

**MÉMOIRE À LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE
SUR LE DOCUMENT DE CONSULTATION**

« GARANTIR L'ACCÈS : UN DÉFI D'ÉQUITÉ, D'EFFICIENCE ET DE QUALITÉ »

Mars 2006

Document adopté à la 512^e séance de la Commission,
tenue le 17 mars 2006, par sa résolution COM-512-5.1.1

Jacinthe Gagnon
Secrétaire de la Commission

Analyse, recherche et rédaction

Daniel Ducharme, Ph.D. (sociologie), chercheur
Direction de la recherche et de la planification

Collaboration

M^e Daniel Carpentier, coordonnateur de la recherche juridique
Direction de la recherche et de la planification

Traitement de texte

Ramon Avila, technicien en recherche
Direction de la recherche et de la planification

Le présent document a été édité par la Direction des communications de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, à partir du texte officiel, en vue de répondre à des besoins pratiques.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. RESPECTER LES FONDEMENTS DU RÉGIME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS	2
2. LES PROPOSITIONS GOUVERNEMENTALES AU REGARD DU DROIT À LA SANTÉ	3
2.1 Les composantes du droit à la santé	3
2.2 Les limites des responsabilités de l'État en matière de droit à la santé	4
2.3 L'importance de privilégier l'accessibilité économique	4
3. LES PROPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE DE SOINS	6
3.1 Garantie d'accès aux services et démarche progressive d'élargissement	6
3.2 Étanchéité de pratique	8
4. À PROPOS DE QUELQUES AXES PRIORITAIRES D'INTERVENTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	8
4.1 Accentuer les efforts en prévention.....	8
4.2 Consolider les services de première ligne	11
4.3 Soutien des personnes dans la communauté.....	11
5. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET FINANCEMENT DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ	13
5.1 Régime d'assurance contre la perte d'autonomie.....	14
5.2 Un manque de travailleurs actifs pour financer le système de santé public?	16
5.3 Pour une nouvelle organisation du travail qui intègre les personnes âgées : l'exemple de la Finlande	17
6. RECONNAÎTRE LE DROIT À LA SANTÉ	18
CONCLUSION	19

INTRODUCTION

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, ci-après désignée « la Commission », est constituée en vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec¹. Elle doit assurer la promotion et le respect des principes contenus dans cette Charte, notamment le droit, en toute égalité et sans discrimination, à la vie, à la sûreté, à l'intégrité, à la liberté et à la dignité de la personne.

C'est en vertu de ce mandat que la Commission présente à la Commission des affaires sociales ses commentaires dans le cadre de la consultation générale sur le document intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*².

Lorsque la Cour suprême du Canada a rendu sa décision dans l'affaire *Chaoulli c. Québec*³, le 9 juin 2005, elle a invalidé deux importantes dispositions législatives québécoises qui interdisent de se procurer une assurance médicale privée pour obtenir des soins médicaux et hospitaliers nécessaires déjà dispensés par le régime de santé public. Ces deux dispositions sont inscrites dans l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*⁴ et l'article 11 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation*⁵. La décision de la Cour repose sur la non-conformité de ces deux dispositions à la Charte québécoise parce que « la prohibition porte atteinte à l'intégrité de la personne et qu'elle n'est pas justifiée par le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public ou par le bien-être général des citoyens du Québec »⁶.

Dans leur décision, les juges de la majorité ont reconnu que l'interdiction de se procurer une assurance privée a pour objectif légitime de diriger le maximum de ressources financières vers le régime public de soins. Ils ont estimé que la préservation du régime public est un objectif « urgent » et « réel », mais que la mesure choisie pour y parvenir n'est pas proportionnée à cet objectif.

Au chapitre 5 du document de consultation, le gouvernement du Québec propose une ouverture restreinte à l'assurance maladie privée pour certains services hospitaliers. Cette ouverture s'accompagne d'un mécanisme pour garantir l'accès aux services de santé dans des délais préétablis. Cette proposition constituant la réponse que privilégie le gouvernement québécois à la décision de la Cour suprême, nous aborderons donc cette question en premier lieu.

Ensuite, nous commenterons les autres aspects présentés dans les premiers chapitres du document de consultation. Finalement, nous discuterons des impacts du vieillissement de la population sur le financement des soins de santé et nous commenterons la proposition d'instaurer un régime d'assurance contre la perte d'autonomie.

¹ L.R.Q., c. C-12, ci-après désignée « Charte québécoise ».

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

³ *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791, 2005 CSC 35.

⁴ *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.Q., c. A-29.

⁵ *Loi sur l'assurance hospitalisation*, L.R.Q., c. A-28.

⁶ *Chaoulli*, *op. cit.*, *supra* note 3, par. 4. (j. Deschamps).

I. RESPECTER LES FONDEMENTS DU RÉGIME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS

Les inquiétudes sont nombreuses quant à la capacité du système de santé québécois de répondre aux attentes de la population et de garantir un accès équitable à des soins de qualité pour tous. Entre les délais d'attente pour des chirurgies ou des services spécialisés, l'engorgement récurrent des urgences hospitalières et la difficulté à trouver un médecin de famille ou encore des soins à domicile, il semble que la liste des griefs formulés par la population à l'égard de ce système s'allonge depuis quelques années.

Devant une telle situation, la Commission reconnaît que des modifications significatives doivent être apportées dans l'organisation et le financement des soins pour permettre au réseau public de la santé et des services sociaux d'accomplir sa mission présente et future à l'égard de la population du Québec.

La Commission considère que l'ouverture à un régime d'accès aux soins de santé privés fondé sur la capacité de payer irait à l'encontre des fondements du régime de santé et de services sociaux dont le Québec s'est doté, à savoir l'accessibilité, l'universalité et la gratuité. Elle demeure convaincue de la nécessité de préserver ces fondements comme elle l'affirmait en 1991 dans ses commentaires sur le projet de loi 120 :

« La Commission est convaincue que les trois acquis – accessibilité, universalité et gratuité – constituent des garanties nécessaires pour assurer à tous et à toutes l'exercice de leur droit à des services de santé et des services sociaux en pleine égalité, conformément aux exigences de la Charte. En conséquence, il nous apparaît fondamental que ces acquis soient préservés⁷. »

Soulignons également que ces principes font partie de l'objectif essentiel de la *Loi canadienne sur la santé*⁸ qui, dans son préambule, prévoit :

« [...] que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens. »

De plus, la politique de financement que prévoit cette loi, s'appuie sur le respect de conditions qui comprennent le respect de ces principes :

« 7. Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

- a) la gestion publique;
- b) l'intégralité;
- c) l'universalité;
- d) la transférabilité;
- e) l'accessibilité. »

⁷ Commission des droits de la personne du Québec. *Commentaires de la Commission des droits de la personne du Québec relatifs au Projet de loi 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, 1991, cat. 2.412-67.2, p. 8.

⁸ *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C., 1985, C-6.

La Commission réitère donc que toute modification significative apportée à l'organisation et au financement des services de santé et des services sociaux doit l'être en préservant les acquis du système québécois : l'accessibilité, l'universalité et la gratuité.

2. LES PROPOSITIONS GOUVERNEMENTALES AU REGARD DU DROIT À LA SANTÉ

La Commission souhaite discuter des propositions qui font l'objet du document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*⁹ en fonction des principes inhérents au droit à la santé. Ce droit est inscrit dans le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* de l'Organisation des Nations Unies¹⁰.

Il peut être défini comme « le droit de toute personne de bénéficier des programmes, biens, services, installations et conditions lui permettant de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle puisse atteindre »¹¹.

