

Les limites d'une garantie...

MÉMOIRE

du Conseil permanent de la jeunesse sur le document de consultation
Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité

Présenté dans le cadre de la consultation générale de la Commission des affaires sociales
sur le document concernant les services de santé intitulé
« Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité »

Mars 2006

Conseil permanent de la jeunesse

Ce mémoire a été adopté par les membres du Conseil permanent de la jeunesse lors de la 142^e séance, le 31 mars 2006.

Les membres du Conseil permanent de la jeunesse sont : Sophie Paquet, présidente, Hélène Dumais, vice-présidente, Cindy Allaire, Julie Beauvilliers, Marie-Soleil Cloutier, Vincent Gaudreau, Frédéric Hamelin, Julie Harnois, Paul Huynh, Félix Joyal-Lacerte, Élyse Lachance, Maxime Lavoie, Romy Manigat et Pascal Nobécourt.

Supervision

Sophie Paquet
Hélène Dumais

Recherche et rédaction

Lorraine Fournier
Bernard Marier

Révision

Danielle Gagnon
Francine Griffith

Production et édition

Valérie Benson

Avertissement

Sauf dans les cas où le genre est mentionné de façon explicite, le masculin est utilisé dans ce texte comme représentant les deux sexes, sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes.

Cette publication a été produite par le

Conseil permanent de la jeunesse

12, rue Ste-Anne, 2^e étage
Québec (Québec) G1R 3X2

Gouvernement du Québec
Dépôt légal – 2006
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-550-46827-9 (version imprimée)
ISBN 2-550-46828-7 (version PDF)

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

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. LES FONDEMENTS AUX ORIENTATIONS PRIVILÉGIÉES PAR LE CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE	3
1.1 LA RÉPONSE DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC À LA DÉCISION DE LA COUR SUPRÊME DU CANADA DANS L’AFFAIRE CHAOULLI	3
1.2 LES VALEURS ET LES PRINCIPES DU CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE	4
2. L’AMÉLIORATION DE L’ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS POUR RÉDUIRE LES DÉLAIS D’ATTENTE	6
2.1 LES COMMENTAIRES ET INTERROGATIONS DU CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE SUR LA PROPOSITION DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC.	6
2.2 LA GARANTIE D’ACCÈS AUX SERVICES	6
2.3 LES CLINIQUES SPÉCIALISÉES AFFILIÉES	7
2.4 LE RECOURS À L’ASSURANCE MALADIE PRIVÉE POUR DES SERVICES CIBLÉS DÉJÀ COUVERTS PAR LE RÉGIME PUBLIC	8
3. LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.	10
3.1 UNE HAUSSE DES TRANSFERTS	10
3.2 UN COMPTE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	11
3.3 UN RÉGIME D’ASSURANCE CONTRE LA PERTE D’AUTONOMIE.....	12
4. QUELQUES PROPOSITIONS DU CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE	14
CONCLUSION	19

INTRODUCTION

Par son jugement du 9 juin dernier dans la cause Jacques Chaoulli et George Zeliotis contre le procureur général du Québec et le procureur général du Canada, la Cour suprême permet aux Québécois de contracter des assurances privées pour payer des soins médicaux administrés par le secteur privé. Une brèche dans le système public de santé était créée.

Après avoir obtenu un sursis pour appliquer le jugement, le gouvernement du Québec réagit : il propose l'instauration progressive d'une garantie d'accès aux services dans le système public mariée à une ouverture au secteur privé dans le domaine de certaines chirurgies.

Présentée dans le document *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, cette solution fait présentement l'objet d'une consultation publique à laquelle désire participer le Conseil permanent de la jeunesse (CPJ). Organisme chargé de conseiller le ministre responsable de la jeunesse et premier ministre sur toute question relative à la jeunesse, le CPJ considère que les enjeux sont de taille puisqu'ils portent non seulement sur la solution à apporter à l'arrêt Chaoulli, mais également sur les enjeux du financement du système de santé et de services sociaux.

Ce document contient les commentaires et les recommandations du CPJ à ce sujet. Dans un premier temps, il présente les fondements aux orientations privilégiées par les membres : les valeurs et les principes de l'organisme y sont consignés. Dans un deuxième temps, le Conseil se prononce sur la proposition gouvernementale de garantie d'accès aux services et sur les moyens envisagés pour l'offrir. Suivent ensuite des remarques sur les enjeux du financement du système, puis les propositions du Conseil.

1. LES FONDEMENTS AUX ORIENTATIONS PRIVILÉGIÉES PAR LE CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE

1.1 LA RÉPONSE DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC À LA DÉCISION DE LA COUR SUPRÊME DU CANADA DANS L'AFFAIRE CHAOULLI

Le 9 juin 2005, deux dispositions législatives québécoises, interdisant la conclusion d'un contrat privé d'assurance pour des services de santé couverts par les régimes publics d'assurance maladie et hospitalisation, ont été invalidées par la Cour suprême. Ces mesures législatives furent jugées inconstitutionnelles.

