébergement – que l'on entend développer en soins aigus, pour le traitement des malades chroniques et des personnes âgées en perte d'autonomie et pour agir en santé publique, prévention et promotion de la santé. Il faut donc être en mesure de modifier les responsabilités et les façons de faire et d'adapter les lieux de pratique et les équipements afin que le continuum des services médicaux, infirmiers et sociaux soit assuré entre l'hôpital, le CLSC, la clinique et le domicile du patient ou de l'utilisateur.

2.2 Réponses aux questions de la Commission

2.2.1 Les modes de distribution budgétaire

La Commission se demande s'il y aurait lieu de revoir les modes de distribution des ressources financières aux régions, aux établissements et aux professionnels, en vue de diminuer les coûts administratifs, d'augmenter la productivité, l'équité et l'efficacité du système.

Le Conseil du statut de la femme croit qu'il faudrait s'inspirer à ce propos des expériences réalisées dans les pays européens et, plus particulièrement, des propositions

formulées dans le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux de 1988, dans l'étude du Conseil de la santé et du bien-être de 1995 *Un juste prix pour les services de santé* et dans le rapport présenté en janvier 2000 au ministère de la Santé et des Services sociaux par le professeur Denis Bédard *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*.

2.2.1.1 Le regroupement des enveloppes budgétaires et leur décentralisation dans les régions

Comme le proposait le Conseil de la santé et du bien-être en 1995, le Conseil du statut de la femme recommande que **le gouvernement regroupe dans une seule enveloppe budgétaire les budgets administrés par le ministère de la Santé et des Services sociaux : le budget des établissements, celui des services médicaux et celui des programmes complémentaires (médicaments, services dentaires et optométriques, orthèses-prothèses)**⁴⁵.

Le CSF suggère également que cette enveloppe globale soit répartie entre les régions en fonction des caractéristiques de leur population (âge, sexe, caractéristiques socio-économiques et géographiques, état de santé, etc.).

Cependant, le CSF ne croit pas que les régions devraient obtenir un pouvoir de taxation propre qui leur permettrait de recueillir une partie de leurs budgets. Les régions étant très inégales sur le plan de la richesse, on ne ferait ainsi qu'accroître les inégalités sociales. Pour contrer cet effet, il faudrait établir un système de péréquation entre les régions, ce que le financement à partir des impôts généraux réalise de meilleure façon et sans coûts administratifs additionnels.

2.2.1.2 Le rôle respectif du Ministère et des régions

Le ministère de la Santé et des Services sociaux continuerait de définir les grands paramètres du système de santé et de services sociaux :

- orientations globales et grandes politiques;
- établissement d'objectifs de résultats;
- affectation des budgets aux régions;
- évaluation de la performance des régions;
- planification sur le territoire des établissements spécialisés et surspécialisés;
- participation à la planification de la mission « recherche et enseignement »;
- participation à la planification globale de la main-d'œuvre en santé et services sociaux;
- évaluation et contrôle de l'intégration des nouvelles technologies;
- évaluation et approbation de la liste des médicaments remboursés;

⁴⁵ Conseil de la santé et du bien-être. *Un juste prix pour les services de santé*, op. cit., p. 109.

- négociation du cadre de la rémunération des professionnels et des autres employés du secteur de la santé et des services sociaux.

Les régies effectueraient le partage de leur budget entre les établissements et les services médicaux et les services complémentaires en fonction des orientations prises. Le budget à la disposition des régies pourrait être établi pour plus d'une année (par exemple, pour trois ans) de façon à leur permettre une meilleure planification. Elles devraient défrayer le coût des soins donnés à leurs résidents à l'extérieur de leur territoire et négocier des ententes à cette fin avec les régies impliquées.

Avec les intervenants de leur territoire et la population, les régies établiraient leurs priorités en matière de soins de santé et de services sociaux, de santé publique, de prévention et de promotion de la santé. Elles auraient la responsabilité de planifier l'organisation des services sur leur territoire et devraient s'assurer que l'offre locale de soins et de services est adaptée aux besoins⁴⁶.

Comme les régies seraient responsables du partage des ressources entre les établissements, elles pourraient jouer un rôle plus direct dans l'installation des médecins sur leur territoire. Sur cette question, le Conseil de la santé et du bien-être recommandait, en 1995, de donner plus d'atouts aux régies régionales : « Que tous les niveaux de rémunération – pour tous les modes de rémunération – continuent à être négociés par le Ministre; que les régies régionales aient la responsabilité de la modulation des honoraires, en fonction des besoins de la population de leur territoire, et qu'elles aient droit de regard sur l'installation des médecins sur leur territoire⁴⁷. »

Plus que les incitatifs monétaires, de tels pouvoirs pourraient conduire à une meilleure répartition des médecins sur le territoire. Dans une telle perspective, il y aurait lieu d'indiquer à tous les aspirants-étudiants en médecine qu'ils devront obligatoirement travailler dans les zones en pénurie, une fois leur diplôme obtenu, compte tenu que les budgets pour la rémunération des médecins seraient dorénavant distribués régionalement. Ainsi, on pourrait peut-être éviter de devoir les convaincre d'y aller, à coûts d'honoraires majorés, lesquels n'ont pas permis à ce jour de les attirer ou de les retenir.

2.2.1.3 Les budgets hospitaliers

Avec une meilleure organisation des soins de première ligne, on souhaite que les hôpitaux se consacrent aux services qu'ils sont mieux en mesure de rendre, que ce soit à l'urgence, en clinique externe ou en hospitalisation.

Quant aux bases sur lesquelles devrait s'appuyer leur budget, plusieurs remettent en question l'attribution des budgets globaux, sur base historique. Ils souhaiteraient que, comme plusieurs pays étrangers l'ont fait, on évolue vers un mode qui tienne davantage

⁴⁶ Les CLSC, quant à eux, en plus d'offrir l'essentiel des services de base, pourraient jouer le rôle de coordonnateur de l'ensemble des services de base offerts sur leur territoire.

⁴⁷ Conseil de la santé et du bien-être. *Un juste prix pour les services de santé*, op. cit., p. 143.

compte des services effectivement rendus que des activités passées et qui permette de comparer la performance des établissements entre eux et dans le temps.

Selon le professeur Denis Bédard, « ...si l'on veut ajuster et stabiliser à long terme la gestion financière du réseau des services socio-sanitaires, il faut absolument que dorénavant le processus budgétaire intègre le règlement des variations de volumes ». Il suggère deux façons d'y arriver qui reposent sur l'implantation d'un système basé sur les coûts de service par patient (DRG). La méthode suggérée s'apparente à celle du classement selon des « groupes homogènes de diagnostics » utilisée ailleurs, qui tient compte de la nature de la maladie et de sa sévérité et établit un coût de revient moyen pour un diagnostic précis. Le professeur Bédard suggère donc :

- de financer les hôpitaux par une avance budgétaire égale à 95 % du niveau des dépenses indexées de l'année précédente, avec ajustement *a posteriori* en fonction des variations du volume des services, ce qui nécessiterait une comptabilisation des services de type DRG; ou
- d'appliquer intégralement un système de paiement basé sur une classification DRG adaptée aux hôpitaux québécois. Dans ce second cas, tous les hôpitaux toucheraient le même tarif dans le cas d'un diagnostic précis, quel que soit le prix de revient du traitement effectivement donné. Les hôpitaux seraient ainsi incités à s'approcher de la norme, ce qui améliorerait l'efficacité de ceux qui ont des coûts plus élevés. On pourrait ainsi comparer les centres hospitaliers entre eux et aider les moins performants à améliorer leur situation.

Cette hypothèse pourrait être étudiée afin de voir dans quelle mesure elle pourrait permettre de rendre plus efficaces les centres hospitaliers. Si le Québec évoluait dans cette voie, il faudrait prévoir des ressources pour soutenir la vocation particulière des hôpitaux qui offrent des services spécialisés et surspécialisés et qui doivent investir dans les équipements de pointe et maintenir des activités de recherche et d'enseignement.

2.2.2 L'impartition des services de support et de soutien

La Commission se demande s'il y aurait lieu de confier par impartition (sous-traitance) à des entreprises mixtes ou privées certains équipements de haute ou de basse technologie (système d'information, laboratoires, buanderie, alimentation) dans les activités de soutien ou de support en vue de diminuer les coûts d'opération et de rehausser la qualité.