Dans le bilan du 25^e anniversaire de la *Charte des droits et libertés* du Québec que la Commission a dressé en 2003, elle réitère la recommandation qu'elle a faite à la Commission permanente de la justice en 1981 afin que ce droit soit enchâssé dans la Charte¹². Il offre, comme nous le verrons, une approche systémique qui peut permettre de baliser les choix qu'entend effectuer le gouvernement du Québec en matière de santé et de services sociaux.

2.1 Les composantes du droit à la santé

Selon le Comité d'experts des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels¹³, le droit à la santé comporte quatre principales composantes :

- *Disponibilité*. Il doit exister, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services, ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé;
- *Accessibilité*. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination;
- *Acceptabilité*. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *op. cit. supra* note 2.

¹⁰ Organisation des Nations Unies (ONU). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, [1976] 993 R.T.N.U. 13, art. 12.

¹¹ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. *Après 25 ans, la Charte québécoise des droits et libertés*, vol. 1 : *Bilan et recommandations*, 2003, p. 28.

¹² Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *op. cit. supra* note 11, p. 28; Commission des droits de la personne. *Mémoire à la Commission permanente de la justice sur la Charte des droits et libertés de la personne*, 1981, pp. 149-151.

¹³ ONU (Comité des droits économiques, sociaux et culturels), *Observation générale (no 14) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Doc. N.U., E/C.12/2000/4 (2000), § 12.

individus et des minorités. Ils doivent également être réceptifs aux exigences propres de chaque sexe, ainsi qu'au stade de la vie.

- *Qualité.* Enfin, les installations, biens et services en matière de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

2.2 Les limites des responsabilités de l'État en matière de droit à la santé

La Commission reconnaît que, dans l'aménagement du droit à la santé, les pouvoirs publics « doivent pouvoir faire des choix dans l'affectation des ressources limitées qui sont à leur disposition »¹⁴. Elle considère, à l'instar du Comité d'experts de l'ONU, que certains éléments de ce droit ne peuvent être englobés dans la relation entre l'État et l'individu. L'État ne peut assurer une protection contre toutes les causes possibles de mauvaise santé de l'être humain. En ce sens, le droit à la santé renvoie aux responsabilités respectives de l'individu et de l'État. Il ne prémunit pas les individus contre les aléas de leurs modes de vie, ni contre des prédispositions personnelles ou génétiques particulières.

2.3 L'importance de privilégier l'accessibilité économique

La Commission considère cependant que, dans l'allocation des ressources relatives aux dépenses de programme en matière de santé, une importance toute particulière doit être accordée au principe d'accessibilité inhérent au droit à la santé. Cette accessibilité prend bien évidemment une dimension physique et géographique (on doit veiller à ce qu'il y ait une répartition équitable des équipements, produits et services sanitaires sur l'ensemble du territoire) et une dimension reliée à la circulation de l'information (toute personne doit avoir le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé), mais elle revêt également une dimension économique primordiale à laquelle la Commission est particulièrement sensible. Selon le Comité d'experts de l'ONU, l'accessibilité économique suppose que :

« [...]es installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour des groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés¹⁵. »

La Commission tient à souligner que, depuis plus d'un siècle, l'intervention sociosanitaire de l'État québécois a contribué grandement à améliorer la santé des populations. Il ne fait aucun doute que l'avènement d'un système de santé public fondé sur le besoin plutôt que sur la capacité de payer des individus a permis d'enregistrer d'importants gains en matière de lutte contre les facteurs de risque relatifs à la morbidité et à la mortalité. L'évolution des principaux indicateurs de santé globale que sont l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé et le taux de mortalité infantile témoigne éloquentement des progrès importants qui ont été accomplis depuis la fin du XIX^e siècle au nom de la santé publique.

¹⁴ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *op. cit. supra* note 11, p. 18.

¹⁵ ONU (Comité des droits économiques, sociaux et culturels), *op. cit. supra* note 13.

Des inégalités persistantes

Cependant, malgré de nettes améliorations de la santé globale des populations, on continue à observer d'importantes inégalités de santé. Pour la seule région montréalaise, un écart d'espérance de vie de 10,7 années entre le territoire sociosanitaire le plus riche (CLSC Lac Saint-Louis : 82,3 ans) et celui qui est le plus pauvre (CLSC Des Faubourgs : 71,6 ans) persiste¹⁶. Pour l'ensemble de la province, les hommes les plus favorisés vivent environ neuf ans de plus que ceux qui sont les plus désavantagés. Cet écart est d'environ trois ans chez les femmes¹⁷.

Non seulement vit-on moins vieux lorsqu'on est pauvre, mais on se considère aussi en moins bonne santé. L'Institut de la statistique du Québec en fait la démonstration grâce à son *Enquête sociale et de santé* qui fut réalisée en 1998 auprès de 11 986 ménages québécois représentant un échantillon total de 31 995 individus¹⁸. Selon cette enquête, 20,4 % de la population québécoise de 15 ans et plus provenant de ménages classés à l'échelon le plus faible du revenu total (22 000 \$ et moins) perçoit sa santé comme moyenne ou mauvaise comparativement à 6,2 % pour la population du même groupe d'âge de l'échelon le plus élevé (plus de 80 000 \$).

Cette autoévaluation de l'état de santé n'est pas sans lien avec la consultation de services professionnels. Une étude menée par le Ministère français de la Santé, de la famille et des personnes handicapées¹⁹ permet de constater que les cadres moyens et supérieurs dépensent davantage pour des services spécialisés ou de prévention, alors que les personnes issues de ménages ouvriers ont les plus fortes consommations d'interventions curatives : interventions chirurgicales, séjours hospitaliers, soins ambulatoires, médicaments... Pour ce qui est des séjours hospitaliers, l'*Enquête sociale et de santé 1998* de l'Institut de la statistique du Québec observe, pour notre province, une tendance similaire à celle qui est relevée en France. Il appert, en effet, que les individus dont le revenu total se situe à l'échelon le plus faible (22 000 \$ et moins) déclarent plus souvent avoir été hospitalisés au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête que ceux qui se situent dans l'échelon le plus élevé (plus de 80 000 \$) : 9,4 % pour les plus pauvres contre 4,2 % pour les plus nantis.

De telles observations nous invitent à considérer que « [...] non seulement les disparités physiques entre les individus ne sont pas fondées, de manière absolue, en nature, dans une sorte d'essence biologique de l'être humain, mais elles sont aussi déterminées par les inégalités que la société institue »²⁰. En somme, l'état de santé ne relève pas du hasard ou de la seule hérédité. Il est aussi et surtout le résultat d'une production par la société.

¹⁶ Bernard, P. et Raynault, M.-F. « Inégalités sociales de santé : feux, contre-feux et piliers de bien-être », *Santé, société et solidarité*, 2004, (2) : 49-58.

¹⁷ Pampalon, R. et Raymond, G. « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, 2000, 21 (3) : 113-122.

¹⁸ Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998*, Sainte-Foy : Institut de la statistique du Québec, 2^e édition, 2001, 641 p.

¹⁹ Raynaud, D. « Les déterminants individuels des dépenses de santé », *Études et Résultats*, no. 182, Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2002, 8 p.

²⁰ Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. et Leclerc, A. « Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », dans Leclerc, A. et al. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte/INSERM, coll. « Recherches », 2000, pp. 13-24.

Ce que les études comparatives internationales sur les modes de gouverne des systèmes de santé nous enseignent, c'est que les sociétés qui tolèrent une distribution inégale du capital socioéconomique sont celles qui offrent un soutien moindre aux ressources humaines, matérielles, culturelles et communautaires en matière de santé²¹. Ce sont aussi celles qui présentent les plus fortes inégalités en matière de santé physique et mentale²².