L'affaire, initiée en 1997, fait référence aux appelants Chaoulli (le médecin) et Zeliotis (le patient) qui demandaient que soit levée l'interdiction de l'assurance privée pour les médecins non participants au régime. Leur demande s'appuyait sur le fait que les délais d'attente trop longs dans le système public, dans un contexte d'interdiction de l'assurance privée, mettaient en péril le droit à la vie et à la sécurité de l'individu.

La réponse du gouvernement à la décision de la Cour suprême a été rendue publique le 16 février dernier dans le document *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*¹. Selon son engagement devant la Cour suprême, le gouvernement du Québec doit annoncer ses premières mesures dès le printemps 2006. D'ici là, il a été prévu que l'option privilégiée par le gouvernement soit soumise à un processus de consultation en commission parlementaire débutant le 4 avril. Les personnes et les groupes intéressés à donner leur opinion avaient jusqu'au 24 mars pour déposer un mémoire.

Le Conseil permanent de la jeunesse est heureux de participer à ce processus de consultation en commission parlementaire. Les enjeux soulevés sont majeurs et devraient impliquer la participation du plus grand nombre au débat. Pour le Conseil, le système public de santé est plus que l'ensemble des services médicaux et hospitaliers, il est une composante importante d'un projet de société. Face au jugement de la Cour suprême et à la démarche entreprise par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Conseil tient à mettre en évidence que :

- Le jugement de la Cour suprême n'était pas unanime. Une majorité de quatre juges sur sept ont invalidé l'interdiction légale de souscrire à une assurance privée pour obtenir des soins assurés par le secteur public. Les trois juges dissidents ont rejeté la demande de Chaoulli en concluant que l'interdiction de l'assurance privée ne contrevenait ni à la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, ni à la Charte canadienne. L'affaire Chaoulli soulève l'épineuse question de la relation entre le pouvoir judiciaire et le pouvoir politique. En effet, le jugement de la Cour suprême implique des décisions politiques qui risquent d'avoir des impacts directs sur le système de soins et l'ensemble de la société québécoise.

¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, Février 2006, 63 pages.

- Depuis la poursuite intentée en 1997 par Chaoulli, la situation quant aux délais d'attente pour des services médicaux et hospitaliers semble s'être améliorée. C'est du moins ce qui ressort à la lecture du document de consultation présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Malgré le constat que des problèmes demeurent quant à l'accès aux services, le document de consultation démontre qu'il est possible, par une volonté politique et des interventions publiques, d'apporter des correctifs aux problèmes rencontrés par le système de soins, et cela, sans faire une ouverture à l'assurance maladie privée.
- Les délais relatifs à la consultation en commission parlementaire sont beaucoup trop restreints. Les personnes et les organisations n'ont pu bénéficier que de cinq semaines pour prendre connaissance et commenter la réponse du gouvernement du Québec à la décision de la Cour suprême. La situation, quitte à le répéter, représente pourtant un enjeu majeur pour la société québécoise et devrait, en conséquence, impliquer la participation du plus grand nombre à un débat mené avec rigueur et transparence.

1.2 LES VALEURS ET LES PRINCIPES DU CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE

Avant même de partager sa réflexion sur l'option privilégiée par le gouvernement du Québec, le Conseil tient à présenter les valeurs et les principes qui colorent son mémoire. Ainsi, le Conseil permanent de la jeunesse :

- Adhère, à l'instar du ministre de la Santé et des Services sociaux, aux valeurs d'universalité, d'accessibilité, d'équité, de qualité et d'efficacité qui doivent animer le système de santé québécois.
- Considère que le vieillissement de la population ne doit pas continuellement être invoqué comme l'une des causes potentielles d'une « explosion » des coûts des services de santé. Cela ne peut qu'être culpabilisant pour des personnes qui ont contribué et contribuent toujours au maintien et au développement du système public de soins. Le Conseil s'inscrit dans une perspective de solidarité intergénérationnelle où la préoccupation, quant à l'adaptation des services aux besoins, doit primer. Cela doit s'appliquer autant pour les personnes âgées, les adultes et les jeunes.
- Insiste sur le fait que le système de soins québécois n'est que l'une des composantes d'un système de santé. D'autres déterminants, autres que les services médicaux et hospitaliers, rendent compte de la santé et du bien-être d'une population (environnement physique, éducation, habitudes de vie, etc.).
- Juge que la socialisation des coûts du système de soins québécois est aussi un mécanisme de redistribution de la richesse collective. En ce sens, le système de soins est aussi un projet de société.