L'alimentation contribue directement à la qualité de vie, au maintien en bonne santé et à la prévention des maladies. En ce sens, l'alimentation fait partie de la mission des centres d'hébergement et des résidences pour personnes âgées. Pour ces dernières, les repas font, plus que pour toutes autres personnes, partie intégrante des conditions de vie. Les autorités ont donc la responsabilité et le devoir de s'assurer que tout est mis en œuvre pour assurer des services alimentaires de la meilleure qualité possible. Les personnes âgées, principalement celles qui sont en perte d'autonomie ou qui disposent de peu de

moyens financiers, ont très peu de liberté de choix à cet égard, contrairement aux autres consommateurs. C'est ce qui explique l'opposition des personnes âgées à l'impartition des services alimentaires, principalement lorsque l'objectif est de réduire les coûts. La confection des repas est un domaine où la mesure du résultat doit tenir compte de la qualité. Nous croyons donc que l'impartition des services alimentaires devrait être interdite dans les CHSLD et les résidences privées conventionnées.

La question de l'impartition dans le domaine de la gestion hospitalière peut, quant à elle, soulever la question de la confidentialité des données.

Plus globalement, avant de songer à recourir à la sous-traitance pour les activités de soutien et de support, n'y aurait-il pas lieu de travailler à améliorer la performance à l'intérieur des organisations publiques elles mêmes? Il ne faut pas perdre de vue que, ces dernières années, l'impartition a souvent été le fait d'entreprises privées qui désiraient économiser sur les coûts de main-d'œuvre. De plus, la main-d'œuvre dans les services de soutien et de support est souvent majoritairement féminine.

2.2.3 La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers

La Commission se demande s'il y aurait lieu de permettre au secteur privé, avec ou à but non lucratif, de produire des services médicaux spécialisés (ex. : chirurgies d'un jour) ou de gérer certains services hospitaliers dont le financement reste public.

L'administration publique est l'un des cinq grands principes sur lesquels s'appuie la Loi canadienne sur la santé. Ce critère signifie que «...chaque régime provincial d'assurance-santé doit être géré par une autorité publique à but non lucratif qui est responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial⁴⁸ ». Le Québec transgresserait-il ce principe s'il confiait l'administration d'un centre hospitalier ou d'une section d'un centre hospitalier à des gestionnaires privés? Il est probable que cela dépendrait de l'objectif recherché par l'administration publique, du mode de gestion introduit et du type de rémunération offert aux gestionnaires.

Cette rémunération prendrait-elle la forme d'une gratification en fonction des économies réalisées? **Selon le CSF, si les centres hospitaliers doivent être soumis à des impératifs de bonne gestion, l'hôpital est et doit demeurer avant tout un lieu où l'on soigne. La logique professionnelle qui veut que le médecin agit en fonction du meilleur intérêt de son patient doit garder préséance sur les autres logiques. Rien n'empêche une administration publique de faire appel à des consultants privés pour améliorer son efficacité et son efficience. Rien n'empêche, non plus, qu'un centre hospitalier puisse chercher à recruter les meilleurs gestionnaires. Cependant, l'hôpital doit demeurer un organisme financé par les fonds publics et où la notion de profit n'a pas lieu d'être.**

⁴⁸ Odette MADORE. *Op. cit.*

Par ailleurs, les découvertes scientifiques suscitent le développement de nouveaux équipements qui ouvrent des perspectives inespérées en matière de soins. À l'heure actuelle, on diagnostique mieux et on traite plus rapidement qu'auparavant, de façon moins invasive et sans nécessairement recourir à l'hospitalisation. Dans ce contexte, les nouveaux équipements doivent-ils être réservés aux hôpitaux, à de nouveaux centres publics ambulatoires que l'on mettrait en place et aux CLSC? Doivent-ils plutôt faire également partie de l'environnement normal des médecins œuvrant en cliniques privées, celles-ci étant définies comme des installations où l'on peut effectuer des chirurgies d'un jour, mais où le séjour doit être inférieur à 24 heures?

Dans l'affirmative, les pouvoirs publics doivent-ils aider financièrement les médecins de pratique privée ou d'autres investisseurs à acquérir des équipements et à réaliser des immobilisations au moyen de subventions directes ou de dégrèvements fiscaux? Doivent-ils plutôt se contenter d'adapter les modes de rémunération pour tenir compte du capital investi et des frais d'opération, comme il le fait déjà dans le cas des radiographies, notamment des mammographies, par exemple?

On sait que les technologies ont un très fort potentiel de développement, qu'elles peuvent être coûteuses et que certaines n'ajoutent pas nécessairement beaucoup à l'efficacité du diagnostic ou du traitement. Quel contrôle les pouvoirs publics doivent-ils avoir sur l'intégration des nouvelles technologies médicales et de diagnostic et comment ce contrôle doit-il s'exercer?

Le développement des services ambulatoires ne doit pas amener l'État à céder sa place dans le financement, la planification, l'administration, le contrôle et la dispensation des services. Il doit en conséquence adapter ses infrastructures en développant les services externes de l'hôpital et en érigeant, au besoin, des centres ambulatoires publics, comme on le fait avec le Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval, et en équipant adéquatement les CLSC qui le nécessitent.

Les cliniques privées se sont développées pour répondre aux besoins auxquels les institutions publiques n'ont pu répondre, souvent faute de budgets suffisants. Nous ne croyons pas que la production privée de services spécialisés permettrait un meilleur contrôle des coûts, notamment parce que le secteur privé ne peut bénéficier des économies générées par l'achat au volume, comme le secteur public. Le secteur privé dans les services spécialisés n'offre pas non plus de garantie d'une meilleure qualité de services. Par ailleurs, des économies dans le secteur privé pourraient être réalisées en réduisant la rémunération du personnel. Toutefois, considérant que le personnel de ces cliniques serait largement féminin, il nous serait difficile de privilégier une telle orientation.

CHAPITRE III — L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le mode d'organisation des services de santé et des services sociaux, tout autant que son financement, constitue un élément-clé d'un système de santé qui est en mesure de répondre adéquatement aux besoins et aux attentes de la population. Or, l'organisation actuelle des services pose des problèmes d'accessibilité, de morcellement des interventions et de discontinuité. En outre, les services sociaux, malgré leur rôle capital en matière de prévention, sont parfois délaissés lorsque les ressources financières diminuent. De plus, les services de base ne jouent pas pleinement leur rôle, autant du côté préventif que curatif, faisant en sorte que l'hôpital, quand ce n'est pas l'urgence, devient la porte d'entrée du système.

Le troisième chapitre de ce mémoire se divise en deux parties. Dans un premier temps, nous élaborerons sur la nécessité de développer un véritable réseau de services de base et sur l'importance d'investir dans la prévention et la promotion de la santé. Par la suite, nous apporterons quelques commentaires sur certaines options que les membres de la Commission ont soulevées.

3.1 Se doter d'un véritable réseau de soins de base

Notre système de santé éprouve régulièrement des crises d'engorgement des urgences. Cette situation est due en grande partie au fait que le réseau de soins de base ne joue pas son rôle efficacement. À défaut de pouvoir compter sur des services de santé généraux disponibles en tout temps, la population se tourne vers les services d'urgence, venant ainsi surcharger un service dont le rôle consiste essentiellement à répondre à des besoins complexes et de haute gravité. Les urgences deviennent ainsi la porte d'entrée du système de santé et de services sociaux.

Or, il nous apparaît que cette porte d'entrée dans le système devrait plutôt se trouver du côté des services de première ligne. D'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux considère que 80 % des problèmes de santé et de services sociaux pourraient être résolus par des services de base⁴⁹. Ces services de première ligne sont les suivants : services médicaux généraux, soins infirmiers, services psychosociaux, services de réadaptation, services à domicile, services d'hébergement et de soins de longue durée, Info-Santé et les activités de promotion et de prévention.