Ces sociétés ne sont pas toujours des sociétés pauvres, bien au contraire. Une étude épidémiologique réalisée en 1990 dans le district sanitaire d'Harlem à New York, l'une des zones urbaines les plus pauvres des États-Unis (41 % de sa population vit sous le seuil de la pauvreté), a démontré que le taux de mortalité était deux fois plus élevé dans la population (majoritairement noire) de ce district que celui qui prévaut pour l'ensemble des Américains blancs et qu'il est 50 % plus élevé que pour l'ensemble des Américains provenant des communautés noires²³. Les auteurs de cette étude observent que les hommes de ce district ont moins de chance de parvenir à l'âge de 65 ans que ceux du Bangladesh. Il faut, selon eux, trouver les causes de ces inégalités dans un accès restreint aux services de santé (moins de ressources dans le district que dans des districts plus favorisés), une promotion déficiente de saines habitudes de vie et une désagrégation du tissu social qui entraîne, notamment, une criminalité urbaine importante.

3. LES PROPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE DE SOINS

La Commission est d'avis que le document de consultation soumis par le ministère de la Santé et des Services sociaux permet, par les mesures et les aménagements nouveaux qu'il propose, de préserver l'intégrité du système public de santé, tout en garantissant au plus grand nombre possible d'individus d'avoir accès à des soins de santé de qualité dans des délais raisonnables. Elle souhaite cependant émettre des réserves à propos de quelques-unes des orientations qui sont privilégiées dans le document de consultation et qui pourraient avoir des effets dommageables pour certains segments de la population.

3.1 Garantie d'accès aux services et démarche progressive d'élargissement

Dans le système de soins qui est actuellement en vigueur au Québec, l'accès universel aux services médicaux, sans égard à la capacité financière de l'individu, se trouve modulé par l'existence de listes d'attente. Il faut reconnaître que les cas urgents (où l'état de santé du patient est menacé) sont traités en priorité, mais il convient cependant de noter que pour un nombre non négligeable de cas électifs, les délais d'attente dépassent les normes cliniquement reconnues.

Dans ce contexte, la Commission se réjouit du fait que le gouvernement du Québec exprime la volonté d'offrir une garantie d'accès aux services qui permettra de réduire les délais d'attente pour certaines chirurgies électives visant des pathologies qui peuvent compromettre sérieusement le droit à l'intégrité de la personne tel qu'il est garanti par l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec : chirurgie de la cataracte, arthroplasties du genou et de la hanche.

²¹ Lynch, J.W. et Kaplan, G.A. « Understanding how inequality in the distribution of income affects health », *Journal of Health Psychology*, 1997, 2: 297-314.

²² Wilkinson, R. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Londres: Routledge, 255 p.

²³ McCord, C. et Freeman, H.P. « Excess mortality in Harlem », *New England Journal of Medicine*, 1990, 322 (3): 173-177.

Il importe de rappeler que les pathologies qui sont liées à ces interventions entraînent une réduction significative de la qualité de vie des individus : baisse prononcée et progressive de l'acuité visuelle (cataracte), dégénérescence des fonctions motrices qui limitent sévèrement la mobilité (genou, hanche). Au regard du droit à la santé, il apparaît donc impératif que les personnes atteintes de ces pathologies puissent bénéficier d'une garantie d'accès aux services qui leur permettra de jouir du meilleur état de santé physique qu'elles puissent atteindre et ce, dans des délais raisonnables qui ne constitueront pas une atteinte importante à l'intégrité de leur personne.

Cependant, la Commission s'interroge sur l'impact qu'une intervention ciblée comme celle-ci pourrait avoir sur les délais d'attente concernant d'autres interventions médicales. La mobilisation de ressources humaines et matérielles pour répondre aux besoins liés à la chirurgie de la cataracte, aux arthroplasties du genou ou de la hanche n'allongera-t-elle pas globalement les délais pour l'ensemble de la population? N'aura-t-elle pas un effet préjudiciable pour les patients en attente d'autres services hospitaliers? À cet égard, la Commission se préoccupe particulièrement du sort réservé aux enfants. En effet, les statistiques officielles du ministère de la Santé et des Services sociaux²⁴ révèlent, de façon généralisée, pour une intervention chirurgicale, des délais d'attente supérieurs à 6 mois significativement plus élevés dans les établissements pédiatriques que dans les autres établissements. D'une manière globale, la Commission estime qu'il importe que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que les choix qui seront faits en matière de garantie d'accès aux services ne pénaliseront pas de façon excessive les usagers des services qui ne sont pas ciblés par cette garantie.

La Commission reconnaît l'importance de déterminer des critères cliniques pour juger des services qui peuvent faire l'objet d'une garantie d'accès. Les critères définis par le gouvernement du Québec nous semblent rationnels et justifiés. Cependant, nous sommes d'avis que l'élargissement du mécanisme de garantie d'accès à d'autres soins doit s'effectuer de manière prudente. Les critères cliniques devront toujours dominer dans l'appréciation des services qui pourront faire l'objet d'une garantie éventuelle pour éviter que l'arbitraire ne domine.

Par ailleurs, la Commission se demande si la proposition gouvernementale ne permettra pas à certains patients de court-circuiter le mécanisme de garantie d'accès afin d'obtenir immédiatement des services dans une clinique à financement privé. Si tel est le cas, cette proposition officialiserait une médecine à « deux vitesses » qui permettrait aux patients qui ont les moyens d'acheter une assurance privée de bénéficier de soins dans un délai plutôt rapide, alors que ceux qui n'en ont pas les moyens devront se conformer aux contraintes du mécanisme de garantie d'accès et accepter des délais plus longs. Il y a lieu de préciser comment le gouvernement du Québec entend éviter ce genre de situation qui malmène le principe d'universalité des soins car le scénario qu'il présente demeure évasif à ce sujet.

Enfin, la Commission tient à souligner qu'elle s'inquiète du fait qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun encadrement normatif explicite dans la gestion des listes d'attente. Cette gestion est laissée à l'entière discrétion des unités de soins de chaque établissement. Ce faisant, on note des délais d'attente qui peuvent varier significativement d'un établissement à un autre pour une même catégorie d'intervention. La Commission pense qu'il serait opportun que le ministère de la Santé et des Services sociaux puisse mener une réflexion sur le sujet afin d'harmoniser les délais d'attente sur l'ensemble du territoire québécois, de manière à favoriser un accès équitable aux services.

²⁴ Ces statistiques sont disponibles sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse suivante : <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/app1/g74web/>

3.2 Étanchéité de pratique

La Commission accueille favorablement la volonté du gouvernement de maintenir l'étanchéité de pratique pour les médecins entre le secteur public et le secteur privé. Ce mécanisme a permis jusqu'à présent de garantir le maintien d'un service public fort : on ne dénombre actuellement que 97 médecins qui ont choisi de ne pas participer au régime public, soit un peu moins de 1 % de l'effectif médical total.

Cependant, l'extension du mécanisme de garantie d'accès à des interventions autres que les services de radio-oncologie, de cardiologie et de chirurgies électives (hanche, genou, cataracte) qui sont actuellement envisagés pourrait inciter un plus grand nombre de médecins à ne plus participer au régime public de santé. En élargissant l'offre de services visés par le mécanisme de garantie d'accès, on peut raisonnablement penser que l'offre de services pouvant être couverts par l'assurance privée sera aussi élargie.

Dans un contexte où le système public ne bénéficie pas d'excédents de ressources humaines, comme c'est le cas actuellement au Québec, il y a lieu de s'inquiéter qu'un recours à l'assurance privée duplicative entraîne une baisse de la capacité de production du secteur public au profit du secteur privé²⁵.