- Reconnaît que les populations les plus pauvres sont celles dont les indicateurs de santé sont les plus fragiles.
- Relève qu'une partie non négligeable des dépenses totales de santé sont déjà d'ordre privé. Cette proportion des dépenses privées a d'ailleurs augmenté de manière significative au cours des dernières décennies, passant de 21,8 % en 1975 à 31 % en 2005. De plus, en 30 ans, les dépenses privées en santé ont augmenté plus rapidement que les dépenses publiques (324 % versus 202 %)².
- Constate, selon de nombreuses études, qu'il n'est pas possible de conclure que la délivrance privée des services de santé soit plus efficace, plus équitable, plus économique et d'une plus grande qualité que ce qu'offre un système de soins public.
- Insiste sur l'importance d'une perspective de participation et de responsabilisation. Il faut que le citoyen soit informé et participe aux décisions concernant sa santé et son système de santé. Pour ce faire, l'État a la responsabilité de diffuser de manière transparente l'information sur le système de soins et de créer des lieux et des moments de participation citoyenne.
- Estime que l'amélioration de l'accès au système de soins ne réside pas dans la seule question du financement. Il faut également réfléchir à la manière de fournir des services en ne perdant pas de vue la finalité d'un système de santé qui est celle d'optimiser la santé et le bien-être d'une population.

² BÉLAND, F. *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2003 et INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2005*, Ottawa, 2005, Tableaux série B.

2. L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS POUR RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE

2.1 LES COMMENTAIRES ET INTERROGATIONS DU CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE SUR LA PROPOSITION DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC.

En réponse à la décision de la Cour suprême, le gouvernement du Québec a proposé un plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente. Ce plan est basé sur trois mécanismes : une garantie d'accès aux services, la mise en place de cliniques spécialisées affiliées et une ouverture ciblée au recours de l'assurance privée pour des services déjà couverts par l'assurance maladie publique.

2.2 LA GARANTIE D'ACCÈS AUX SERVICES

Le gouvernement propose d'instaurer une garantie d'accès pour des services où il existe des délais d'attente qui justifient une intervention. Cette garantie d'accès aux services serait introduite par étapes selon l'évolution de la disponibilité des ressources humaines et financières.

Le document de consultation décrit un fonctionnement relativement détaillé pour la garantie d'accès à des services précis, soit ceux des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. Ce sont ces services chirurgicaux qui ont été identifiés dans un premier temps et qui font notamment l'objet de la proposition gouvernementale.

Le processus suggéré structure, en quelque sorte, l'attente du patient. Des délais précis sont définis et le recours à diverses possibilités pour l'obtention du service chirurgical est spécifié. Ainsi, de l'inscription du patient sur une liste d'attente dans un établissement public jusqu'à six mois, c'est l'équipe spécifique rattachée à l'établissement qui prend en charge le processus. Entre six et neuf mois d'attente, l'équipe cherche à obtenir le service dans un autre établissement public de la région ou d'une autre région ou encore procède à l'achat du service dans une clinique spécialisée affiliée. Au-delà de neuf mois d'attente, l'équipe peut acheter le service dans une clinique privée de médecins non participants ou, voire même, envisager le recours aux services d'un établissement hors Québec ou hors Canada. Dans le cadre du fonctionnement de cette garantie d'accès, le régime public se chargerait du coût des services obtenus par le patient. Ainsi, le principe de « gratuité » demeure.

De plus, pour ces mêmes services chirurgicaux de la hanche, du genou et de la cataracte, le citoyen pourrait aussi recourir à une assurance privée pour avoir accès à des services fournis par une clinique privée de médecins non participants. Cette opportunité permettrait à ces patients de contourner le processus des délais d'attente décrits précédemment.

Enfin, le document de consultation précise qu'il ne serait pas possible « de s'assurer pour une chirurgie cardiaque, pour des traitements de radio-oncologie, qui doivent toujours bénéficier d'une garantie d'accès publique ».

Le Conseil permanent de la jeunesse estime que la garantie d'accès aux services représente un mécanisme pertinent, afin de structurer la prise en charge du patient par la mise en place de délais déterminés et l'identification de voies de recours à l'obtention du service requis par le patient. Le Conseil est également en faveur d'une prise en charge personnalisée du patient par une équipe spécifique d'un établissement public.

Cependant, le Conseil permanent de la jeunesse fait certains constats à la lumière des informations révélées par le document de consultation, et s'interroge sur les implications futures de l'introduction de certaines modalités associées à la garantie d'accès aux services.

- Au-delà des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, le document de consultation précise que d'autres services pourraient s'ajouter à la liste. Dans cette perspective, la garantie d'accès aux services nous apparaît comme une brèche permettant un élargissement éventuel du secteur privé dans la délivrance de services de santé couverts par le régime public.
- Après les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, quels seront les prochains services ciblés? Le document de consultation mentionne que les chirurgies liées au cancer seraient également visées.
- La garantie d'accès aux services ciblés représente aussi une garantie d'un quota de services délivrés pour les entreprises privées. Les cliniques spécialisées affiliées pourront ainsi s'assurer d'un certain contingent de services afin de garantir leur rentabilité.
- Les efforts investis par le milieu hospitalier à se mobiliser pour répondre à la garantie d'accès pour des services précis ne risquent-ils pas d'hypothéquer la délivrance d'autres services?

