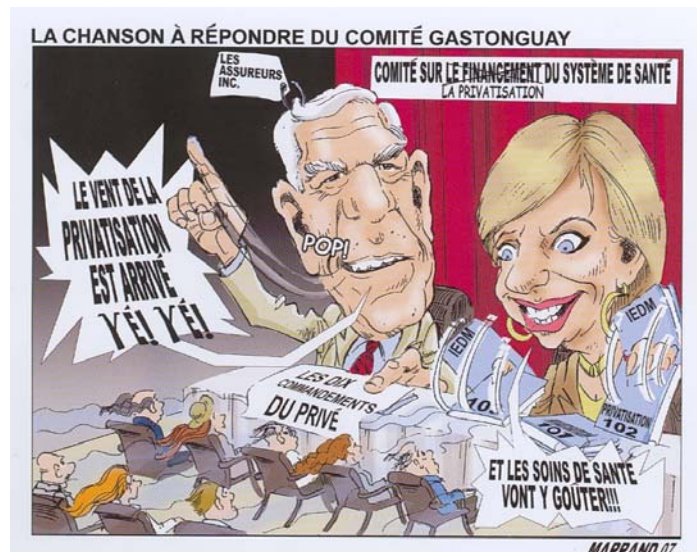


En santé et services sociaux, la CSQ, une vraie centrale
au service des personnes



Le rapport Castonguay

« En avoir pour son argent »



Le marché est ouvert !



Hélène Le Brun, conseillère
mars 2008
D-11883

- Siège social
- Bureau de Québec

Centrale des syndicats du Québec
9405, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1L 6P3
320, rue St-Joseph, bureau 100, Québec (Québec) G1K 9E7
Adresse Web : <http://www.csq.qc.net>

Téléphone : (514) 356-8888
Téléphone : (418) 649-8888

Télécopie : (514) 356-9999
Télécopie : (418) 649-8800

Rappel du contexte

Le groupe de travail sur le financement de la santé pour assurer la pérennité du système de santé québécois a été mis sur pied le 24 mai 2007 par la ministre des Finances et présidente du Conseil du trésor, M^{me} Monique Jérôme-Forget, dans la foulée de son *Discours sur le budget 2007-2008*. Les consultations effectuées par ce groupe de travail se sont faites sur invitation d'un nombre très limité de groupes.

M^{me} Forget a nommé M. Claude Castonguay, ancien ministre de la Santé du Québec au moment de la mise sur pied du système public de santé du Québec dans les années 1970, pour présider le groupe de travail. Chacun des partis de l'opposition officielle y a désigné un coprésident de son choix. L'Action démocratique du Québec y délègue M^{me} Johanne Marcotte, réalisatrice du film documentaire *Les illusions tranquilles* et le Parti Québécois a choisi M. Michel Venne, éditorialiste au quotidien *Le Devoir* et directeur de l'Institut du Nouveau Monde pour le représenter.

De l'avis de la majorité des groupes sociaux et de quelques analystes, M. Claude Castonguay n'avait pas l'indépendance nécessaire pour présider ce groupe de travail.

Qui est véritablement Claude Castonguay ?

Le soi-disant « père de l'assurance-maladie », n'a été parlementaire et ministre de la Santé que pendant trois ans.



Par contre, il a été membre du conseil d'administration de la Caisse de dépôt et placement du Québec (1973-1978) ; président du conseil de l'Impériale, compagnie d'assurance-vie (1977-1982) ; membre de la Commission Trilatérale (1978-1984) ; vice-président du conseil et président du conseil de Crédit Foncier (1979-1986) ; président du conseil et chef de la direction de la Corporation du Groupe La Laurentienne (1981-1990) ; président du conseil de Laurentian Capital Corporation (1985-1995) et président du conseil de la Banque Laurentienne du Canada (1987-1994).