L'incitation à ne plus participer au régime public de santé peut s'avérer d'autant plus forte pour un médecin qu'il n'y a pas de mesures de plafonnement de la tarification dans le secteur privé. Devant une telle situation, la Commission estime important que le gouvernement du Québec oblige les médecins non participants à accepter les honoraires qui sont fixés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). En ne plafonnant pas la tarification pour les médecins qui oeuvrent dans le secteur privé, il nous semble que le gouvernement québécois encourage implicitement le développement de ce dernier secteur.

4. À PROPOS DE QUELQUES AXES PRIORITAIRES D'INTERVENTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La Commission souhaite émettre quelques commentaires concernant certains axes d'intervention que le gouvernement du Québec entend privilégier dans les prochaines années pour préserver et améliorer le système public de santé et de services sociaux.

4.1 Accentuer les efforts en prévention

Dans *La politique de la santé et du bien-être* que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a adopté en 1992, il était recommandé « [...] accentuer les activités de prévention et de promotion de la santé et du bien-être » et de supporter celles-ci à tous les niveaux de décision du système de santé et de services sociaux²⁶. Force est d'admettre que la volonté actuelle du gouvernement du Québec vise à consolider cette approche en tenant compte des nouveaux enjeux auxquels le système de santé québécois doit faire face. Pour la Commission, il s'agit d'un objectif louable qu'il convient d'appuyer.

²⁵ Foote, J., Houston, D. et North, N. « Hospital waiting lists: a complex mess », *Health Manager*, 1999, 6 (3): 10-14.

²⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec : MSSS, 1992, p. 176.

La Commission tient cependant à rappeler qu'en agissant sur les facteurs de risque et de vulnérabilité qui sont à l'origine de la maladie, le gouvernement du Québec s'engage à respecter le principe qui est édicté à l'article 1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui prévoit que :

« Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie²⁷. »

Prévention et inégalités de santé

Un tel principe vise à renforcer les facteurs de protection de la santé par des actions qui misent sur le potentiel des personnes et des groupes. Il importe ici de rappeler que la santé constitue une ressource essentielle qui n'est pas équitablement partagée. Les individus et les groupes qui occupent les places privilégiées dans la hiérarchie sociale ont la possibilité de mobiliser davantage de ressources pour maintenir une bonne hygiène de vie que les plus démunis²⁸.

La Commission est d'avis que si l'on souhaite développer des approches préventives efficaces en matière de santé, il faudra tenir compte de ces inégalités de manière à offrir des axes d'intervention qui permettent de les corriger. Comme le souligne l'économiste britannique Amartya Sen, il faudra envisager qu'une :

« [...] considération égale pour tous implique un traitement très inégal en faveur des désavantagés. L'égalité réelle exige des mesures particulièrement étendues et complexes lorsqu'il s'agit de contrarier un lourd héritage d'inégalité²⁹. »

En ce sens, la Commission considère qu'un renforcement des actions préventives en matière de santé doit s'appuyer sur des interventions visant le développement de l'environnement social des individus et a fortiori, des individus évoluant en milieux défavorisés. Il importe de rappeler, comme le fait le Directeur national de santé publique dans le Rapport sur l'état de santé de la population du Québec qu'il a dévoilé en 2005, que « [...] certaines communautés auront besoin d'un soutien particulier pour se prendre en charge »³⁰.

Les effets délétères de la pauvreté sur le bien-être physique et moral des individus et des collectivités ne sont plus à démontrer. De nombreuses études produites sur les causes des inégalités de santé nous ont enseigné que les facteurs qui contribuent à la construction de celles-ci sont multiples et qu'ils renvoient, pour une large part, à des déterminants qui sont indépendants du système de santé. Ces déterminants sont de nature sociale et économique. L'univers biomédical n'a que bien peu de prise sur ceux-ci.

²⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

²⁸ Marmot, M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity*, New York: Times Books, 2004, 336 p.; Veenstra, G. "Social Capital & health", *ISUMA*, 2001, 2 (1): 72-81; Wilkinson, R.G. et Marmot, M. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, Copenhagen: Bureau régional de l'Europe – Organisation mondiale de la santé, 1998, 27 p.

²⁹ Sen, A. *Repenser l'inégalité*, Paris : Le Seuil, 2000, pp. 17-18.

³⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Produire la santé : Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec : MSSS, 2005, p. 99.

La Commission tient à appuyer la volonté exprimée par le gouvernement du Québec « [...] de faire alliance avec les autres secteurs d'activité de la société pour s'attaquer aux causes structurelles de la pauvreté »³¹.

La Commission considère que lutter contre la pauvreté, c'est aussi lutter pour la santé. En ce sens, elle estime que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit poursuivre sa réflexion sur la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être³². Comme la Commission l'avait déjà souligné au moment de l'étude du projet de loi 112³³, cette réflexion doit s'appuyer sur une approche systémique qui permettra de renforcer les droits économiques et sociaux des personnes, des droits qui ont une incidence réelle sur la santé des individus.

Elle estime que pour agir favorablement sur l'état de santé des populations, il faut tenir compte des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé, au même titre que des déterminants biologiques. La Commission est d'avis qu'une politique de la prévention devrait inclure un droit à une alimentation convenable pour tous (sécurité alimentaire), un droit à un logement suffisant³⁴, un droit à un environnement sain.

Une vision globale de la santé

Enfin, la Commission considère qu'un renforcement des interventions préventives du ministère de la Santé et des Services sociaux doit s'effectuer en fonction d'une vision globale de la santé, de manière à ce que les axes d'intervention ne mettent pas exclusivement l'emphasis sur la santé physique des individus, mais aussi sur la santé mentale de ces derniers.

Parmi les axes d'intervention préventive possibles en matière de santé mentale, il y a lieu d'accorder une attention toute particulière à la santé psychologique au travail. Selon les statistiques de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), le nombre d'indemnisations pour lésion professionnelle d'ordre psychologique a doublé entre 1990 et 2000³⁵. Une augmentation qu'on peut aussi observer dans les données colligées par les assureurs privés. Au début des années 1980, les troubles psychologiques ne représentaient que 2 à 3 % des réclamations d'assurance invalidité, alors qu'en 1995 ils équivalaient à 36 % de toutes les réclamations³⁶.

³¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *op. cit. supra* note 2, p. 13.

³² Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté (MSSS). *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action!*, Québec : MSSS, 2002, 52 p.

³³ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. *Mémoire à la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale – Projet de loi 122, Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, 2002, cat. 2.412.97, 48 p.

³⁴ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. *Mémoire à la Commission de l'aménagement du territoire de l'Assemblée nationale – Mandat d'initiative, Les interventions dans le domaine du logement : Une pierre angulaire de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion*, 2002, cat. 2.177.3, 32 p.

³⁵ Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). *Les lésions psychologiques : Quelques éléments du contexte pour mieux cerner le phénomène*, Direction de l'indemnisation et de la réadaptation.

³⁶ Centre patronal de santé et de sécurité du travail du Québec (CPSSTQ). « Les problèmes de santé mentale : une des principales causes d'absences prolongées au travail », *Convergence*, 1999, 15(4) : 3-4.

Dans une étude de la Commission, on considère que les situations d'atteintes à la santé psychologique au travail sont « [...] très coûteuses, tant pour le bien-être de la personne qui en est la victime et pour sa famille, que pour l'organisation et toute la collectivité »³⁷. C'est pourquoi, elle estime important que le ministère de la Santé et des Services sociaux puisse cerner les facteurs de risque portant atteinte à la santé psychologique des travailleurs, de manière à proposer des interventions préventives qui viseront à maintenir l'intégrité physique et psychologique des travailleurs québécois.