D'ailleurs, plusieurs pays occidentaux ont opté pour le développement d'un réseau de services de base complets, offrant l'ensemble des services généraux à la totalité de la population. Ainsi, l'Allemagne, l'Angleterre et la France ont revu la place occupée par le médecin généraliste dans le système de santé et ont choisi de recentrer son rôle d'abord et

⁴⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Organisation des services : état de situation et perspectives*, Québec, MSSS, 2000, p. 4.

avant tout dans le réseau de première ligne⁵⁰. La Suède, quant à elle, a doté chaque « district » d'au moins un centre médical local où se trouvent des médecins généralistes et parfois des spécialistes, des infirmières et des sages-femmes. Les services qui y sont offerts vont des services médicaux, à la prévention, le dépistage, la vaccination et de nombreux examens diagnostiques⁵¹. Le Japon a, lui aussi, développé de façon intensive les soins de base et la médecine ambulatoire. Or, nous avons vu que ce pays a été reconnu par l'OMS parmi les pays ayant développé un système de santé efficace et efficient.

Ainsi, à l'instar de tous ces pays, nous croyons que le Québec doit prendre le parti de se doter d'un réseau de services de base complets, efficaces et accessibles en tout temps. En offrant à la population de tels services, celle-ci n'utilisera les services spécialisés et surspécialisés que sur référence des généralistes, évitant ainsi l'engorgement des urgences et l'encombrement des listes d'attente de certaines spécialités.

D'ailleurs, le Québec dispose déjà d'un réseau de CLSC qui constitue la structure toute désignée pour jouer ce rôle de dispensateur de services de base. Dès leur création au début des années 70, et de nouveau lors des travaux de la commission Rochon, on souhaitait que les CLSC jouent ce rôle de porte d'entrée du système. Faute de financement suffisant, les CLSC n'ont pu atteindre cet objectif. Pour répondre aux besoins de la population, un important réseau de cliniques privées s'est développé. Or, de toute évidence, ces deux réseaux fonctionnent en parallèle, sans complémentarité, et n'offrent pas l'ensemble des services de base dont a besoin la population.

Le Conseil du statut de la femme croit que c'est aux CLSC que revient le rôle de coordonner l'organisation et la dispensation de l'ensemble des services de première ligne. Considérant leur approche plus globalisante de la santé, la multidisciplinarité de leur personnel, le mode de rémunération des médecins qui y pratiquent, leur expertise dans le domaine de la prévention et de la promotion, leur ancrage dans le milieu, leur grande connaissance des ressources communautaires, il nous semble que les CLSC présentent les caractéristiques nécessaires pour être en mesure d'offrir des services de base globaux et de qualité à l'ensemble de la population de son territoire. Le MSSS se doit de leur accorder les sommes nécessaires au déploiement de ces services.

Il va de soi que les cliniques privées ont un rôle à jouer dans le fonctionnement d'un réseau de première ligne. Toutefois, leur développement et leur localisation doivent faire partie intégrante d'une planification globale des services de base dont la mise en œuvre relève du CLSC. Des ententes spécifiques pourraient être conclues entre ces deux intervenants afin de s'assurer qu'ils offrent, de façon complémentaire, l'ensemble des services de première ligne dont a besoin la population locale. De plus, le mode de financement des cliniques privées et des CLSC doit être revu afin de les inciter à se préoccuper davantage de prévention et de promotion de la santé.

⁵⁰ Denis-Clair LAMBERT. *Op. cit.*, p. 276.

⁵¹ Organisation de coopération et de développement économiques. *La réforme des systèmes de santé : étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Paris, OCDE, 1994, p. 290.

3.1.1 Les infirmières praticiennes, une nouvelle voie à explorer

Nous souhaitons attirer l'attention des membres de la Commission sur une pratique novatrice susceptible de faciliter l'organisation des services de première ligne. Il s'agit de l'intégration des infirmières praticiennes à une équipe médicale multidisciplinaire offrant des services de base. Le rôle de l'infirmière praticienne consiste à évaluer les besoins de santé, définir des diagnostics, planifier et prescrire des traitements, gérer les besoins de santé d'individus, de familles et de communautés. Concrètement, l'infirmière praticienne peut, notamment, identifier les symptômes d'une maladie, aider une personne à prévenir la maladie ou en diminuer la progression, dépister les clients à risque de développer une maladie et les aider à développer un plan de prévention, référer des clients à d'autres intervenants si nécessaire.

Plusieurs provinces canadiennes ont déjà intégré l'infirmière praticienne à leur système de santé et de services sociaux. C'est notamment le cas des provinces de l'Ontario, de l'Alberta et de Terre-Neuve qui accordent aux infirmières de pratique avancée l'autorisation légale de poser certains actes relevant du champ médical. Dans certaines de ces provinces, les infirmières praticiennes peuvent, entre autres, prescrire des tests diagnostiques et recevoir les résultats, communiquer au client le diagnostic de la maladie, prescrire et administrer des thérapies médicamenteuses, procéder à des chirurgies mineures. De plus, la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, chargée de proposer des pistes d'action au gouvernement ontarien, a grandement insisté sur l'importance de développer un réseau de première ligne, lequel aurait comme assise la mise en place de nouvelles équipes multidisciplinaires composées de médecins et d'infirmières praticiennes⁵². L'utilisation d'infirmières praticiennes pour la dispensation de services de première ligne permettrait une meilleure accessibilité à certains services. Ainsi, d'après une étude réalisée par l'Association américaine des infirmières, 60 à 80 % des soins primaires et préventifs traditionnellement prodigués par des médecins pourraient l'être par des infirmières praticiennes⁵³.

Le Québec accuse un retard face à ces nouvelles pratiques infirmières. Bien que certaines expériences fort intéressantes commencent à émerger dans quelques régions du Québec et malgré que de nombreuses infirmières prodiguent des soins médicaux délégués à la population de certaines régions éloignées telles que le Nunavik et la Basse-Côte-Nord, le Québec tarde à étendre cette pratique à l'ensemble de son système sociosanitaire.

En conséquence, il nous apparaît que le Québec devrait porter une attention particulière au rôle accordé aux infirmières praticiennes dans les autres provinces canadiennes et étudier la possibilité de les intégrer dans des équipes multidisciplinaires de première ligne. Dans l'éventualité où cette voie serait retenue, le réseau devrait voir à rendre disponible la formation nécessaire.

⁵² Health Services Restructuring Commission. *Primary Health Care Strategy*, Ontario, HSRC, 1999, p. 17.

⁵³ Pascale GUÉRICOLAS. « Ajout d'infirmières pour économiser », *Le Soleil*, 16 juillet 2000, p. B-2.

3.1.2 Les services à domicile

Autre volet des services de base : les services à domicile. Au cours des dernières années, le Québec a pris le « virage » des soins ambulatoires. En décidant de mettre fin à l'hospitalocentrisme, le MSSS assurait la population que les services à domicile prendraient le relais et permettraient aux personnes déshospitalisées plus rapidement de bénéficier de la même qualité de soins qu'elles auraient reçue en milieu hospitalier. Les personnes âgées en perte d'autonomie qui habitent à leur domicile nécessitent également des soins et des services à domicile pour maintenir leur qualité de vie.

Dans un récent avis, le Conseil du statut de la femme a démontré qu'en l'absence de services à domicile suffisants, ce sont les femmes qui prennent le relais, et ce, aux dépens de leur santé, de leur vie professionnelle, familiale et sociale. Les aidantes dites « naturelles » sont contraintes de poser des actes infirmiers pour lesquels elles ne sont pas préparées ou qu'elles ne souhaitent pas prodiguer.

D'ailleurs, les données publiées par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec relativement aux sommes dépensées pour les services à domicile par les divers gouvernements provinciaux sont très révélatrices. **Ainsi, en 1997-1998, le Canada, sans le Québec, dépensait 79,20 \$ par habitant en soins à domicile alors que le Québec, pour la même période, n'y consacrait que 37,80 \$. L'Ontario, quant à elle, investissait 91 \$ pour ces mêmes services⁵⁴.** Nous croyons fermement qu'un véritable réseau de soins de base doit être en mesure d'offrir des services à domicile de qualité et en quantité suffisante.

Il nous apparaît donc que, comme de nombreux autres pays occidentaux, le Québec doit se doter d'un réel réseau de soins de base offrant des services intégrés et coordonnés. Le Québec dispose d'une structure, les CLSC, qui est en mesure d'offrir l'ensemble de ces services de première ligne. Un intérêt particulier devrait être porté au rôle que pourraient jouer les infirmières praticiennes dans un tel réseau. De plus, il importe que le Québec réinvestisse massivement dans les services à domicile.