Moins de dix jours avant sa nomination à la présidence du groupe de travail sur le financement du système de santé du Québec, il venait de publier un rapport sur la même question avançant déjà des pistes de solution telles que le ticket modérateur, l'abolition de la cloison entre le privé et le public pour les médecins, une grande ouverture aux assurances privées et la révision de la Loi canadienne sur la santé.

Or, le mandat du groupe de travail commandait notamment de « proposer au gouvernement des sources additionnelles de financement pour la santé ; de préciser le rôle que peut jouer le secteur privé pour améliorer l'accès aux soins [...] ; d'examiner les modifications qui pourraient être nécessaires à la Loi canadienne sur la santé ».

Un message clair



Le rapport du groupe de travail, justement intitulé
« **En avoir pour notre argent** »,
a été rendu public le 19 février.

Claude Castonguay situe son rapport dans le contexte de la libération des échanges et de la mondialisation interprétant son mandat dans le sens suivant :

il...



« *s'agit d'adapter les politiques sociales issues de la Révolution tranquille au nouveau contexte économique et à la mondialisation* ».

Il ne pouvait être plus clair !

« *il ne faut surtout pas revenir en arrière : on ne doit pas chercher à reproduire les conditions d'il ya quarante ans. [...] Il faut en fait redéfinir le contrat social sur lequel est fondé notre système de santé [...].* »


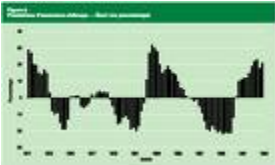
Pour lui, la pérennité du système de santé passe par son ouverture au marché ! Dans sa présentation devant la Chambre de commerce du Montréal métropolitain le lendemain de la publication du rapport, il a d'ailleurs indiqué que le Québec devait se débarrasser du passé, remettre en question ses acquis et ses préjugés à l'égard du système de santé et se tourner vers l'avenir.



Effectivement, son rapport met la table. Pour la plupart, les stratégies proposées pour réduire les coûts du système à l'avenir vont dans le sens d'une plus grande privatisation :

- **désassurance possible de certains services médicaux ;**
- **mixité public/privé de la pratique médicale ;**
- **extension des chirurgies qui pourraient être pratiquées dans le privé, en plus des hanches, des genoux et des cataractes ;**
- **recours à l'assurance privée pour des services médicaux déjà couverts par le régime public ;**
- **possibilité d'une gestion privée d'établissements de santé ;**
- **création de marchés internes et sous-traitance pour introduire plus de concurrence entre les « acheteurs » et les « fournisseurs » de services de santé.**





Les faits saillants des recommandations du rapport Castonguay



Le financement


| Recommandations Castonguay | Commentaires CSQ |
|--|---|
| <p>L'objectif central</p> <p>Le groupe de travail considère que le Québec doit assurer la pérennité du système public de santé en augmentant sa productivité et en ajustant la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, et cela, tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services.</p> |  |
| <p>La cible proposée</p> <p>Le groupe de travail recommande que le gouvernement se fixe comme objectif, sur un horizon de cinq à sept ans, de réduire la croissance des dépenses publiques de santé de manière à ce que celle-ci n'excède pas le taux de croissance de la richesse collective. Il propose de combler l'écart par de nouvelles sources de revenus dédiées à la santé, et cela, dès l'exercice 2008-2009.</p> | <p>Le groupe de travail estime que les dépenses de santé vont augmenter tendanciuellement de 5,8 % par an, tandis que les revenus du gouvernement vont croître au même rythme que celui de l'économie, soit 3,9 % par an.</p> <p>Pour combler cet écart, le groupe de travail propose d'augmenter la taxe de vente et d'introduire d'autres formes de contribution des usagers.</p> |
| <p>Des sources de revenus durables et diversifiées</p> <p>Le groupe de travail recommande qu'à cette fin, le gouvernement crée, à compter de l'exercice 2008-2009, un Fonds de stabilisation dédié à la santé, alimenté à partir de sources de revenus elles-mêmes dédiées, soit :</p>  | <p>La CSQ ne s'oppose pas à la création d'un fonds de stabilisation de la santé en tant que mécanisme pour diriger des sommes dédiées supplémentaires vers la santé et les services sociaux, si cela permet de consolider le système public de santé. Par contre, la CSQ souhaite des modifications aux sources d'alimentation de ce fonds envisagées par le rapport.</p> |