4.2 Consolider les services de première ligne

La Commission considère qu'il est souhaitable que le gouvernement du Québec accentue ses démarches pour consolider les services de première ligne du système de santé québécois. Les intervenants de première ligne, comme le souligne à juste titre le document de consultation du gouvernement québécois, peuvent contribuer activement à « [...] favoriser l'accès, la continuité et la qualité des services ainsi que la prise en charge des clientèles vulnérables (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de maladies chroniques, etc.) »³⁸.

Cependant, force est d'admettre que pour assurer une meilleure complémentarité des services, un maillage plus serré entre les services de première ligne et de deuxième ligne serait souhaitable. Par exemple, les médecins omnipraticiens devraient bénéficier d'une meilleure garantie d'accès aux plateaux techniques spécialisés (consultation de spécialistes, imagerie médicale) des centres médico-hospitaliers et ce, dans des délais raisonnables.

À cet égard, le mécanisme d'accès aux services proposé par le ministère ne devrait-il pas se mettre en branle dès la rencontre avec un médecin généraliste? Le gouvernement québécois ne pourrait-il pas s'inspirer de la formule de garantie de traitement qui est en vigueur en Suède depuis le 1^{er} novembre 2005? S'appuyant sur la règle du 0-7-90-90, cette formule garantit un contact instantané avec le système de soins, mais surtout elle assure qu'un patient sera vu par un médecin spécialiste dans un délai qui n'excédera pas 90 jours après une visite chez un médecin généraliste.

La Commission est d'avis que l'intégration déficiente des services de première ligne et de deuxième ligne nuit à la coordination des épisodes de soins et morcelle le processus de prise en charge des patients³⁹. En définitive, cette situation contribue à créer des délais d'attente qui affectent significativement l'accessibilité aux services appropriés pour la population. Ces délais peuvent nuire à leur tour à l'intégrité des personnes qui doivent d'abord être vues par un médecin généraliste avant de bénéficier de soins spécialisés.

4.3 Soutien des personnes dans la communauté

La Commission partage l'avis du gouvernement du Québec selon lequel le maintien à domicile constitue le choix privilégié par la très grande majorité des personnes handicapées et des personnes âgées en

³⁷ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. *Atteintes à la santé psychologique, conditions de travail et obligations du droit à la santé – Document de recherche*, Lucie-France Dagenais, avec la collaboration de Sabrina Ruta, 2004, cat. 2.178.7, p. 9.

³⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *op cit. supra* note 2, p. 18.

³⁹ Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. et Dubois, C.-A. *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*, Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 2000.

perte d'autonomie. Plusieurs études démontrent que le maintien à domicile offre une meilleure qualité de vie et une meilleure intégration sociale à ces personnes⁴⁰.

Cependant, la Commission tient à signaler qu'il importe de repenser les mécanismes de prise en charge de manière à supporter plus adéquatement les proches aidants, groupes communautaires et centres d'action bénévole qui prodiguent les soins dans ce contexte. Le plus récent plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé *Un défi de solidarité : Les services aux aînés en perte d'autonomie* semble vouloir privilégier cette voie⁴¹.

Il faut par ailleurs signaler que cette volonté de maintenir à domicile les personnes âgées en perte d'autonomie a pour effet de confier des responsabilités de plus en plus lourdes aux familles et aux ressources communautaires qui prennent en charge ces personnes : administrer les soins et services, faire le lien avec le service des urgences des hôpitaux et les cliniques spécialisées, offrir le soutien moral aux malades et ce, tout en continuant à assumer des tâches professionnelles et domestiques sur une base régulière.

Un avis du Conseil du statut de la femme publié en 2000 démontre éloquemment que ce sont les femmes qui assurent massivement les contrecoups de ce virage ambulatoire⁴². 80 % des proches aidants sont des femmes. Elles jouent un rôle social important en permettant le maintien à domicile des personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

Il importe que ce rôle essentiel soit pleinement reconnu par une politique de rétribution (comme c'est le cas dans certains pays qui ont reconnu un droit à la rémunération pour les prestataires de soins familiaux : Australie, Norvège, Suède et Royaume-Uni)⁴³ qui tient compte du haut niveau de responsabilité qui incombe aux proches aidants et qu'on puisse garantir à ces derniers le soutien des services professionnels, des ressources de répit et de dépannage, notamment des services de garde pour enfants handicapés ou présentant des troubles envahissants du développement.

Qui plus est, il apparaît essentiel de mettre de l'avant des mesures qui protégeront la situation d'emploi des proches aidants qui doivent suspendre momentanément leurs activités professionnelles pour s'occuper d'un enfant qui présente une déficience physique ou psychique ou d'un parent en perte d'autonomie. Sans de telles mesures, on risque de vulnérabiliser ces proches aidants, tant du point de vue de la santé physique que mentale et, ultimement, de compromettre les chances de réussite des programmes d'aide à domicile.

⁴⁰ Hébert, R. *Research on aging: providing evidence for rescuing the Canadian Health Care System*, Canadian Journal on Aging, 2002, 21(3): 343-347.

⁴¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Un défi de solidarité : Les services aux aînés en perte d'autonomie*, Québec : MSSS, 2005.

⁴² Conseil du statut de la femme. *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*, Québec : Conseil du statut de la femme, 2000.

⁴³ Keefe, J. *Hidden Costs, Invisible Contributions: The Marginalization of Dependent Adults – Policy Profiles: Australia, Norway, Sweden and United Kingdom*, 2004. Disponible en ligne: <http://www.msvu.ca/mdcaging/policy-profiles.asp>.

5. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET FINANCEMENT DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

Il est de mise, aujourd'hui, d'identifier le vieillissement de la population comme étant l'un des principaux responsables de l'inflation des coûts qui afflige les systèmes de santé des pays développés. Cette explication est devenue, en quelque sorte, un poncif qui est repris dans tout bon exercice de révision des modes de gouverne et de financement des systèmes de soins. Elle est généralement présentée comme une évidence qui s'impose d'elle-même et qui nous invite à se questionner sur la viabilité du système public de soins de santé et sur le besoin d'un recours accru au financement privé des services.

Pour trouver les meilleures solutions afin d'assurer la pérennité, l'accessibilité et la qualité de notre système de santé, la Commission estime qu'il importe pourtant d'examiner rigoureusement les arguments invoqués pour soutenir une telle explication, car ces arguments sont loin d'aller de soi. En fait, la Commission souhaite privilégier une approche systémique qui « [...] interdit de mettre le focus sur un seul élément qu'on décrète être un problème, par exemple le vieillissement, pour le mettre plutôt sur la relation qui existe entre cet élément et d'autres éléments qui le font apparaître »⁴⁴.

Dans un document prospectif publié récemment, l'Institut de la statistique du Québec prévoit que si le taux de fécondité observable se maintient à un niveau équivalent à celui qui est enregistré actuellement (1 486 enfant par femme québécoise, en 2004), la proportion d'individus âgés de 65 ans et plus dans la population québécoise passera de 13,0 % en 2001 à 24,4 % en 2026⁴⁵. Il s'agit, pour reprendre une expression à la mode, d'une tendance lourde observable dans l'ensemble des pays développés⁴⁶. D'ici 2025, on estime que 20 % de la population des pays industrialisés aura atteint l'âge de 65 ans et plus⁴⁷.

Par ailleurs, le Québec serait passé de huit travailleurs par personne âgée dans les années 1970, à cinq pour un en 2005. Si l'on en croit ces prédictions, il n'y aura plus que deux travailleurs pour une personne âgée dans une vingtaine d'années⁴⁸. Depuis une dizaine d'années, ces données font dire à de nombreux observateurs qu'il y a urgence d'agir car le vieillissement de la population aura pour effet de ralentir la croissance économique de la société québécoise et, ce faisant, de réduire considérablement les revenus de l'État.