3.2 Investir dans la prévention et la promotion de la santé

La première piste d'action que nous souhaitons explorer dans la révision de l'organisation du système de santé est celle de la prévention et de la promotion de la santé. Cette préoccupation n'est pas nouvelle au Québec. Déjà à la fin des années 60, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (commission Castonguay-Nepveu) s'intéressait à cette question et recommandait d'en faire une priorité. En 1988, la

⁵⁴ Association des CLSC et des CHSLD du Québec. *Urgences : Services à domicile!*, Montréal, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2000, p. 21.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (commission Rochon) souhaitait également que des modifications soient apportées à l'organisation du système sociosanitaire afin que, notamment, la prévention et la promotion de la santé soient véritablement reconnues prioritaires. Le gouvernement a d'ailleurs fait sienne cette recommandation puisque le document d'orientations *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, publié en 1989, présentait l'intention du gouvernement d'en faire une stratégie d'action fondamentale. Le Conseil du statut de la femme, quant à lui, a maintes fois rappelé l'importance qu'il accorde à cette question. Au moment des audiences de la commission Rochon, il avait indiqué que la prévention et la promotion de la santé devaient constituer une priorité.

Il va de soi que le système de santé doit être en mesure d'offrir des services curatifs de qualité et accessibles. **Toutefois, il nous apparaît essentiel de mettre tout en œuvre pour orienter les interventions vers le maintien de la santé.** D'une part, une telle approche permet l'amélioration de la qualité de vie de la population. Il est d'ailleurs reconnu que les gens qui vivent bien, vieillissent bien. Or, dans un contexte où le vieillissement de la population constitue une préoccupation de plus en plus importante, il importe de viser l'augmentation de l'espérance de vie en santé.

D'autre part, l'investissement dans la prévention et la promotion de la santé permet, à moyen terme, de réaliser des économies dans le système de santé. L'exemple du Japon est très intéressant à cet égard. L'Organisation mondiale de la santé, dans un récent rapport⁵⁵, l'a d'ailleurs classé parmi les pays ayant un système de santé présentant de bons résultats en fonction des sommes investies. L'espérance de vie y est une des plus longue au monde et le taux de mortalité néonatale le plus bas. Or, les autorités gouvernementales ont mis en œuvre un nombre important de mesures préventives. La prévention comprend l'éducation sanitaire (habitudes alimentaires, activités physiques, etc.), des consultations préventives, la réalisation de bilans de santé, des campagnes de vaccination, etc. De plus, plusieurs services sociaux tels que les activités de loisir, de maintien à domicile, les services de rééducation y sont considérés comme des activités préventives qui jouent un rôle significatif dans le maintien de la santé⁵⁶.

La Suède a, elle aussi, opté pour la prévention et la promotion pour réduire les écarts de santé qui persistent entre différents groupes de citoyens. Au début des années 90, elle s'est dotée d'une stratégie nationale de la santé et a créé un Institut de la santé publique. Celui-ci est chargé de mettre en œuvre des programmes multisectoriels de prévention et de promotion à l'échelle nationale. Ces programmes concernent la lutte contre l'alcoolisme, la consommation de drogues et de tabac, les blessures par accident, et devront cibler les enfants, les jeunes et les femmes⁵⁷.

Au Québec, une étude citée par Kino-Québec nous apprend qu'une réduction de 2,5 millions de dollars par année des coûts en soins de santé liés aux maladies

⁵⁵ Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000, Pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS, 2000.

⁵⁶ Organisation de coopération et de développement économiques. *Op. cit.*, p. 219.

⁵⁷ *Idem*, p. 305-306.

cardiovasculaires serait entraînée par une diminution d'un seul point de pourcentage de la sédentarité des adultes du Québec⁵⁸. Ces données illustrent de façon éloquente l'intérêt économique d'investir dans la prévention et la promotion de saines habitudes de vie.

Pour mettre en œuvre une réelle stratégie de prévention et de promotion de la santé, **nous croyons qu'il importe d'abord et avant tout qu'une telle orientation fasse l'objet d'une véritable priorité collective**. Bien que l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux soit concerné au premier chef, il nous apparaît que c'est toute la société qui doit s'approprier cette perspective de maintien de la santé. Seule une stratégie concertée permettra d'atteindre les objectifs visés. Parmi les principaux intervenants directement concernés, on peut penser, entre autres, aux ministères de l'Éducation, de la Famille et de l'Enfance, de l'Agriculture, du Travail, de la Sécurité publique, etc. Les municipalités, les commissions scolaires, et bien d'autres, devraient également être mises à contribution.

Au regard d'une stratégie concertée de prévention, le secteur de l'éducation est particulièrement interpellé. En effet, le milieu scolaire constitue un cadre idéal pour l'acquisition de connaissances et de comportements propices à la santé. Pourtant, cette préoccupation ne semble pas faire l'objet d'une priorité dans de nombreuses écoles du Québec. Qui ne s'est pas étonné de constater que les repas servis dans certaines cafétérias scolaires incluent souvent des aliments dont la valeur nutritive est très faible? Comment expliquer que l'on retrouve des distributeurs de boissons gazeuses dans certaines écoles? Pourquoi certaines commissions scolaires concluent-elles des ententes avec des entreprises de boissons gazeuses garantissant un nombre minimal de ventes? Le ministère de l'Éducation ne devrait-il pas prévoir des normes relativement à certains sujets, notamment en ce qui concerne la qualité nutritive des aliments offerts dans l'ensemble des écoles publiques?

Sans fournir une réponse à ces questions précises, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec pose un constat attristant sur l'état des activités de prévention en milieu scolaire. En 1999, cet ordre professionnel a publié une étude qui dresse un bilan de la pratique infirmière en milieu scolaire. Au terme de cette enquête, effectuée auprès de plus de 75 % des conseils des infirmières et des infirmiers des CLSC du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers conclut que : « **Les programmes de promotion et de prévention sont actuellement en perte de vitesse dans les écoles du Québec. Peu de ressources sont allouées à la prévention et à la promotion auprès des jeunes, malgré des problématiques complexes auxquelles ils font face. Dans certains CLSC, le programme même de santé scolaire est menacé.** » L'étude poursuit en indiquant que : « **La promotion de la santé et l'intervention précoce devraient constituer des priorités puisqu'elles coûtent moins cher que les interventions curatives et aident à surmonter les difficultés scolaires**⁵⁹. »

⁵⁸ Kino-Québec. *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes : avis du comité scientifique de Kino-Québec*, Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport, MSSS, Québec, 2000, p. 16.

⁵⁹ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Bilan de la pratique infirmière en milieu scolaire*, Montréal, OIIQ, 1999, p. 26.

Par ailleurs, afin d'illustrer comment le secteur de l'éducation pourrait s'impliquer dans une stratégie concertée de prévention et de promotion de la santé, nous aimerions attirer l'attention des membres de la Commission sur un modèle qui se développe actuellement en Europe, celui des « écoles-santé ». Initiées par l'Organisation mondiale de la santé, au début des années 80, et reprises par la Commission européenne et le Conseil de l'Europe, des écoles-santé étaient implantées, en 1997, dans 37 pays. Le concept d'écoles-santé consiste en une démarche visant l'intégration de la promotion de la santé dans tous les aspects de la vie scolaire quotidienne. La promotion de la santé devient un élément essentiel de toutes les activités scolaires. Parmi les objectifs visés par les écoles-santé, se trouvent la responsabilisation de chaque individu à l'égard de sa santé et le développement de l'estime de soi des élèves en leur permettant de réaliser leur potentiel physique, psychologique et social⁶⁰. À notre avis, cette approche mériterait d'être étudiée, car elle semble constituer une piste d'action prometteuse en vue de la sensibilisation des élèves, dès leur jeune âge, à l'importance de l'acquisition de saines habitudes de vie.