| Recommandations Castonguay | Commentaires CSQ |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">Un pourcentage de la taxe de vente du Québec. <p>Le groupe de travail recommande au gouvernement d'augmenter la taxe de vente du Québec d'un demi-point ou d'un point de pourcentage et de verser le montant ainsi obtenu au Fonds de stabilisation dédié à la santé.</p>  <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none">Le produit d'une franchise modulée en fonction de l'utilisation des services médicaux et du revenu familial. <p>Le groupe de travail recommande la mise en place d'une franchise à compter de l'exercice 2009-2010, dont le montant dépendrait du nombre de visites médicales effectuées durant l'année précédente. La franchise serait calculée et plafonnée en fonction du revenu des ménages. Les familles à faible revenu en seraient exemptées.</p>  <p>La franchise serait utilisée pour orienter l'utilisation des services médicaux dans la direction considérée comme la plus appropriée. À cette fin, le gouvernement définirait les critères retenus concernant la nature des visites médicales prises en compte dans la franchise ainsi que le coût de chaque visite médicale imputé dans le calcul de la franchise.</p> | <p>La CSQ souscrit à l'idée de réserver pour le financement de la santé un pourcentage de la taxe de vente (TVQ). Le gouvernement fédéral vient de libérer un espace fiscal en réduisant de 1 % le taux de la TPS le 1^{er} janvier 2008, ce qui représente 1 milliard 300 millions par an. Le gouvernement du Québec pourrait fort bien majorer d'autant la TVQ, sans effet notable sur la consommation. En même temps, il serait souhaitable d'assortir cette mesure d'une bonification du crédit d'impôt relatif à la TVQ pour les personnes à faible revenu.</p> <p>.....</p> <p>La CSQ s'oppose fermement à l'introduction d'une forme de financement reposant sur le principe de l'utilisateur payeur dans le domaine de la santé, à cause de l'effet pervers sur l'accessibilité aux services et tous les autres effets indésirables associés aux tickets modérateurs. Il s'agit là d'un précédent malheureux.</p> <p>La complexité bureaucratique que cette formule va entraîner, sans compter les menaces réelles pour la vie privée, vient s'ajouter aux motifs qui militent pour le rejet de cette approche. Selon les scénarios présentés dans le rapport, le produit de cette tarification à la visite médicale s'élèverait à 550 millions ou 1,300 millions par an, selon le niveau de hausse de la TVQ. Mais au regard des multiples exemptions à prévoir en fonction de l'état de santé des patients, de leur situation familiale ou de leur condition socioéconomique, le rendement fiscal d'une telle mesure apparaît plutôt incertain.</p> <p>Le rapport ne fait aucunement appel à une contribution supplémentaire des entreprises, qui bénéficient pourtant largement de la prise en charge collective des coûts de la santé. Le gouvernement du Québec devrait récupérer l'espace fiscal cédé à l'automne 2007 par le gouvernement fédéral en matière d'imposition des profits des grandes entreprises (1 % du taux d'imposition) et cesser de réduire la taxe sur le capital dont l'élimination en 2011 privera le trésor de 900 millions par an.</p> |