La Commission reconnaît que le vieillissement de la population québécoise représente un défi de taille pour l'organisation et le financement du système de soins de santé public à plus ou moins brève échéance. Elle considère toutefois que le constat qui est dressé est alarmiste en ce qu'il s'appuie sur une conception traditionnelle du vieillissement qui associe la vieillesse presque exclusivement au déclin et à la

⁴⁴ Lesemann, F. « Vieillissement de la main-d'œuvre : comment ce phénomène transformera-t-il nos organisations, nos institutions et le sens du travail? », Colloque *Vieillissement de la main-d'œuvre*, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, 16 octobre 2003, 12 p.

⁴⁵ Thibault, N., Létourneau, E. et Girard, C. *Si la tendance se maintient... Perspectives démographiques : Québec et régions, 2001-2051*, Sainte-Foy : Institut de la statistique du Québec, coll. « Démographie », 2004, 39 p.

⁴⁶ Organisation des Nations Unies (ONU). *Le vieillissement dans le monde : à la recherche d'une société pour tous les âges*, New York : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, 122 p.

⁴⁷ Finkel, E. « Piecing together the puzzle of ageing », *Lancet*, 1997, 350 (9085): 1150.

⁴⁸ Thibault, N., Létourneau, E. et Girard, C., *op. cit. supra* note 45.

dépendance, et qu'il présente celle-ci comme une fatalité qui vient peser de tout son poids sur les finances publiques⁴⁹.

Sans nier pour autant la gravité et l'intensité des problèmes de santé auxquels sont confrontées les personnes âgées, il importe pourtant de lutter contre les préjugés « âgistes » qui sous-tendent cette conception du vieillissement. Ces préjugés ne permettent pas d'envisager de nouvelles politiques publiques qui favoriseraient une contribution positive des personnes âgées sans incapacités fonctionnelles, pourtant nombreuses, à l'activité économique et sociale du Québec de demain.

5.1 Régime d'assurance contre la perte d'autonomie

La proposition de créer un régime d'assurance contre la perte d'autonomie a fait l'objet d'une recommandation dans le rapport Ménard:

« R-20

Que les modalités d'un Régime d'assurance pour assurer le financement des services dispensés aux personnes en perte d'autonomie et intégrés au système de services de santé et de services sociaux soient établies par l'État. Un tel programme pourrait être géré par la Régie des rentes du Québec et sa réserve placée sous la responsabilité de la Caisse de dépôt et placement du Québec. Ce système, capitalisé en partie, serait financé de façon à respecter la capacité de payer des contribuables, dans le respect des impératifs d'équité entre les différentes catégories de revenus et l'équité entre les individus et les employeurs.

R-21

Qu'une partie des fonds recueillis annuellement serve au financement de programmes de prévention, particulièrement auprès des jeunes⁵⁰. »

Tel qu'exposé dans le document de consultation⁵¹, les services visant à pallier la perte d'autonomie incluent notamment les soins de longue durée, le soutien à domicile, des services professionnels de base. Or, ces services font actuellement partie des services de santé et des services sociaux couverts par le régime d'assurance maladie. Même si les services actuellement offerts par le système de santé et de services sociaux ne suffisent pas à la demande, on peut s'interroger sur l'opportunité de créer un régime distinct d'assurance, financé de façon distincte du régime d'assurance maladie. Certes, cette approche permettrait d'augmenter les contributions des personnes au financement du système mais elle pourrait avoir des effets négatifs sur les fondements mêmes du régime public de santé et de services sociaux.

Ainsi, en finançant ces services par une contribution individuelle plutôt que par les impôts sur le revenu, seuls les cotisants contribueraient au financement d'une partie du système de santé et de services so-

⁴⁹ On doit bien constater que la croissance des besoins s'est accompagnée du développement accéléré d'applications cliniques nouvelles qui sont destinées aux personnes âgées. Cette offre de plus en plus importante entraîne une forte augmentation des attentes de la population à l'égard du système de santé et des outils qu'il peut offrir pour intervenir sur le vivant. Il s'en suit une médicalisation croissante du troisième et du quatrième âge qui, de l'avis de la Commission, est fort préoccupante.

⁵⁰ Rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, juillet 2005.

⁵¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). op. cit., supra note 2.

ciaux contrairement à la situation actuelle où tous les contribuables, individus et entreprises, participent au financement des services.

Par ailleurs, comme le soulignait une étude du ministère de la Santé et des Services sociaux :

« Le mode de financement par cotisations sur le salaire présenteraient (sic) l'avantage d'assurer une source autonome de revenus ne pouvant être utilisée que pour un poste de dépenses précis. Le niveau de ressources allouées pour les personnes en perte d'autonomie serait donc, en principe, moins dépendant des décisions politiques* et il ne se retrouverait pas en concurrence avec les autres postes budgétaires de l'État (éducation, défense, transport, etc.). Les pays comme le Canada ou l'Angleterre ont traditionnellement opté pour un mode de financement par l'impôt, réputé plus équitable car progressif, c'est-à-dire qu'il est établi en fonction des revenus. Contrairement aux systèmes fonctionnant sur la base des cotisations salariales, le financement par l'impôt évite la multiplication des prélèvements à la source.

* L'exemple canadien de la caisse d'assurance-chômage prouve le contraire. À titre informatif, voir à cet effet l'article de Claude Picher « Bonnes intentions et dérapages », paru dans *La Presse*, le 28 avril 2001, p. F3⁵². »

De plus, le financement séparé de services qui en majeure partie sont de l'ordre des services de santé et des services sociaux risque de poser problème en matière de coordination des services. Le financement séparé appelle généralement un cloisonnement des budgets. Dans ce cas, où certains services peuvent facilement être pris en charge par l'un ou l'autre des réseaux, santé ou perte d'autonomie, ne sera-t-il pas tentant pour un intervenant d'un des réseaux de considérer que le service doit être rendu par l'autre ? Dans la même étude du ministère de la Santé et des Services sociaux on peut lire à cet égard :

« Assurer une source de revenus autonome pour une problématique spécifique signifie que l'on est en mesure de distinguer parfaitement les services qui relèvent de la perte d'autonomie des services relevant exclusivement des services de santé. La solution habituellement adoptée pour résoudre ce problème est le cloisonnement des budgets et la création d'un système de services destiné exclusivement aux personnes en perte d'autonomie, indépendant du système d'assurance maladie. [...] À moins d'une excellente coordination entre les différents acteurs impliqués, la création d'un système de prise en charge indépendant et spécifique au risque de perte d'autonomie (budget cloisonné) risque d'entraîner des effets pervers, principalement dans le cas des personnes nécessitant à la fois des services de soins de longue durée et des services de santé. D'après l'expérience allemande, les services de réadaptation seraient particulièrement touchés.

[...] D'autres incitatifs devront être mis en place pour que le système de soins de courte durée ne délaisse pas les activités de prévention et de

⁵² Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans six pays de l'OCDE, (Allemagne, Angleterre, Australie, Danemark, France, Suède)*, Anik Paris, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, août 2001, collection Études et analyses, no 45, p. 11.

promotion de la santé destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il est en effet peu intéressant pour le secteur de la courte durée d'effectuer des investissements dont les retombées ne profiteront qu'au secteur de la longue durée s'il n'existe pas des mécanismes d'incitation et de compensation⁵³. »

Finalement, cette mesure conçue pour les personnes âgées en perte d'autonomie ne semble pas tenir compte de la situation particulière de certaines personnes handicapées qui sont également en situation de perte d'autonomie. Cette dimension doit à notre avis être prise en compte dans le débat sur l'assurance contre la perte d'autonomie.