Plusieurs expériences de prévention existent déjà au Québec. Les façons de faire sont connues. Toutefois, nous croyons qu'il faut soutenir davantage ces tentatives. Il est illusoire d'espérer obtenir des résultats probants en matière de santé publique sans y investir le financement nécessaire. Il est également essentiel de mieux coordonner ces efforts. Or, le Québec dispose d'un réseau d'établissements au niveau local qui pourrait jouer ce rôle. Les CLSC peuvent constituer l'ancrage local d'une approche intersectorielle visant l'amélioration de la qualité de vie de la population. Leur rôle pourrait être renforcé afin qu'ils deviennent le pivot central de concertation auprès de tous les intervenants concernés.

De plus, le Québec s'est doté d'une *Politique de santé et de bien-être* qui a identifié plusieurs facteurs reconnus comme des déterminants majeurs de la santé de la population. Cette politique constitue un excellent outil pour orienter les actions de prévention et de promotion. En effet, la Politique établit un lien direct entre certaines habitudes et conditions de vie et le niveau de santé de la population. Une action préventive sur ces facteurs ne peut que contribuer au maintien de la santé des Québécoises et des Québécois.

3.2.1 Les femmes et la prévention

Une stratégie de prévention et de promotion se doit de prendre en considération les conditions de vie distinctes des femmes et des hommes afin de s'assurer de poser les actions réellement adaptées aux réalités de chacune et de chacun. Pour être réellement efficace et efficiente, une telle stratégie se doit d'être basée sur une analyse différenciée selon les sexes. Un programme en apparence neutre peut ignorer complètement les réalités de vie particulières des femmes et des hommes et ainsi ne répondre aux besoins ni des unes ni des autres.

⁶⁰ Conseil de l'Europe. (Page consultée le 27 septembre 2000). *Prévention-Santé Qualité de vie*. Adresse URL : <http://www.coe.fr/DASE/fr/QdeVie/prevent.htm>

Pour les femmes, la prévention a toujours constitué une préoccupation fondamentale. En effet, elles sont depuis longtemps sensibilisées à l'importance de la prévention des maladies et de la promotion de saines habitudes de vie. Le rôle traditionnellement confié aux femmes fait d'elles les principales gardiennes et promotrices de la santé à l'intérieur de la famille. Encore aujourd'hui, plus souvent qu'autrement, ce sont les femmes qui veillent à l'éducation à la santé auprès des enfants. Les femmes inculquent l'importance d'une alimentation saine et équilibrée de même que le développement de bonnes habitudes de vie, comme l'activité physique. Les femmes jouent donc un rôle important en matière de prévention et de promotion.

Toutefois, plusieurs études ont démontré que la réalité des femmes se distingue de celle des hommes relativement à plusieurs facteurs reconnus comme des déterminants de la santé et du bien-être. Ainsi, en ce qui a trait à l'alimentation, les femmes subissent d'importantes pressions pour se conformer à une image féminine de minceur. Pour plusieurs, les diètes et les restrictions alimentaires sont devenues partie intégrante de leur vie quotidienne. Ainsi, à partir des données de l'Enquête Santé-Québec de 1992-1993, Guyon nous apprend que 11 % des femmes âgées de 15 ans et plus se disent au régime, soit deux fois plus que chez les hommes. D'ailleurs, plus de 75 % des femmes souhaitent perdre du poids comparativement à 59 % des hommes. On retrouve des différences encore plus significatives entre les jeunes filles et les jeunes garçons. Alors que près de 33 % des femmes de 20 à 24 ans ont un poids insuffisant, 41 % d'entre elles souhaitent perdre davantage de poids. Les jeunes hommes, quant à eux, espèrent plutôt une hausse de leur masse corporelle⁶¹. Aux prises avec une telle obsession de la minceur, certaines femmes vont délaissier les principes d'une saine alimentation mettant ainsi leur santé en jeu.

Pour ce qui est du tabagisme, Guyon nous indique que, en 1992-1993, les femmes de 15 à 44 ans étaient aussi nombreuses que les hommes à fumer régulièrement⁶². De plus, certaines études régionales indiquent que les jeunes filles qui fument sont plus nombreuses que les jeunes hommes. Ainsi, pour la région de l'Outaouais, une étude récente démontre que le taux de jeunes filles de 12 à 18 ans qui fument une cigarette tous les jours était de 30 % en 1996 alors qu'il se situait à 23 % chez les garçons⁶³.

En ce qui concerne la sédentarité, Santé-Québec nous révèle que, en 1992-1993, près de 40 % des femmes ne font aucune forme d'exercice physique contre 35 % des hommes⁶⁴. Cet écart entre les sexes se retrouve également chez les jeunes. Ainsi, une étude récente nous apprend que, au Québec en 1998, 57 % des filles et 51 % des garçons âgés de 15 à

⁶¹ Louise GUYON. *Derrière les apparences : santé et conditions de vie des femmes*, Québec, MSSS, 1996, p. 126.

⁶² *Idem*, p. 106.

⁶³ Marthe DESCHÊNES. *Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire 1985 1991 1996*, Hull, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1996.

⁶⁴ Louise GUYON. *Op. cit.*, p. 118.

19 ans n'atteignaient pas le niveau d'activités physiques recommandé par les autorités scientifiques et médicales⁶⁵.

La *Politique de santé et de bien-être* identifie également certaines conditions de vie qui ont un impact direct sur le niveau de santé de la population. Parmi celles-ci se trouve le revenu. On peut lire dans cette politique que « l'insuffisance de revenu influence certains choix qui affectent la santé »⁶⁶. Or, au chapitre du revenu, les statistiques démontrent sans équivoque que les femmes sont plus pauvres que les hommes. Dans la population active, une femme qui travaille à temps plein toute l'année gagne, en moyenne, 68 % des gains des hommes dans la même situation⁶⁷. Les femmes occupent plus souvent que les hommes des emplois à temps partiel. Ainsi, en 1996, 26,8 % des femmes en emploi occupaient un emploi à temps partiel comparativement à 10 % des hommes. Les travailleuses autonomes, quant à elles, obtiennent des gains plus faibles que leurs vis-à-vis masculins. En 1993, 70 % des travailleuses autonomes gagnaient moins de 10 000 \$ contre 35 % des travailleurs autonomes masculins⁶⁸. Par ailleurs, selon des données de l'Institut de la statistique du Québec, en 1997, les familles monoparentales dirigées par un homme pouvaient compter sur un revenu disponible de 31 000 \$ alors que celles dont le chef était une femme ne disposaient que de 23 000 \$.

Dans une perspective d'analyse de la réalité des femmes en lien avec l'élaboration de stratégies de prévention adaptées aux besoins, on ne peut passer sous silence la question du vieillissement de la population. Or, première caractéristique, les femmes âgées sont pauvres. Ainsi, en 1996, elles disposaient d'un revenu annuel de 15 000 \$, inférieur de 8 444 \$ à celui des hommes du même âge⁶⁹. Selon le Conseil national de la santé et du bien-être, en 1996, 37 % des femmes de plus de 65 ans vivent sous le seuil de faible revenu alors que ce sont 20 % des hommes qui sont dans la même situation⁷⁰.

De plus, toujours selon l'Enquête Santé-Québec, malgré que les femmes vivent presque sept ans de plus que les hommes, elles ne connaissent que trois années supplémentaires en bonne santé⁷¹. Elles se voient prescrire deux fois plus de tranquillisants que les hommes et la consommation de cette catégorie de médicaments est particulièrement forte chez les femmes âgées, notamment celles qui vivent en institution⁷². Cette grande consommation de médicaments doit être analysée en lien avec le fait que 25 % des femmes âgées de 65 à 74 ans et 33 % des 75 ans et plus présentent un niveau élevé de

⁶⁵ SALLIS et PATRICK (1994) cité dans Kino-Québec. *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes : avis du comité scientifique de Kino-Québec*, op. cit., p. 7.

⁶⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La Politique de santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 1992, p. 156.

⁶⁷ Marie DROLET. *L'écart persistant : Nouvelle évidence empirique concernant l'écart salarial entre les hommes et les femmes au Canada*, Statistiques Canada, 1999, catalogue 75F0002MIF-99008, p. 28.

⁶⁸ Conseil du statut de la femme. *Travailler autrement : pour le meilleur ou pour le pire? Les femmes et le travail atypique*, Québec, le Conseil, 2000, p. 79 et 118.