2.3 LES CLINIQUES SPÉCIALISÉES AFFILIÉES

Le plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente prévoit le recours à des cliniques spécialisées affiliées. Celles-ci font partie intégrante des recours identifiés pour réaliser la garantie d'accès aux services décrits précédemment. Ces cliniques, dont la gestion et la propriété sont privées, établiraient des ententes avec des centres hospitaliers publics afin de leur fournir des services où les frais seraient assumés entièrement par l'État. Ces cliniques représentent donc un exemple de partenariat public privé (PPP).

Le Conseil permanent de la jeunesse se questionne sur la faisabilité de la mise sur pied de telles cliniques ainsi que sur les conséquences potentielles de l'implantation de ce nouveau partenaire au sein du système de santé québécois.

- Le document de consultation précise que la création des cliniques spécialisées affiliées ne doit pas priver les établissements publics de ressources humaines spécialisées. Cependant, dans le contexte actuel d'une pénurie d'effectifs médicaux et infirmiers, comment peut-on planifier la mise sur pied de telles cliniques sans un impact sur la disponibilité des services en milieu hospitalier? La création de telles cliniques est-elle actuellement envisageable?
- Le coût des services des cliniques spécialisées affiliées serait déterminé par entente selon les normes du réseau public. Ainsi, c'est notamment au volume de services fournis que ces cliniques pourront assurer et mesurer leur rentabilité. N'y a-t-il pas là un facteur stimulant à la production de services? Cela pose la question de la sécurité et de la qualité des services et de leur intégration au sein du réseau public. De plus, de quelle manière sera assurée l'absence de conflits d'intérêts entre les acteurs des milieux hospitaliers et des cliniques spécialisées affiliées? Par exemple, les médecins qui pratiquent en milieu hospitalier pourront-ils être également des actionnaires des cliniques spécialisées affiliées?
- Pour créer des cliniques spécialisées affiliées, le volume de services ne sera vraisemblablement pas atteint en région. Cette solution ne semble donc pas contribuer à l'amélioration de l'accessibilité géographique aux services.
- Dans le document de consultation, on mentionne que les « cliniques spécialisées affiliées devraient fournir des services exclusivement (ou principalement) pour les besoins des établissements affiliés ». Que signifie le fait de fournir des services **principalement** pour les établissements affiliés? Qui sont les autres bénéficiaires potentiels des services des cliniques spécialisées affiliées? La clinique pourra-t-elle répondre également aux clients des assureurs privés? Si tel est le cas, y aura-t-il des différences dans la gestion des deux ordres de demandes d'accès aux services? De plus, sera-t-il possible qu'une clinique spécialisée affiliée s'associe à une clinique privée de médecins non participants au régime public?

2.4 LE RECOURS À L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE POUR DES SERVICES CIBLÉS DÉJÀ COUVERTS PAR LE RÉGIME PUBLIC

Voici, ici, la levée de l'interdiction pour un citoyen d'obtenir une assurance privée pour des services déjà couverts par le régime public. Rappelons que cette levée de l'interdiction est limitée, dans un premier temps, aux seuls services des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. D'autres services pourraient, par la suite, être déterminés.

Le document de consultation précise que l'achat de services serait limité aux cliniques privées où pratiquent des médecins non participants au régime public. Le gouvernement se réserverait également la possibilité de contrôler le nombre de médecins autorisés à pratiquer dans le secteur privé ainsi que d'interdire une tarification des services fournis supérieure à celle prévue par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Le Conseil permanent de la jeunesse s'interroge sur les implications potentielles de cette levée, même limitée, de l'interdiction pour le citoyen de contracter des assurances privées pour des services précis.

- La garantie d'accès au service prévoit que dépassé un délai de neuf mois, il serait possible de recourir à une clinique privée, voire même à un établissement hors Québec ou hors Canada dont les frais seraient entièrement assumés par l'État. Dans ce contexte, on peut supposer que le citoyen sera plus ou moins intéressé à contracter une assurance privée pour les interventions précises identifiées précédemment. Mais, qu'en sera-t-il d'autres services dont on ne connaît pas encore la teneur? Les citoyens risqueront-ils d'attendre neuf mois ou même six mois pour avoir accès à d'autres types de services?
- L'achat par le gouvernement de services privés offerts par des médecins non participants après neuf mois d'attente du patient ne contrevient-il pas à l'idée promue par le document de consultation de maintenir une étanchéité entre le système public et privé? Après tout, il s'agit de la possibilité pour des médecins non participants au régime public de fournir des services pour le système public.
- L'achat d'une assurance maladie privée serait-elle déductible d'impôt?
- Cette ouverture au secteur privé n'est-elle pas susceptible d'engager davantage les services de santé dans une logique marchande, et de stimuler la production de services dans un contexte de développement technologique qui créera des besoins et des pressions sur les services offerts par le gouvernement?

3. LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.

Le dernier chapitre du document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* traite des enjeux du financement du système de santé et de services sociaux.

Si le gouvernement ne privilégie pour l'instant aucune avenue particulière pour assurer la pérennité du système, il identifie cependant trois moyens, déjà proposés par le rapport Ménard³, marquant ainsi ses préférences sur l'ensemble des solutions mises de l'avant par le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec mis sur pied en décembre 2004.

Le Conseil permanent de la jeunesse formule, dans cette partie du mémoire, des commentaires sur chacun de ces moyens et avance, à son tour, quelques idées susceptibles d'alimenter le débat sur cette question.

3.1 UNE HAUSSE DES TRANSFERTS

Le rehaussement des transferts provenant du gouvernement canadien est la première solution envisagée par le gouvernement québécois afin d'assurer la pérennité du financement du système de santé et de services sociaux.

Peu de Québécoises ou de Québécois s'objecteront à une telle démarche de leur gouvernement. Les chiffres sont éloquentes : alors que le fédéral affiche un excédent budgétaire de neuf milliards de dollars après les dix premiers mois de son année financière, le Québec boucle pour sa part son budget 2005-2006 avec une dette de 118,2 milliards de dollars, soit 15 551 \$ par habitant. Alors que le gouvernement fédéral consacrait 23,2 % de ses revenus aux transferts aux provinces en 1993-1994, il n'en consacrait plus que 19,9 % en 2004-2005, nous apprend le Rapport Ménard.

Les paiements de transferts doivent être revus, la péréquation ajustée, le déséquilibre fiscal une fois pour toutes réglé. S'il est impensable de léguer aux générations futures une dette de cette ampleur, il n'est guère plus souhaitable de perpétuer une entente qui voit un partenaire s'enrichir et l'autre s'appauvrir. Pour le Conseil permanent de la jeunesse, il est clair que les surplus engrangés au niveau fédéral doivent être redistribués aux provinces. Il encourage, en ce sens, le gouvernement québécois non seulement à poursuivre, mais à redoubler ses efforts afin de récupérer du fédéral des sommes qui lui sont dues.

Créée par le gouvernement Chrétien en avril 2001, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanov) recommandait, dans son rapport, que le gouvernement fédéral s'engage à financer au moins 25 % du coût des services de santé

³ COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations. Rapport et recommandations*, Québec, 2005, 145 pages.

assurés, en vertu de la Loi canadienne sur la santé, au plus tard à compter de 2005-2006. Actuellement, la contribution du gouvernement canadien au financement des services de santé se chiffre à 22 % des dépenses des provinces à ce domaine. L'Accord sur la santé de septembre 2004, garantissant au Québec 4,2 milliards de dollars en transferts fédéraux sur six ans, est certes un gain intéressant pour le Québec. Ce gain ne doit pas être considéré comme une fin en soi, mais comme le début prometteur d'une recherche d'un équilibre fiscal nécessaire à l'évolution de tous les partenaires d'un pacte fédératif.

3.2 UN COMPTE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

La deuxième proposition mise de l'avant par le gouvernement afin d'assurer la pérennité du financement du système est la mise en place d'un compte santé et services sociaux. Il s'agit là, également, d'une solution faisant partie des recommandations du *Rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec*.

C'est par souci de transparence en matière de financement des services de santé et afin d'illustrer le lien direct entre les coûts de ces services et leur financement qu'une telle mesure est mise de l'avant. À coût nul, elle vise essentiellement à extraire le secteur de la santé et des services sociaux du Fonds consolidé du gouvernement pour en faire un compte à part, assurant ainsi une plus grande transparence au regard des entrées et des sorties des sommes d'argent y étant affectées.

Le Conseil permanent de la jeunesse se réjouit du souci de transparence manifesté par l'État à l'égard de son plus gros poste budgétaire. Il ne peut certes pas reprocher à l'administrateur de vouloir présenter aux contribuables, et ce, de façon claire, l'origine des sommes dévolues au système de santé du Québec et les services qui en découlent. Il s'interroge cependant sur la nature et sur la finalité même de l'exercice proposé.