La Commission doit faire état d'une dernière préoccupation à l'égard de l'instauration d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie. Les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie sont de plusieurs ordres. Il en est de même pour les personnes handicapées. Ces besoins relèvent en partie des services de santé et des services sociaux. L'instauration d'une assurance spécifique pour les personnes en perte d'autonomie est-elle le prélude à d'autres fragmentations du système de sécurité sociale et de santé, accessible, universel et gratuit, dont s'est doté le Québec depuis plus de trente ans?

5.2 Un manque de travailleurs actifs pour financer le système de santé public?

S'il est vrai de dire que la proportion de personnes âgées dans la société canadienne n'a cessé de croître depuis le milieu des années soixante⁵⁴, il ne faut pas croire que le nombre de travailleurs actifs a décliné pour autant. Pour la seule période qui s'étend de 2000 à 2004, on note une augmentation progressive du taux d'activité dans la population canadienne, de 65,8 % à 67,6 % qui se traduit par l'ajout, en moins de 5 ans, de près de 1 341 300 nouvelles personnes en emploi au pays⁵⁵.

Selon les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec⁵⁶, la population du Québec continuera d'augmenter durant les 25 prochaines années. On y constate même que lorsque toute la cohorte du « baby-boom » (personnes nées entre 1946 et 1964) aura atteint l'âge de la retraite, le Québec n'aura connu qu'une baisse de 2 % de sa population active (soit près de 100 000 personnes) par rapport à 2001. C'est à partir de 2026 que le taux de croissance annuel de la population québécoise risque de subir un fléchissement qui pourrait avoir une incidence plus grande sur le nombre de travailleurs actifs. Ce taux sera nul en 2026, puis chutera par la suite de 0,1 % à tous les 5 ans pour atteindre -0,4 % en 2046, date limite des projections de l'Institut.

Mais, ces prévisions démographiques décrivent-elles pour autant un avenir auquel nous devons nécessairement et inévitablement nous attendre? La Commission est d'avis qu'il n'est pas évident que la réponse soit catégoriquement « oui ». La prédiction de l'évolution de la structure d'âge de la population québécoise est un exercice pour le moins périlleux. Son développement dépend de facteurs difficiles à prévoir,

⁵³ Idem, p. 12. Voir également l'analyse de l'Organisation mondiale de la santé, *Long-Term Care Laws in Five Developed Countries, A Review*, WHO, 2000, aux pages 15 et 16.

⁵⁴ Tossou, A.A. « Fécondité différentielle des immigrants et des natifs : Québec, 1976-1996 », *Cahiers québécois de démographie*, 2002, 31 (1) : 95-122.

⁵⁵ Statistique Canada. *Caractéristiques de la population active (2005)*, 2005, En ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rps/bull/2001-2-genet/index_f.html.

⁵⁶ Thibault, N., Létourneau, E. et Girard, C. *op. cit. supra* note 45.

comme le taux de natalité, l'immigration et le taux de mortalité. Ce sont malheureusement des facteurs qui sont rapidement analysés, quand ils ne sont pas totalement ignorés, dans les projections démographiques. La baisse de la population qui sera observable après 2031 est liée presque exclusivement, selon les chercheurs de l'Institut de la statistique du Québec, au décès des personnes nées durant cette période, c'est-à-dire celle du « baby-boom ». Mais il s'agit d'un scénario démographique qui noircit toutes les prévisions⁵⁷. Selon ce scénario :

- 1) Le taux de fécondité demeurera au mieux égal au niveau qu'il atteint actuellement (c'est-à-dire en deçà de 1,5), voire il sera plus faible;
- 2) on ne pourra compter sur l'apport des immigrants pour freiner le déclin réel ou anticipé de la population;
- 3) les personnes âgées continueront à valoriser une « culture de la retraite et de la préretraite » et se retireront massivement du marché du travail dans une courte période de temps, laissant une population active largement décimée tant au point de vue numérique que des compétences acquises.

Il importe de nuancer chacun des éléments de ce scénario. Ainsi, en ce qui concerne le taux de fécondité, il faut noter qu'aucune politique nataliste ou mesure de conciliation travail/famille ne sont envisagées. Pourtant comme nous l'enseignent certains exemples étrangers, ce genre d'intervention pourrait favoriser la hausse du taux de natalité. Pour ce qui est de l'immigration, cette variable est rarement invoquée comme un moyen de rajeunir la structure par âge de la population dans ces projections démographiques. Or, l'immigration de jeunes adultes permet non seulement un rajeunissement de la population, mais elle fournit immédiatement de nouveaux effectifs pour la population active. Enfin, quant à la prise de retraite, celle-ci peut être conditionnée par des politiques de l'État en matière d'intégration des travailleurs âgés à la population active. À cet égard, la section suivante présente le modèle qu'a privilégié le gouvernement finlandais pour faire face au vieillissement de sa population

5.3 Pour une nouvelle organisation du travail qui intègre les personnes âgées : l'exemple de la Finlande

En adoptant une position qui valorise une culture de la retraite et de la préretraite, on ne s'autorise pas à concevoir une nouvelle organisation du travail qui tiendrait compte non seulement de l'allongement de la vie, mais aussi de l'allongement de la vie en bonne santé. Dans cette perspective, on ne peut répondre à l'appel que lance, par exemple, la sociologue française Anne-Marie Guillemard⁵⁸ de gérer de façon intégrée la diversité des âges au travail, de créer de nouvelles solidarités intergénérationnelles en favorisant une synergie entre les travailleurs expérimentés et les nouveaux arrivants sur le marché du travail. Il importe pourtant de s'élever contre la discrimination fondée sur l'âge dans l'emploi en offrant des politiques publiques qui iront à l'encontre de la dépréciation des travailleurs « seniors », et qui militeront pour un droit au travail pour toutes les catégories d'âges.

À cet égard, l'exemple finlandais est particulièrement intéressant. Le gouvernement finlandais a adopté en 1997 un programme national quinquennal en faveur des travailleurs vieillissants (1998-2002). L'objet-

⁵⁷ Gee, E.M. "Population and Politics: Voodoo Demography, Population Aging, and Canadian Social Policy", dans Gee, E.M. et Gutman, G.M. (dir.), *The overselling of population aging: apocalyptic demography, intergenerational challenges, and social policy*, Don Mills: Oxford University Press, 2000, 5-25.

⁵⁸ Guillemard, A.-M. *L'âge de l'emploi : Les sociétés à l'épreuve du vieillissement*, Paris : Armand Colin, 2003, 286 p.

tif premier de ce programme est de miser sur le développement du capital humain plutôt que d'indemniser le risque lié à la prise de retraite telle qu'on l'a pensée jusqu'ici. Le mot d'ordre de cette politique est celui que l'expérience est une richesse nationale.

Les mesures pour favoriser le travail des aînés, sans que celles-ci ne soient coercitives (chacun est libre de prendre la décision qui lui sied le mieux), sont nombreuses : campagne de sensibilisation de l'opinion publique aux aspects positifs du vieillissement, programmes de formation professionnelle pour les aînés, réhabilitation des chômeurs âgés, programme de lutte contre la discrimination envers les travailleurs âgés, élaboration de modalités de passage graduel et « choisi » à la retraite...

En adoptant une telle stratégie, le gouvernement finlandais a permis d'atténuer considérablement et en un court laps de temps l'effet pressenti du vieillissement de la population finnoise sur les dépenses de l'État. Le maintien au travail d'un plus grand nombre de travailleurs âgés a permis à l'État finlandais de maintenir un niveau de revenus qui ne met pas en péril ses dépenses sociales en percevant des taxes, des cotisations sociales et des impôts auprès d'une population à laquelle on aurait autrement versé des prestations de retraite.