La gouvernance



| Recommandations Castonguay | Commentaires CSQ |
|--|---|
| <p>Des changements à poursuivre, une nouvelle culture à implanter</p> <p>Le groupe de travail recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux se désengage de la production des soins proprement dite pour se recentrer sur l'établissement de la politique générale de santé.</p> |  <p>En clair, cela signifie que le ministère n'établirait plus que les orientations générales du système en conférant une pleine autonomie aux établissements sur leur gestion des services avec toutes les disparités que cela suppose.</p> |
| <p>Les agences régionales</p> <p>Le groupe de travail recommande que le nombre d'agences régionales passe de 18 à 6-8.</p>  <p>Le groupe de travail recommande que chaque agence régionale soit chapeauté par un conseil d'administration composé d'un nombre limité de membres indépendants, choisis en raison de leur compétence et rémunérés.</p>  <p>.....</p> <p>Le groupe de travail recommande au gouvernement que les agences régionales aient la responsabilité de traduire les priorités nationales en offre de services sur leurs territoires en tant qu'acheteurs de services auprès des fournisseurs de soins et de services.</p>  | <p>En agrandissant les territoires, cela implique que les agences régionales deviennent de purs organismes de gestion et d'allocation des ressources. Il n'aurait plus à faire l'arbitrage entre les établissements du territoire afin de s'assurer d'une équité régionale.</p> <p>Finis les conseils d'administration dont les membres sont élus démocratiquement et représentent différentes catégories d'utilisateurs et de personnel. Il s'agirait alors de conseils d'administration absolument privés composés de gestionnaires un peu à la manière des conseils d'administration des grandes compagnies d'assurances, de la gestion pure.</p> <p>.....</p> <p>La formule d'achat de services vise à établir une concurrence entre les établissements de santé. Les agences feraient des appels d'offre et sélectionneraient la meilleure offre de service selon le meilleur rapport qualité/coût. Il n'est pas dit, non plus, que les fournisseurs de soins et de services doivent être des établissements publics.</p> <p>Cette méthode favorise la sous-traitance, car les établissements voudront dispenser les services au meilleur coût possible.</p> |

| Recommandations Castonguay | Commentaires CSQ |
|--|--|
| <p>Les établissements</p> <p>Le groupe de travail recommande que les CSSS et les autres établissements bénéficient d'un large degré d'autonomie et des moyens d'assumer leurs responsabilités, et qu'en contrepartie, ils soient pleinement responsables de leur gestion.</p> <p>Comme les agences régionales, chaque établissement serait chapeauté par un conseil d'administration dont les membres sont sélectionnés, rémunérés et indépendants.</p> | <p>Une grande autonomie laissée aux établissements signifie que leurs dirigeants sont tout à fait libres de la manière dont ils offrent le service et donc libres de faire des ententes de services avec le secteur privé.</p> <p>La gestion des établissements se transformerait également en gestion de type entrepreneuriale.</p>  |
| <p>La création d'un organisme crédible et indépendant : l'Institut national d'excellence en santé</p> <p>Le groupe de travail recommande le regroupement, au sein d'un Institut national d'excellence en santé, du Conseil du médicament du Québec, de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et du Commissaire à la santé et au bien-être, afin de confier à un organisme indépendant et crédible un rôle stratégique à l'égard de la pertinence et de la qualité des services de santé.</p>  <p>.....</p> <p>L'Institut devrait notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formuler périodiquement des recommandations sur la composition du panier des services assurés par le régime public.  | <p>Dans l'esprit du comité Castonguay, cet organisme est indépendant du ministère et du gouvernement. Il reprendrait une bonne partie des mandats dévolus actuellement au ministère et aux organismes publics qui le soutiennent.</p> <p>Il est à noter que le poste de Commissaire à la santé et au bien-être, que le groupe recommande de fondre dans cet organisme indépendant, vient tout juste d'être mis sur pied. Il est assorti d'un forum de consultation, qui vient tout juste d'être nommé, sur lequel siègent des experts de différents horizons (y incluant l'éducation par exemple) et des représentants de la population.</p> <p>.....</p> <p>C'est l'Institut qui serait le principal organisme-conseil au regard de cette révision du panier de services. Aussi bien dire que des pouvoirs indépendants en deviendraient l'organe expert.</p>  |