⁶⁹ Conseil du statut de la femme. *Des nouvelles d'elles – Les femmes âgées du Québec*, Québec, le Conseil, 1999, p. 22.

⁷⁰ Conseil national de la santé et du bien-être social. *Profil de la pauvreté, 1996, 1998*, p. 95.

⁷¹ Santé Québec. *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Québec, Santé Québec, 1995.

⁷² Louise GUYON. *Op. cit.*, p. 77.

détresse psychologique. De plus, les femmes âgées sont plus vulnérables à la dépendance médicamenteuse. Elles sont également de plus grandes utilisatrices du système de santé que les hommes, sauf en ce qui concerne les soins de courte durée. Cette situation s'explique par leur plus longue espérance de vie avec incapacité. Conséquemment, les femmes sont de plus grandes utilisatrices des soins de longue durée en institution, mais également des soins à domicile⁷³.

Autre particularité de la réalité des femmes : elles sont, plus souvent que les hommes, victimes de violence, notamment de violence conjugale. Or, les coûts sur le plan humain, social et économique de cette forme de violence sont énormes. La *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, adoptée par le gouvernement du Québec, avance le chiffre de 125 millions de dollars par année en frais liés aux soins de santé, services sociaux et poursuites judiciaires⁷⁴. Cette donnée démontre bien l'impact économique de la violence conjugale. Bien que nous soyons convaincues qu'il faut mettre tout en œuvre pour prévenir cette violence d'abord et avant tout à cause des impacts dévastateurs qu'elle peut produire sur ses victimes, l'intérêt économique pour le système de santé est évident.

Nous reconnaissons un certain effort du ministère de la Santé et des Services sociaux dans la mise en œuvre de quelques programmes préventifs, notamment le programme de dépistage systématique du cancer du sein auprès des femmes de 50 à 69 ans. Il nous apparaît toutefois que l'action gouvernementale en matière de prévention et de promotion de la santé aurait intérêt à être considérée prioritaire, rejoindre une plus grande partie de la population et être mieux coordonnée. Les travaux de la Commission constituent un moment privilégié pour rappeler au gouvernement que cette priorité a fait l'objet d'importants consensus au Québec, que nous disposons déjà d'une structure apte à coordonner la mise en œuvre de stratégies concertées de prévention et de promotion et que pour atteindre un maximum d'efficacité et d'efficience, ces stratégies doivent prendre en considération les conditions de vie particulières des femmes et des hommes.

3.3 Réponses aux questions de la Commission

Les membres de la Commission ont soulevé certaines questions spécifiques pour lesquelles ils souhaitent obtenir des commentaires. Nous ne répondrons ici qu'à celles qui n'auraient pas déjà été discutées dans les pages précédentes.

⁷³ Huguette BÉLANGER et Louise CHARBONNEAU. *La santé des femmes*, Québec, Édisem inc., 1994, p. 331 et 332.

⁷⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, 1995, p. 27.

3.3.1 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe

Les membres de la Commission se demandent s'il ne serait pas souhaitable de confier la responsabilité clinique et financière des services pour une population ou une clientèle-cible à une équipe de services de base. Cette équipe serait composée de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé et mettrait en commun les forces des cabinets de médecins et des CLSC.

Sur cette question, le Conseil a une position partagée. D'abord, **nous questionnons l'aspect de la responsabilité financière confiée à une équipe.** Faut-il associer cette alternative à un mode de rémunération basé sur le principe de la capitation? Faut-il comprendre qu'un montant global sera accordé à une équipe de généralistes, enveloppe avec laquelle ils devront satisfaire tous les besoins de leur clientèle? Comment s'assurer que les meilleurs services seront offerts aux malades? N'y a-t-il pas des risques que l'équipe responsable opte pour des services de moindre qualité qui seraient offerts à des coûts moins élevés, réduisant ainsi leurs déboursés mais aux dépens de la qualité des services? L'expérience américaine des *Health Maintenance Organisation* (HMO) a démontré que des dangers guettent ce mode de fonctionnement : certains HMO sélectionnent leur clientèle ne retenant que les personnes les moins à risque, des considérations budgétaires ont priorité sur le jugement clinique des médecins, des coûts administratifs élevés. Nous croyons que les enjeux d'une telle proposition doivent être exposés aux Québécoises et aux Québécois afin que ceux-ci soient clairement informés des risques que présente une telle organisation de services.

D'autre part, **nous considérons intéressante la possibilité que des équipes multidisciplinaires responsables des soins cliniques pour une population ou une clientèle-cible soient créées.** Ce type d'organisation permettrait une meilleure intégration et une plus grande coordination des services offerts. Cette approche présente également l'intérêt d'offrir un incitatif à la mise en place de mesures préventives. Elle pourrait être mieux adaptée au suivi de certaines clientèles comme les personnes âgées en perte d'autonomie et les malades chroniques qui nécessitent souvent l'intervention de nombreux intervenants.

Pour atteindre un tel objectif de coordination des services, il importe cependant que les ressources des CLSC et celles des cliniques privées soient coordonnées. Ces équipes multidisciplinaires pourraient jouer ce rôle de coordonnateur de services établissant un lien entre les CLSC et les cliniques privées.

3.3.2 Un médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne

La Commission se demande s'il ne serait pas souhaitable qu'un lien privilégié soit créé entre une personne et son médecin de famille. Celui-ci pourrait coordonner l'ensemble des services de base et spécialisés requis par cette personne.

À de nombreuses reprises le Conseil du statut de la femme s'est inquiété du morcellement des interventions médicales et sociales de même que du manque de continuité dans les soins. En s'assurant qu'une professionnelle ou qu'un professionnel de la santé soit responsable de la coordination de l'ensemble des soins dispensés à une personne, on augmente la probabilité que celle-ci reçoive le bon service en réponse à son besoin. Cette approche est également prometteuse d'économies. En effet, une meilleure coordination des services et une plus grande adéquation entre les besoins et les services utilisés permettront d'éviter le dédoublement de consultations médicales pour un même problème.

Nous croyons que le médecin traitant est responsable de s'assurer que sa patiente ou son patient reçoit bien le service dont il a besoin. De plus, le médecin traitant exerçant en clinique privée devrait travailler en collaboration avec le CLSC du territoire qui, lui, serait responsable de coordonner l'ensemble des services aux personnes sur son territoire. Ces collaborations entre les CLSC et les cliniques privées permettraient de mieux concerter et planifier les services au niveau local.

Il nous semble également qu'une préoccupation particulière doit être accordée à la continuité de l'information clinique. À défaut de rencontrer son propre médecin de famille, une usagère ou un usager devra parfois être traité par un autre médecin. Dans un tel cas, il importe que celui-ci ait accès à toute l'information contenue au dossier de sa patiente ou de son patient. C'est notamment pour faciliter la transmission de cette information que le CSF croit que les médecins et les autres professionnels de la santé devraient être encouragés à se regrouper. Une telle organisation permettrait également d'assurer une meilleure continuité ainsi qu'une plus grande complémentarité des services.

3.3.3 Un dossier clinique informatisé par patient

La Commission questionne la possibilité de créer un dossier clinique informatisé par patient en vue d'une meilleure transmission de l'information entre les divers professionnels de la santé.

Le Conseil accueille favorablement cette proposition. **Plusieurs avantages peuvent découler de l'utilisation d'un dossier informatisé pour chaque usagère et usager.** Cet outil permettrait aux professionnels de la santé concernés d'avoir rapidement une vue d'ensemble des antécédents médicaux qu'a connus sa cliente ou son client de même que des traitements reçus. De plus, un dossier informatisé faciliterait la coordination des interventions entre les différents professionnels de la santé appelés à agir auprès d'une même personne de même que la continuité des soins qui lui sont prodigués. Le pharmacien, l'infirmière, le travailleur social ou le physiothérapeute seront davantage en mesure de rendre le traitement le plus approprié aux besoins de la patiente ou du patient en ayant une connaissance globale de son état de santé.

La constitution d'un dossier unique informatisé présente également l'avantage de fournir à l'usagère ou à l'usager lui-même une vue d'ensemble de son cheminement médical. La

présence d'un tel outil est susceptible de favoriser une meilleure prise en main de sa santé par le client lui-même puisqu'il sera mieux informé de son historique de santé et de soins médicaux. Il sera alors plus enclin à agir de manière préventive.