La politique nationale finlandaise sur le vieillissement continue aujourd'hui dans cette lignée en observant notamment les recommandations émises en 2004 par l'OCDE⁵⁹, dans lesquelles cet organisme enjoint les pays membres à entreprendre des réformes qui décourageront la prise de retraite hâtive et qui permettront de réduire le nombre moyen d'années passées à la retraite dans chaque pays. Selon l'OCDE, de telles réformes s'avèrent urgentes car si elles ne sont pas adoptées, elles entraîneront de vastes problèmes fiscaux et une croissance économique pour le moins anémique, voire négative.

En septembre 2002, une réforme des retraites a été adoptée en Finlande dans laquelle on crée « [...] de fortes incitations financières à la prolongation de la vie active, de manière à récompenser plus justement l'effort contributif comme l'effort d'activité [...] » des travailleurs âgés⁶⁰. Le barème d'accroissement de la pension accordée par l'État finlandais est le suivant : de 18 à 52 ans, la bonification de la pension est de 1,5 % par année travaillée; elle passe à 1,9 % entre 53 et 62 ans, puis à 4,5 % entre 63 et 67 ans. Au-delà de cet âge, la bonification est de 0,4 % par mois travaillé supplémentaire.

En adoptant une telle politique, la Finlande a pris le contre-pied de l'idée dominante qui veut que le vieillissement signifie un lourd fardeau pour les sociétés. Tout en connaissant un vieillissement accentué de sa main-d'œuvre, la société finlandaise a su augmenter sa productivité et développer un avantage compétitif dans les secteurs de pointe de l'économie globale.

6. RECONNAÎTRE LE DROIT À LA SANTÉ

La Commission se réjouit du fait que, par le biais des propositions soumises à la consultation publique, le gouvernement du Québec réaffirme la nécessité de maintenir un système de santé public fort qui s'efforcera de redistribuer le plus équitablement possible les ressources permettant à chaque individu, pauvre ou riche, de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qui lui soit possible d'atteindre. Elle ac-

⁵⁹ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Reforming Public Pensions: Sharing the Experiences of Transition and OECD Countries*. Paris: OCDE, 2004, 344 p.

⁶⁰ Guillemard, A.-M. *op. cit. supra* note 58, p. 161.

cueille favorablement la volonté de l'État québécois de défendre le bien commun, en invoquant une éthique de la solidarité qui fait contrepoids à la logique du profit qu'instaure le libre-marché.

Mais, pour baliser les propositions que le gouvernement du Québec souhaite mettre de l'avant de façon à ce que ces choix puissent contribuer au mieux à la protection des droits de la personne, la Commission réitère que la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec devrait être modifiée de manière à reconnaître un droit à la santé pour tous. Ainsi qu'elle le soulignait dans son bilan sur les 25 ans de la Charte : « Dans un contexte où le vieillissement de la population, les écarts entre riches et pauvres et les contraintes budgétaires posent des défis nouveaux à un système de santé par ailleurs en crise [...] », il importe de reconnaître « [...] le droit de toute personne de bénéficier des programmes, biens, services, installations et conditions lui permettant de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle puisse atteindre »⁶¹.

La Commission est d'avis que l'enchâssement du droit à la santé dans la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec* permettrait de préciser les obligations de l'État dans une mesure qui est conforme à l'esprit des propositions formulées dans le document de consultation.

La Commission tient à rappeler que le droit à la santé ne signifie pas le droit d'être en bonne santé : la bonne santé ne prémunit pas contre les aléas des modes de vie de chacun, ni contre des prédispositions personnelles ou génétiques particulières. La bonne santé ne peut donc être garantie par un État, puisque celui-ci ne peut assurer une protection contre toutes les causes possibles de la mauvaise santé.

Le droit à la santé renvoie plutôt à l'obligation de l'État de mettre en œuvre, compte tenu des réalités et des difficultés qui lui sont propres, des programmes, des biens, des services, des installations et conditions assurant à chacun des membres de la société le meilleur état de santé physique et mentale qu'il puisse atteindre. Il s'agit d'une obligation de réalisation progressive, au maximum des ressources disponibles, sans discrimination aucune, qui garantit l'accès aux équipements, produits et services sanitaires avec une attention particulière aux groupes vulnérables ou marginalisés, et dont les progrès accomplis sont surveillés à l'aide de méthodes éprouvées.

Il s'agit en quelque sorte d'un concept assurant la mise en place à la fois de balises présidant aux choix en matière de programmes et de services et de critères permettant d'évaluer les résultats de l'allocation des ressources rares en matière de santé.

CONCLUSION

Le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* propose, de l'avis de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, plusieurs pistes d'intervention destinées à améliorer le fonctionnement du système public de santé et de services sociaux du Québec. La Commission accueille favorablement l'intention du gouvernement du Québec de respecter les principes fondamentaux qui sont à la base de ce système : accessibilité, universalité et gratuité. Elle estime que l'ouverture à un régime d'accès aux soins de santé privés fondé sur la capacité de payer minerait les fondements du système public de santé et de services sociaux.

⁶¹ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *op. cit. supra* note 11, p. 28.

La Commission tient à préciser qu'elle est d'avis que les propositions gouvernementales relatives à la garantie de soins permettent de préserver l'intégrité du système public de santé. Elle invite cependant le gouvernement du Québec à agir avec prudence dans la mise en application du mécanisme de garantie d'accès aux services qui pourrait pénaliser de manière excessive les usagers des services qui ne sont pas ciblés par cette garantie. Elle tient aussi à signaler que pour éviter une baisse de la capacité de production du secteur public, la rémunération des médecins oeuvrant dans le secteur privé devrait être prise en compte.

La Commission insiste sur la nécessité que les choix futurs en matière de services de santé et de services sociaux puissent contribuer à la jouissance du meilleur état de santé physique et mentale que chaque citoyen québécois puisse atteindre, indépendamment du statut qu'il occupe. En ce sens, elle accueille favorablement les axes d'interventions que le gouvernement du Québec souhaite privilégier pour le maintien et le développement du système de santé québécois : accentuer les efforts de prévention, consolider les services de première ligne, offrir un soutien communautaire aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

Elle tient cependant à rappeler qu'il est souhaitable qu'une approche systémique soit adoptée pour mieux baliser les propositions du gouvernement du Québec en matière d'organisation des services de santé et des services sociaux. Constatant que d'importantes inégalités de santé persistent dans la population québécoise, la Commission réitère son appui à une approche intégrée de lutte contre la pauvreté. Elle considère qu'une telle approche permet de renforcer les droits économiques et sociaux des personnes : droit à une alimentation convenable (sécurité alimentaire), droit à un logement suffisant, droit à un environnement sain, qui ont une incidence réelle sur la santé des individus.

Par ailleurs, la Commission tient à nuancer le constat alarmiste qui est dressé quant à l'impact du vieillissement de la population sur le financement du système public de santé. Ce constat n'autorise à penser la vieillesse qu'en termes de déclin et de dépendance. Il ferme la voie à une réflexion permettant d'envisager de nouvelles politiques publiques qui favoriseraient une contribution positive des personnes âgées à l'activité économique et sociale de notre société.

La Commission voit dans l'hypothèse d'une assurance contre la perte d'autonomie plusieurs éléments qui risqueraient de fragmenter le système de santé et de services sociaux ou de l'IE fragiliser par un financement de certains services par les seules contributions des individus plutôt que par l'ensemble de la société québécoise.

Enfin, la Commission tient à réitérer la recommandation qu'elle a faite, notamment, dans son Bilan des 25 ans de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec d'enchâsser le droit à la santé dans cette dernière. Ce droit, nous semble-t-il, assurera la mise en place de balises présidant aux choix de programmes et de services, tout en offrant des critères permettant d'évaluer les résultats de l'allocation des ressources rares en matière de santé.