| Recommandations Castonguay | Commentaires CSQ |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">Évaluer les nouvelles technologies de la santé, incluant les médicaments, pour en recommander l'inclusion sur la Liste des médicaments ou dans le panier des services assurés.  | <p>Ces deux postes budgétaires se révèlent les plus inflationnistes actuellement parce que l'État ne peut en contrôler les coûts et que les lobbys en présence sont très puissants. Est-ce qu'un organisme indépendant réussirait mieux à encadrer leurs pratiques ?</p>  |
| <p>Des projets pilotes d'hôpitaux sous gestion privée</p> <p>Le groupe de travail propose de lancer un projet pilote pour tester une nouvelle forme de gestion hospitalière en confiant l'administration d'un hôpital sans but lucratif par contrat à une entreprise spécialisée en gestion ou à une fondation en matière de santé.</p>  | <p>Voilà la proposition ultime en termes de gouvernance, la gestion hospitalière privée. Le dernier morceau du puzzle : délester le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'organisation des soins et services au profit d'un Institut indépendant ; instaurer une concurrence par l'allocation de ressources sous un mode d'achat de services ; confier la gestion des agences régionales et des établissements à des gestionnaires rémunérés, pourquoi pas une gestion hospitalière entièrement privée !</p> |

Les services médicaux

| Recommandations Castonguay | Commentaires CSQ |
|--|--|
| <p data-bbox="110 443 552 478">Une pratique mixte public/privé</p> <p data-bbox="110 512 784 642">Le groupe de travail recommande qu'un médecin puisse être autorisé à exercer selon une pratique mixte, à l'intérieur des limites prescrites et sous condition d'une entente avec son établissement.</p>   | <p data-bbox="841 512 1523 877">Une telle pratique mixte autorisant les médecins à travailler à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé est actuellement interdite. Les médecins doivent choisir. Ils ne peuvent avoir à la fois le beurre (rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec [RAMQ]) et l'argent du beurre (la contribution payante à l'acte des usagers). Pour pratiquer dans le secteur privé, ils doivent donc absolument se désengager de la RAMQ et absorber tous les risques relatifs à une entreprise privée.</p> <p data-bbox="841 911 1523 1348">Une pratique mixte renverserait également les paramètres d'exercice dans le secteur public. Alors que les quotas d'heures permises, et donc de rémunération, viennent d'être en pratique enlevés dans les dernières négociations avec les médecins, leur permettant ainsi d'offrir davantage d'heures au secteur public, une pratique mixte les obligerait à faire un minimum d'heures dans le secteur public. Cela inciterait certainement les médecins à réduire le temps offert au public pour élargir celui qu'ils feraient au privé. Conséquemment, cela entraînerait une diminution des services publics pour les personnes ne pouvant se payer des services privés.</p> <p data-bbox="841 1381 1523 1482">De plus, comme cette pratique privée n'est payante que dans les grands centres, cela favorisera un plus grand exode encore des médecins des régions.</p> |



| Recommandations Castonguay | Commentaires CSQ |
|---|--|
| <p>L'assurance privée duplicative</p> <p>Le groupe de travail propose que la loi autorise le recours à l'assurance privée pour des services déjà couverts par le régime public.</p> | <p>L'ouverture à l'assurance privée duplicative entraîne automatiquement une pratique médicale à deux vitesses.</p>  <p>ÇA VA ME COÛTER PLUS CHER, DOCTEUR?</p> <p>NON! ...SAUF SI VOUS VOULIEZ VOUS FAIRE SOIGNER...</p> <p>PANCHO</p> |
| <p>Une clinique de santé de première ligne pour tous au Québec</p> <p>Le groupe de travail recommande au gouvernement de donner aux cliniques de santé ayant conclu une entente avec l'agence régionale le droit de percevoir annuellement une cotisation auprès des patients inscrits.</p> <p>(Note : cette cotisation serait volontaire)</p>  | <p>Le comité Castonguay récupère ici les modèles des coopératives de santé qui se sont développées en région afin d'attirer des médecins en voulant élargir le concept à l'ensemble des groupes de médecine familiale. Mais dans les coopératives, la cotisation des membres est utilisée pour administrer une clinique dont ils deviennent propriétaires alors que dans le modèle proposé par le groupe Castonguay, cette cotisation irait aux médecins propriétaires de la clinique. C'est fort différent comme concept.</p> |