Le Conseil du statut de la femme a déjà signifié son accord avec l'utilisation d'un dossier informatisé dans un mémoire présenté à la Commission des affaires sociales sur le rapport d'évaluation du régime d'assurance médicaments. Bien que notre recommandation ne concernait alors que la consommation médicamenteuse, nous croyons que les avantages anticipés peuvent s'appliquer au dossier médical dans son ensemble.

Toutefois, nous tenons à réitérer notre préoccupation quant à l'importance de la confidentialité d'un tel dossier. Un dossier médical contient des informations très intimes. De nombreuses lois assurent la confidentialité des renseignements nominatifs qu'un dossier médical contient. Mais au-delà de la protection législative, l'utilisation d'un dossier informatique doit être basée sur une importante préoccupation éthique visant d'abord et avant tout la sauvegarde de la vie privée. Des mesures sûres et fiables doivent être mises en place afin de s'assurer que seules les personnes autorisées aient accès au dossier médical d'une usagère ou d'un usager.

3.3.4 La participation du secteur privé et du secteur communautaire

Les membres de la Commission se demandent si le secteur privé, avec et à but non lucratif, et le secteur communautaire devraient être invités à participer à l'organisation et la prestation des services comme les services d'hébergement et les services à domicile.

Cette affirmation comporte deux volets importants. Pour ce qui est de la participation du secteur communautaire dans le système de santé, nous croyons que leur apport est déjà bien réel et constitue un atout important pour la population. Nous considérons que les organismes communautaires qui, rappelons-le, sont composés majoritairement de femmes, peuvent jouer un rôle majeur dans la dispensation de services de qualité aux bénéficiaires.

Toutefois, il nous importe que cette participation du monde communautaire ne donne pas lieu à de la substitution d'emplois. Le personnel et les bénévoles des organismes communautaires ne doivent en aucun cas effectuer des tâches normalement dévolues au personnel du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, à titre de partenaires privilégiés du réseau de la santé, les organismes communautaires doivent obtenir un niveau de financement suffisant pour être en mesure de répondre aux besoins de plus en plus nombreux de la population. Finalement, nous croyons que la mission que se sont donnée les organismes communautaires doit être respectée. Ces groupes doivent demeurer des entités autonomes dont les finalités ne peuvent faire l'objet de négociation avec le réseau de la santé et des services sociaux. Le niveau de financement des organismes communautaires ne doit pas être déterminé uniquement à partir des services

qu'ils rendent, mais tenir compte également de l'ensemble de la mission qu'ils se sont donnée.

Par ailleurs, en ce qui concerne la place du secteur privé dans l'organisation et la prestation de services d'hébergement et des services à domicile, nous croyons qu'il importe d'abord de distinguer ce que la Commission appelle le secteur privé à but non lucratif et le secteur privé à but lucratif. En ce qui concerne le premier, que nous identifions principalement aux entreprises d'économie sociale, le Conseil a déjà fait connaître sa position sur cette question⁷⁵. **Nous croyons que les entreprises d'économie sociale qui opèrent dans le secteur des services à domicile présentent un intérêt pour les travailleuses et les travailleurs tout en offrant des services d'aide domestique que les CLSC n'arrivent plus à rendre disponibles.** Toutefois, nous tenons à rappeler que les entreprises d'économie sociale en aide domestique ne sont pas présentes dans toutes les régions du Québec. De plus, nous considérons que le financement de ces entreprises devrait être bonifié afin d'assurer de meilleures conditions de travail à leur personnel tout en offrant des services de qualité à des coûts abordables. Nous sommes également convaincus qu'elles doivent limiter leurs activités à l'entretien ménager. Les autres services requis par le maintien à domicile, tels que les soins infirmiers et les soins d'hygiène personnelle, doivent être rendus gratuitement par les CLSC. L'accès à ces services ne doit pas être conditionné par le revenu des bénéficiaires, mais bel et bien par leurs besoins. D'ailleurs, la tarification maintenant liée à l'obtention de services domestiques, autrefois offerts gratuitement par les CLSC, en a réduit l'accessibilité pour les personnes démunies. Ainsi, dans un rapport remis au ministère de la Santé et des Services sociaux, Hervé Anctil, responsable des dossiers de maintien à domicile de ce ministère, affirme : « Les coûts des services semblent rapidement devenir trop élevés pour certaines personnes. Elles préfèrent probablement continuer d'obtenir des services au noir ou encore s'en passer, même si elles en ont besoin. » Pour ce qui est des services d'aide personnelle, de répit et de gardiennage, M. Anctil conclut que : « La tarification correspondrait, pour la clientèle, à un recul important⁷⁶. » Le CSF considère que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit prêter une écoute attentive à ces mises en garde.

En ce qui concerne le secteur privé à but lucratif, le Conseil du statut de la femme considère qu'il ne doit pas jouer un rôle significatif, notamment lorsqu'il échappe au contrôle de l'État, en ce qui concerne les services d'hébergement et les services d'aide à domicile. Comme nous l'avons expliqué précédemment, plusieurs raisons motivent cette position. D'une part, les économies espérées pour les soins de santé en confiant ces responsabilités à l'entreprise privée ne sont pas toujours au rendez-vous. Au contraire, d'après le Conseil de la santé et du bien-être, les dépenses totales de la santé sont moins bien contrôlées lorsque l'État ne joue pas le rôle d'assureur principal⁷⁷. De

⁷⁵ Conseil du statut de la femme. *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*, op. cit.

⁷⁶ Katia GAGNON. « Tarification dans les CLSC – Les plus pauvres sont pénalisés estiment les experts », *La Presse*, 23 septembre 2000, p. A-6.

⁷⁷ Conseil de la santé et du bien-être. *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, [recherche et rédaction : Hervé Anctil], Québec, CSBE, 1997.

plus, d'après une étude portant sur la comparaison des coûts liés aux différentes possibilités d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie :

« L'avantage évoqué de la privatisation des services n'est pas supporté par la présente recherche. Les ressources d'hébergement privées conventionnées ne génèrent pas d'économie par rapport aux ressources publiques de même type. Les centres d'accueil autofinancés sont moins coûteux mais au prix soit d'une contribution majeure d'organismes religieux ou sans but lucratif, soit d'une contribution importante de l'utilisateur⁷⁸. »

En plus d'entraîner une hausse des coûts globaux de la santé, la privatisation des services d'hébergement et des services à domicile génère un accès inéquitable aux services. Ce ne sont plus les besoins qui déterminent l'accès aux services mais plutôt la possibilité de payer pour les obtenir. Or, les données citées plus haut démontrent que les personnes âgées sont majoritairement des femmes et qu'elles sont plus pauvres que les hommes. Si le Québec choisit de laisser le secteur privé investir massivement les services aux personnes âgées, ce seront majoritairement les femmes qui devront en payer le prix. De plus, en optant pour une telle alternative, le Québec se positionne à l'encontre des principes d'universalité et d'égalité sur lesquels est bâti notre système de santé.

Par ailleurs, il importe de ne pas perdre de vue que les personnes âgées en perte d'autonomie constituent une clientèle vulnérable. Ces hommes et, surtout ces femmes, ne disposent pas toujours des ressources et de l'énergie nécessaires pour réclamer le respect de leurs droits. Pour assurer une qualité de soins et de services à cette clientèle dans un système privatisé, l'État devrait donc mettre en place une importante réglementation. Il sera alors contraint de veiller au respect de ces normes, ce qui entraînera des coûts supplémentaires considérables.

⁷⁸ Réjean HÉBERT et autres. *Service requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*, Collection Étude et analyses, Québec, MSSS, 1997, p. 269.

CONCLUSION

Au moment où l'on s'interroge sur l'avenir du système de santé et des services sociaux, le Conseil du statut de la femme réaffirme sa position en faveur du maintien des grands principes d'universalité, de gratuité et d'accessibilité qui ont prévalu jusqu'à présent.