Ainsi, est-il nécessaire de créer un tel compte séparé, visible, afin de convaincre la population de l'importance des sommes consacrées aux services de santé alors que le discours sur le budget s'ouvre sur la santé, toujours au sommet des priorités gouvernementales, et que ne s'écoule pas une journée sans que les coûts du système soient mis en exergue par les politiciens ou les médias d'information? La création d'un compte séparé pour la santé n'aura-t-elle pas pour effet de « susciter une comparaison entre les citoyens et alimenter une attitude individualiste à l'égard d'un bien public » comme l'ont mentionné certaines personnes lors d'un débat sur le sujet organisé par *l'Institut du Nouveau Monde* en 2005⁴ ? Un tel exercice comptable n'aura-t-il pas pour effet de geler dans une enveloppe plus du tiers du budget de la province, restreignant ainsi la possibilité d'effectuer des transferts d'un poste budgétaire à un autre ou d'un ministère à un autre lorsque le dictent notamment l'urgence ou la nécessité?

⁴ L'INSTITUT DU NOUVEAU MONDE. *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*, sous la direction de Michel Venne, Montréal, Fides, 2005, 95 pages.

Le Conseil permanent de la jeunesse ne doute pas de la bonne foi du gouvernement dans son désir d'offrir une plus grande transparence en matière de gestion des fonds consacrés au système de santé. Toutefois, il craint que la création d'un Compte santé et services sociaux n'entrouvre la porte à un exercice comptable davantage caractérisé par la recherche de l'équilibre entre les revenus et les dépenses que par les soucis d'universalité, d'équité et d'efficacité caractérisant actuellement le système. De plus, la création d'un tel compte ne représente-t-elle pas le premier pas vers la création d'une agence de la santé qui, s'éloignant encore plus du contrôle gouvernemental et parlementaire, déterminera son propre mode de gestion en fonction de règles qui lui sont propres?

3.3 UN RÉGIME D'ASSURANCE CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE

Le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité* ouvre la porte à une mesure de financement ciblée, également mise de l'avant par le Rapport Ménard, soit le régime d'assurance contre la perte d'autonomie. Cette *assurance-vieillesse*, comme la qualifient plusieurs analystes, consisterait en un régime distinct visant à rehausser les services liés à la perte d'autonomie et à faire face à l'enjeu d'équité intergénérationnelle, tout en assurant la pérennité de ces services.

Le Conseil permanent de la jeunesse est sensible à la nécessité de rehausser les services liés à la perte d'autonomie des personnes âgées. Il adhère, de plus, à la valeur d'équité intergénérationnelle invoquée par le document, valeur à laquelle il adjoint également celles d'universalité, de qualité et de solidarité. Il déplore toutefois le fait, qu'une fois de plus, la population plus âgée semble devenir le prétexte à l'identification d'une autre source de revenus nécessaire à la pérennité du financement des soins de santé au Québec.

Aurait-on oublié de prendre en compte que ces coûts reliés à la perte d'autonomie sont déjà pris en charge, en grande partie, par les aînés eux-mêmes qui contribuent, notamment, aux frais encourus par leur séjour en centre d'hébergement et de soins de longue durée? Ne passe-t-on pas sciemment sous silence le fait que « bien qu'il y ait une concentration des coûts de santé lors des deux dernières années de vie, les patients qui décèdent à 95 ans coûtent quatre fois moins cher que ceux qui meurent à 65 ans »⁵? N'omet-on pas de dire que les hypothèses sur le vieillissement de la population ne sont ... qu'hypothèses, que le taux de dépendance des années 1950 était supérieur à celui qui est prévu pour les années 2050⁶ et que les projections de l'Institut de la statistique du Québec indiquent que la composition du groupe à charge changera d'une majorité de jeunes, qu'il était il y a 30 ans, à une majorité de personnes âgées au cours des prochaines décennies⁷? Ne serait-il pas de bon aloi de considérer que le taux de croissance du nombre de personnes âgées est constant depuis 1971

⁵ L'INSTITUT DU NOUVEAU MONDE, Op. cit. p.88.

⁶ Idem.

⁷ AMÉLIE QUESNEL-VALLÉE et LEE SODERSTROM. *Le vieillissement de la population québécoise : les implications pour le financement des services de santé.*

et que, avec les renseignements disponibles aujourd'hui, le taux de vieillissement au cours des 20 prochaines années sera semblable au rythme observé au cours des 30 dernières années?⁸

Avant de cibler une clientèle pouvant être à l'origine d'une hausse de coûts, il importe de s'assurer, sans l'ombre d'un doute, que tel en est bien le cas. De plus, il serait pertinent de considérer diverses solutions s'accrochant cette fois aux autres facteurs de la hausse des coûts, soit l'évolution des technologies et des médicaments et l'évolution des pratiques médicales et chirurgicales. Et au regard de ces deux autres facteurs, le document de consultation ne propose aucune mesure.

⁸ Idem.

4. QUELQUES PROPOSITIONS DU CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE

Le Conseil permanent de la jeunesse se permet, dans cette dernière étape, d'identifier quelques propositions dont certaines pourraient être explorées par le gouvernement afin d'assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux.