L'organisation des services aux personnes âgées


| Recommandations Castonguay | Commentaires CSQ |
|--|--|
| <p>La perte d'autonomie et le maintien à domicile</p> <p>Que, à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie, le gouvernement accorde la priorité au maintien à domicile et qu'à cette fin, il soutienne dans ce secteur un niveau élevé d'investissement.</p> | <p>La CSQ est d'accord que des investissements importants soient dirigés vers les services à domicile pour les personnes en perte d'autonomie (et non seulement les personnes âgées en perte d'autonomie).</p> |
| <p>Que les soins médicaux, infirmiers et spécialisés couverts à domicile le soient de manière universelle par le régime public et que les autres services de maintien à domicile, pour l'assistance à la vie quotidienne et l'aide domestique, soient l'objet d'une couverture graduée en fonction du degré de dépendance, de la nature du service et de la capacité de payer (dans tous les cas, les plus démunis devraient être protégés).</p>  | <p>Les soins médicaux, infirmiers et spécialisés à domicile sont déjà couverts par le régime public.</p> <p>Par contre, pour les services de maintien à domicile comme l'assistance à la vie quotidienne (bains), il s'agirait d'un recul. Ces services sont actuellement offerts gratuitement aux personnes âgées et aux personnes handicapées par les auxiliaires familiales des CLSC. Le comité Castonguay recommande qu'ils soient transférés aux organismes d'économie sociale et donc tarifés selon la capacité de payer des personnes. Cela représente une récupération d'environ 75 millions.</p> <p>La CSQ s'est toujours exprimé contre un transfert de ces services vers le secteur de l'économie sociale parce qu'il s'agit de services hautement intimes touchant à l'intégrité de la personne. En cela, l'encadrement, la supervision et la disponibilité d'une équipe multidisciplinaire tels que présents dans les CLSC offrent une meilleure garantie de qualité et de compétences.</p> |
| <p>Le groupe de travail recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux confie en concession, aux ressources appropriées, l'opération des CHSLD à l'intérieur d'un horizon de cinq ans.</p> | <p>Cette recommandation vise une privatisation complète des services d'hébergement et de soins de longue durée.</p> <div data-bbox="1036 1654 1328 1738" style="background-color: #003366; color: white; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold;">RÉPERTOIRE DU SECTEUR PRIVÉ</div> |

Les chantiers du ministre Couillard

Le 11 mars dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, a annoncé la mise en place de cinq chantiers de travail et d'implantation en suivi au rapport Castonguay.

| Les chantiers de Philippe Couillard | Commentaires CSQ |
|--|---|
| <p>Accès aux médecins de famille</p> <p>Le Ministère et ses partenaires travailleront à l'élaboration de différents projets pouvant offrir encore plus de souplesse. Selon les territoires visés et les besoins des clientèles, de nouvelles formules pourront voir le jour dans les prochains mois.</p>  | <p>Finissons d'abord ce qui est commencé</p> <p>Dans l'esprit du rapport Castonguay, « nouvelles formules » peut vouloir dire l'inscription des usagers auprès d'une clinique médicale moyennant une cotisation.</p> <p>Avant de mettre sur pied d'autres projets pour tester de nouvelles formules d'accès à un médecin de famille, le ministre devrait plutôt s'empresse de consolider le développement des Groupes de médecine familiale (GMF). Ceux-ci prennent tout juste leur envol, il serait plus efficace de mieux les outiller et d'accélérer leur développement.</p> |
| <p>Décentralisation et allocation des ressources</p> <p>Dès l'année financière 2008-2009, le gouvernement permettra à trois régions pilotes (Capitale-Nationale, Estrie et Saguenay-Lac-St-Jean) de gérer la prestation des services sur leur territoire sur le mode d'achat de services.</p>  | <p>Décentraliser vers plus de privé ?</p> <p>Les nouvelles formules d'allocation de ressources par achat de services, proposées par Claude Castonguay, visent à mettre en concurrence les établissements publics comme privés. Les régions du Saguenay-Lac-St-Jean et de l'Estrie, particulièrement, sont des régions où la concurrence est peu présente. Les résultats qui sortiront d'une plus grande autonomie accordée à ces régions ne refléteront pas nécessairement ce qui pourra se passer à l'avenir dans de plus grandes régions urbaines comme Montréal et sa périphérie.</p> |