Les femmes, en raison de leur fonction reproductive, de leur rôle social et de leur longévité, sont très concernées par le questionnement en cours. Disposant souvent de ressources moins importantes que les hommes, les femmes seraient perdantes dans un système de soins dont l'accessibilité serait conditionnée par le revenu plutôt que le besoin. De plus, toute modification au mode de dispensation des services entraîne des conséquences distinctes sur les femmes et les hommes. Ainsi, le Conseil qui, il y a peu de temps, a démontré que ce sont les femmes qui ont payé le prix de la mise en œuvre du virage ambulatoire, demande que les prochaines transformations tiennent compte de toutes les données, y compris des effets négatifs possibles sur les femmes.

Deux grandes questions se posent : qui doit financer les services et comment doivent-ils être donnés?

À la première question, le Conseil répond que le financement des services doit demeurer public, sous peine de remettre en cause l'accessibilité à des soins de qualité pour toutes et tous. Il faut rappeler que le financement public a permis à l'État d'assurer un meilleur contrôle des coûts, contrôle qui lui aurait échappé si le système avait été soumis aux impératifs du marché. Par ailleurs, à la suite des compressions budgétaires, le Conseil recommande la poursuite du réinvestissement déjà entrepris.

Comment donner ces services? Le Conseil se prononce pour la mise en place d'un réel réseau de services de base. Coordonné au niveau local par le CLSC, ce réseau devrait permettre l'accès à des services en tout temps, quel que soit l'heure ou le jour. Le CSF appuie également un regroupement des différentes enveloppes budgétaires (celle des établissements, celle de l'assurance-maladie, etc.) et une répartition des fonds entre les régions tenant compte des caractéristiques des populations concernées. L'administration devrait en être confiée aux régies régionales qui disposeraient alors d'une plus grande marge de manœuvre et pourraient ainsi mieux assurer l'intégration et la continuité des services sur leur territoire.

Par ailleurs, les développements technologiques et scientifiques qui permettent des traitements en ambulatoire amènent les autorités à s'interroger sur les façons de dispenser les nouveaux services : qui doit payer pour les équipements de pointe, souvent fort coûteux? Qui décide où iront ces équipements? Pour le CSF, il est clair que l'État doit conserver son rôle et offrir, dans le secteur public, des services spécialisés qui répondront de façon satisfaisante aux besoins, réduisant ainsi les pressions qui se manifestent pour l'émergence du secteur privé.

Seul un secteur public fort est garant du maintien de la solidarité sociale à l'égard de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

ARPIN, Roland (président du Groupe de travail). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Rapport du Groupe de travail, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1999, 126 p.

ARPIN, Roland (président du Groupe de travail). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé. La présence du privé dans la santé au Québec, État détaillé de la situation*, Québec, septembre 1999, 70 p.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC. *Urgences : Services à domicile!*, Montréal, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2000, 28 p.

BÉDARD, Denis. *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Observation de l'administration publique – ÉNAP, janvier 2000, 62 p.

BÉLANGER, Huguette et Louise CHARBONNEAU. *La santé des femmes*, Québec, Édisem inc., 1994.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux. Guide d'animation*, Québec, 11 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, [recherche et rédaction : Hervé Anctil], Québec, CSBE, 1997.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Un juste prix pour les services de santé*, section 1 Tarif, ticket modérateur, coassurance : quand le consommateur devient la cible, Québec, le Conseil, 1995, 196 p.

CONSEIL DE L'EUROPE. (Page consultée le 27 septembre 2000). *Prévention-Santé Qualité de vie*.

Adresse URL : <http://www/coe.fr/DASE/fr/QdeVie/prevent.htm>

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Commentaires et propositions du Conseil du statut de la femme sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, [recherche et rédaction : Christiane Bonfanti, Suzanne Fontaine et Hélène Laterrière], Québec, le Conseil, octobre 1989, 58 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Des nouvelles d'elles – Les femmes âgées du Québec*, Québec, le Conseil, 1999, 56 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales sur le rapport d'évaluation du régime d'assurance-médicaments*, [recherche et rédaction : Francine Lepage et Ginette Plamondon], Québec, le Conseil, février 2000, 39 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Mémoire présenté à la Commission des finances publiques sur le document de consultation Réduction de l'impôt des particuliers*, Québec, le Conseil, 1999, 44 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*, [recherche et rédaction : Marie Moisan], Québec, le Conseil, mai 2000, 58 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Travailler autrement : pour le meilleur ou pour le pire? Les femmes et le travail atypique*, Québec, le Conseil, 2000, 213 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, [recherche et rédaction : Marie Moisan], Québec, le Conseil, 1999, 121 p.

CONSEIL NATIONAL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Profil de la pauvreté, 1996, 1998*.

DESCHÊNES, Marthe. *Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire 1985 1991 1996*, Hull, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1996.

DROLET, Marie. *L'écart persistant : Nouvelle évidence empirique concernant l'écart salarial entre les hommes et les femmes au Canada*, Statistiques Canada, 1999, catalogue 75F0002MIF-99008.

GAGNON, Katia. « Tarification dans les CLSC – Les plus pauvres sont pénalisés estiment les experts », *La Presse*, 23 septembre 2000, p. A-6.

GROUPE DE TRAVAIL DE L'IRPP SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ. *Recommandations aux premiers ministres*, IRPP, 2000, 53 p.

GUÉRICOLAS, Pascale. « Ajout d'infirmières pour économiser », *Le Soleil*, 16 juillet 2000, p. B-2.

GUYON, Louise. *Derrière les apparences : santé et conditions de vie des femmes*, Québec, MSSS, 1996, 384 p.

HEALTH SERVICES RESTRUCTURING COMMISSION. *Primary Health Care Strategy*, Ontario, HSRC, 1999, 78 p.

HÉBERT, Réjean et autres. *Service requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*, Collection Étude et analyses, Québec, MSSS, 1997.

KINO-QUÉBEC. *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes : avis du comité scientifique de Kino-Québec*, Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport, MSSS, Québec, 2000, 24 p.

LAMBERT, Denis-Clair. *Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Paris, Éditions du Seuil, avril 2000.

MADORE, Odette. Direction de la recherche parlementaire. Bibliothèque du Parlement. (Page consultée le 2 octobre 2000). *La Loi canadienne sur la santé. Aperçu et options*. Adresse URL : <http://www.parl.gc.ca/36/refmat/library/PRBpubs/944-f.htm#D>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La Politique de santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 1992, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec*, document d'information, Québec, le Ministère, juin 2000, 37 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Organisation des services : état de situation et perspectives*, Québec, MSSS, 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (Page consultée le 5 octobre 2000). *Nombre de lits dressés pour les soins généraux et spécialisés dans le réseau hospitalier du Québec, selon la région sociosanitaire, situation observée au 31 mars, de 1991 à 1998*. Adresse URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index/htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (Page consultée le 5 octobre 2000). *Nombre de places internes dressées pour de l'hébergement et des soins de longue durée, au sein du réseau d'établissements publics et privés conventionnés du Québec, selon la région sociosanitaire, situation observée au 31 mars, de 1991 à 1999*. Adresse URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index/htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (Page consultée le 13 septembre 2000). *Pourcentage des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé, Provinces, Territoires et Canada, 1975 à 1999 et Proportion publique des dépenses totales de santé, Québec et pays membres du G-7, 1975 à 1997*. Adresse URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index/htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (Page consultée le 13 septembre 2000). *Pourcentage des dépenses totales de santé dans le PIB, Provinces, Territoires et Canada, 1975 à 1999 et Proportion du PIB dans les dépenses de santé, Québec et pays membres du G-7, 1975 à 1997.*
Adresse URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index/htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (Page consultée le 13 septembre 2000). *Proportion publique des dépenses totales de santé, Québec et pays membres du G-7, 1975 à 1997.*
Adresse URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index/htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, 1995, 77 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Bilan de la pratique infirmière en milieu scolaire*, Montréal, OIIQ, 1999, 30 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *La réforme des systèmes de santé : étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Paris, OCDE, 1994, 372 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2000, Pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS, 2000.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS SUR L'INTÉGRATION CONTINENTALE. *La société québécoise et la ZLEA : furtivité ou démocratie?*, Mémoire du Réseau québécois sur l'intégration continentale (RQIC) à la Commission sur les institutions de l'Assemblée nationale, Montréal, août 2000, 13 p.

SANTÉ QUÉBEC. *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Québec, Santé Québec, 1995.