1. Reporter l'application du plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente

Afin d'atteindre ses objectifs, tout système doit pouvoir s'adapter aux nouvelles réalités qui le confrontent. Le système de santé du Québec ne fait pas exception à la règle. Depuis quelques années, le gouvernement a ainsi entrepris une réorganisation du travail et du réseau de la santé et des services sociaux. Le document de consultation à l'étude fait état des nombreuses avancées du système résultant de cet effort collectif. Le Conseil permanent de la jeunesse encourage le gouvernement du Québec à poursuivre son action. De plus, l'analyse faite par le Conseil du plan d'amélioration proposé suscite suffisamment d'interrogations et d'inquiétudes pour demander au gouvernement du Québec de reporter son application.

2. Procéder à une large consultation sur l'avenir du système de santé québécois

Les enjeux soulevés par la proposition gouvernementale quant à l'organisation du système de santé et à son financement sont suffisamment importants pour qu'une consultation plus large soit planifiée. Les personnes et les organismes intéressés n'ont bénéficié que de cinq semaines pour analyser et commenter la réponse du gouvernement du Québec à la décision de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli. Le Conseil permanent de la jeunesse suggère au gouvernement du Québec d'entreprendre une large consultation sur l'avenir du système de santé québécois.

3. Lutter contre la pauvreté

Un nombre important d'études réalisées dans différents pays a établi le lien entre la position socio-économique et la santé. Une position socio-économique plus favorable est un déterminant majeur et positif de la santé et de l'intégration sociale. Le Conseil rappelle au gouvernement du Québec que l'amélioration de la santé et du bien-être des Québécois ne passe pas uniquement par la disponibilité des services médicaux et hospitaliers, il faut également travailler à réduire les inégalités socio-économiques. D'ailleurs, le Conseil comprend un système de soins public fort comme un moyen de redistribution de la richesse collective.

4. Augmenter la part du budget en santé aux services préventifs

Tout comme le premier chapitre du document de consultation l'énonce, le Conseil permanent de la jeunesse reconnaît, et cela, dans nombre de ses travaux, l'importance de la prévention. Difficilement quantifiable, il reste que la majeure partie des ressources investies actuellement dans le système de soins le sont pour les services médicaux et hospitaliers, traduisant ainsi une orientation plus curative que préventive. Le Conseil est d'accord avec les intentions du gouvernement du Québec d'accroître les efforts en prévention et réitère encore une fois sa demande d'augmenter les sommes allouées aux services de prévention et de promotion du bien-être.

5. Récupérer les sommes d'argent du gouvernement fédéral

Le Conseil permanent de la jeunesse convient, comme le ministre de la Santé et des Services sociaux, qu'il n'y a pas de solution miracle à l'augmentation des dépenses de santé et que le règlement du déséquilibre fiscal ne représente qu'une goutte d'eau par rapport à l'impasse du financement du réseau de la santé. Il importe cependant de poursuivre les efforts visant à récupérer, du gouvernement central, les sommes d'argent pouvant contribuer à assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. Personne ne reprochera au gouvernement provincial de tenter de recouvrer, par tous les moyens possibles, des sommes d'argent qui lui sont dues.

6. Surseoir à l'idée de créer un fonds spécifique à la santé

Le Conseil permanent de la jeunesse est catégorique : en aucun cas, le désir de transparence d'une administration financière ne devrait entraîner le recours à une logique marchande ou progresser vers la création d'une agence ou d'une société d'État, sans qu'une vaste consultation, lucide et éclairée, ne se tienne et sans que des garanties explicites ne soient formulées au regard du contrôle parlementaire d'une administration soustraite aux règles, normes et procédures régissant actuellement le Fonds consolidé du Québec.

7. Ne pas instaurer un régime d'assurance contre la perte d'autonomie

Le Conseil permanent de la jeunesse demande au gouvernement de ne pas instaurer une mesure de financement ciblée, comme le régime d'assurance contre la perte d'autonomie. Il semble d'ores et déjà douteux que le vieillissement de la population soit le principal facteur d'une hausse anticipée et difficilement contrôlable du coût des services de santé au Québec. De plus, plusieurs études démontrent que la croissance de l'utilisation des services per capita serait davantage responsable de l'augmentation des coûts que le vieillissement même de la population.

8. Explorer la voie coopérative dans la prestation des services de santé

La voie coopérative est assurément une avenue que l'État devrait considérer au chapitre de la prestation et du financement des soins de santé au Québec. Au service de l'économie, les coopératives s'inscrivent en partenaire de l'État depuis une quinzaine d'années déjà au chapitre de la prestation des services de santé. Certaines coopératives médicales réussissent, par exemple, adroitement à attirer des professionnels de la santé en milieux délaissés, contribuant ainsi au mieux-être d'une population bien ancrée dans sa région. Une étude approfondie de ces modèles coopératifs pourrait permettre au gouvernement d'en favoriser la multiplication, répondant notamment aux besoins signalés en matière de maintien et de soins à domicile pour les personnes âgées. En plus de favoriser l'implication et la responsabilisation des membres, de telles coopératives contribueraient assurément à la pérennité des soins de santé et de services sociaux.