| Les chantiers de Philippe Couillard | Commentaires CSQ |
|---|--|
| <p>En contrepartie, ces régions bénéficieront d'une plus grande autonomie et seront pleinement responsables de leur gestion.</p>  <p>Trois programmes seront d'abord touchés, soit les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, l'accès à la chirurgie et les tests diagnostiques d'imagerie médicale.</p> <p>La table d'allocation des ressources du ministère de la Santé et des Services sociaux supervisera un chantier qui veillera à introduire la notion de coût de revient au sein de l'administration des établissements du réseau afin de remplacer les budgets historiques par l'achat de services.</p> | <p>Avoir une plus grande autonomie et être pleinement responsable de sa gestion, cela veut dire détenir une pleine marge de manœuvre sur la façon dont seront donnés les services et sur qui les donnera, le secteur public, le secteur communautaire, le secteur de l'économie sociale et le secteur privé. Comme l'agence procédera par achats de services, ce sont les réponses aux appels d'offre représentant un meilleur coût/bénéfices qui gagneront, mais pas nécessairement la qualité.</p> <p>Par un drôle de hasard, ces programmes sont ceux que le gouvernement cherche le plus à privatiser actuellement.</p>  <p>Connaître le prix unitaire de chaque intervention effectuée dans le réseau est le seul moyen de comparer avec le coût des services offerts dans le secteur privé et d'appliquer la concurrence.</p> |
| <p>Performance</p> <p>Dans le but d'accroître l'efficacité et la productivité du système de santé, des travaux se mèneront pour développer des outils de performance et d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none">- évaluation des performances cliniques et économiques des établissements ;- évaluation de la satisfaction des patients face aux services obtenus.  | <p>Une bonne cible, mais gare à la naïveté !</p> <p>Il est souhaitable de connaître et de déployer des façons de faire plus efficaces et de développer des outils supplémentaires pour une meilleure satisfaction des patients face aux services obtenus.</p> <p>Il faut cependant demeurer vigilant sur la façon d'utiliser les résultats des évaluations. Dans un contexte où on veut instaurer la concurrence, il est facile de dévaloriser des services publics en milieu socio-économiquement faible qui font face à une clientèle plus lourde et de surévaluer un établissement bénéficiant de généreux fonds, issus de fondation par exemple.</p> |

| Les chantiers de Philippe Couillard | Commentaires CSQ |
|--|---|
| <p>Création de l'Institut national d'excellence en santé (INES)</p> <p>Le ministre a mis sur pied un comité d'implantation de l'INES qui devra préciser le mandat et les fonctions du nouvel organisme indépendant qui naîtra de la fusion de l'actuel Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Le comité devra établir la structure générale d'organisation de l'INES afin que ce dernier soit fonctionnel le plus rapidement possible.</p> <p>L'Institut national d'excellence en santé (INES) aura pour fonction d'évaluer les technologies de la santé, les modes d'intervention, l'efficacité clinique et le rapport coûts-efficacité des nouveaux médicaments, l'élaboration des guides des protocoles sur l'utilisation des médicaments et la composition du panier de services.</p> <p>Le comité sera présidé par nul autre que Claude Castonguay.</p> | <p>Castonguay en a déjà assez fait !</p> <p>Cet organisme reprendrait une bonne partie des mandats dévolus actuellement au ministère et aux organismes publics qui le soutiennent.</p>  <p>Les technologies de la santé et les médicaments sont les deux postes budgétaires les plus inflationnistes actuellement. Le gouvernement n'a jamais pu adopter aucune mesure pour en contrôler les coûts. Il nous est permis de douter qu'un institut indépendant aille dans ce sens.</p> <p>C'est l'Institut qui serait le principal organisme-conseil au regard de cette révision du panier de services. Aussi bien dire que des pouvoirs indépendants en deviendraient l'organe expert.</p> |

Les vraies cibles oubliées

Les vrais chantiers à ouvrir devraient concerner les services à domicile et les solutions publiques à la résolution des problèmes de délais d'attente, c'est-à-dire la coordination centralisée des listes, la concentration des chirurgies et la création de centres ambulatoires publics de chirurgie.



Les enjeux dans le collimateur



La haute vigilance sera de rigueur pour les prochains mois. Il faudra surveiller chaque mouvement du gouvernement Charest qui ira dans le sens d'appliquer les recommandations du rapport Castonguay ouvrant à plus de privatisation. Les enjeux suivants doivent particulièrement rester dans le collimateur de nos organisations syndicales. Il faut surveiller surtout :

- le développement des cliniques privées de chirurgie en application de la loi 33 ;
- l'ouverture à l'assurance privée duplicative ;
- la perception d'une cotisation aux patients des cliniques médicales de première ligne qui ne fonctionnent pas selon le modèle coopératif ;
- les projets pilotes des agences régionales (Capitale-Nationale, Estrie, Saguenay-Lac-Saint-Jean) visant l'application d'une nouvelle forme de budgétisation par achat de services et d'une gestion libre sans directives ministérielles pour atteindre les objectifs fixés ;
- la fuite des ressources humaines vers le privé ;
- l'ouverture à une pratique médicale mixte public/privé ;
- les accords commerciaux.

Les positions de la CSQ



Le 12 mars, le Conseil général de la CSQ a adopté des propositions donnant un mandat à la CSQ de s'opposer à toute application gouvernementale des propositions suivantes du rapport Castonguay :

- l'imposition d'une franchise aux usagers pour les consultations médicales ou toute autre contribution pouvant ressembler à une forme de ticket modérateur ;
- la pratique médicale mixte autorisant des médecins à exercer à la fois dans le système public et le système privé ;
- l'ouverture aux assurances privées duplicatives ;
- la gestion privée d'hôpitaux ;
- la privatisation des CHSLD.

Le Conseil général a aussi donné mandat à la CSQ de continuer à prôner des solutions publiques pour améliorer le système de santé, notamment :

- le contrôle des coûts des médicaments et des nouvelles technologies ;
- la gestion coordonnée et centralisée des listes d'attente ;
- la concentration d'un type de chirurgie dans un seul milieu hospitalier tout en préservant la facilité d'accès en particulier pour les régions ;
- le développement de centres ambulatoires publics de chirurgie.

Action et mobilisation



Au chapitre de l'action régionale, le Conseil général a invité ses affiliés à assurer une vigilance au regard de l'application dans leur région de certaines propositions du rapport Castonguay, soit :

- le développement de cliniques privées de chirurgie ;
- le transfert de lits de CHSLD publics vers des centres d'hébergement privés ;
- les projets pilotes des agences régionales (Capitale-Nationale, Estrie, Saguenay-Lac-St-Jean) concernant l'application d'une nouvelle forme de budgétisation par achat de services ;

- la perception d'une cotisation aux patients des cliniques médicales de première ligne qui ne fonctionnent pas suivant le modèle coopératif.

Le Conseil général a aussi invité les affiliés à poursuivre dans leur milieu les activités de sensibilisation et de mobilisation engagées dans le cadre de la campagne CSQ contre la privatisation du système public.

Un bon *État* de santé, c'est une affaire publique



Campagne de sensibilisation sur les orientations de la CSQ en matière de santé et de services sociaux