9. Revoir la répartition des rôles et des tâches entre les professionnels de la santé

Encore une fois, le Conseil permanent de la jeunesse félicite le gouvernement du Québec, dans ces récents efforts, afin de redéfinir le partage des tâches entre les infirmières et les médecins. Le Conseil salue également l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne. Il faut poursuivre cet exercice de révision quant à la répartition des rôles et des tâches entre les différents professionnels de la santé. Pour le Conseil permanent de la jeunesse, il est clair que certains actes médicaux auraient intérêt à être pratiqués par du personnel infirmier, réduisant à la fois les délais et les coûts relatifs à de telles opérations. Il est temps que le gouvernement du Québec et les différentes associations ou corporations professionnelles du monde de la santé entreprennent de sérieux pourparlers visant à faire de l'interdisciplinarité un autre levier d'une gestion efficiente du système québécois.

10. Évaluer la surconsommation ou la surprescription des médicaments pour les personnes âgées

Les données relatives au coût des soins de santé au Québec révèlent que les dépenses de l'assurance médicaments sont devenues les dépenses qui augmentent le plus rapidement. Le Rapport Ménard nous apprend, par exemple, que celles-ci évoluent avec un rythme de croissance du plus du double de celui des autres programmes du secteur⁹. Parallèlement à ce constat, la problématique de surconsommation de médicaments (particulièrement chez les personnes âgées) est fréquemment évoquée. L'Association canadienne de gérontologie aborde franchement le sujet de consommation excessive de certaines classes de médicaments par les personnes âgées. Plus près de nous, le Conseil des aînés établissait, dans un avis de 2005, que l'usage des médicaments tend à croître avec l'âge, soulignant toutefois la situation paradoxale entre les propos relatifs à une consommation abusive et la réticence des aînés à prendre leurs médicaments. Face à cette situation et aux coûts engendrés par la consommation de médicaments, le Conseil permanent de la jeunesse considère qu'il serait urgent d'entreprendre une étude sérieuse et approfondie de ce sujet. Il y va de la santé de la population québécoise et de la pérennité du système.

11. Intensifier la recherche évaluative sur les coûts et bénéfices des nouvelles technologies en santé

Le potentiel des nouvelles technologies médicales, incluant les développements au niveau de la pharmacopée, est impressionnant. Celles-ci ont permis notamment d'entreprendre un virage ambulatoire en diminuant les durées d'hospitalisation. De plus, elles ne sont pas sans avoir contribué à réduire les souffrances par l'utilisation de procédés moins agressifs. Toutefois, les développements technologiques ne permettent pas toujours de réduire les coûts du système de santé. Bien souvent, c'est la logique de production qui prend le pas sur la logique de santé. Ainsi, de nouvelles technologies plus coûteuses s'ajoutent aux anciennes pour augmenter le volume de services offerts.

Comme le mentionnaient des chercheurs de l'Université de Montréal, « l'enjeu est de s'assurer que les nouvelles technologies qui s'ajoutent aux anciennes ou les remplacent sont susceptibles d'améliorer les résultats et sont fiables à la fois sur le plan de leurs propriétés techniques, de leur efficacité clinique, de l'efficacité économique, de leurs impacts organisationnels et social¹⁰ ».

⁹ COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QC, Op. cit. p.31.

¹⁰ CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ-PIERRE, JEAN-LOUIS DENIS, CARL-ARDY DUBOIS. *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*, Rapport présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, novembre 2000.

Le Conseil permanent de la jeunesse, en appui aux idées citoyennes retenues lors du Rendez-vous stratégique de l'Institut du Nouveau Monde sur la santé¹¹, suggère que le mandat de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé soit renforcé¹².

¹¹ L'INSTITUT DU NOUVEAU MONDE, Op. cit. p.91.

¹² Créée au mois de juin 2000, l'Agence a notamment pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les instances décisionnelles du système de santé québécois au moyen de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, notamment par l'évaluation de leur efficacité, de leur sécurité, de leurs coûts, et du rapport entre ces coûts et cette efficacité, de même que par l'évaluation de leurs implications éthiques, sociales et économiques.

CONCLUSION

Souhaitant fournir une réponse à l'arrêt de la Cour suprême, le document Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité n'en soulève pas moins bon nombre de questions. Par son mémoire, le Conseil permanent de la jeunesse a voulu attirer l'attention du législateur et de la population sur certaines d'entre elles.

Les valeurs d'universalité, d'accessibilité, d'équité, de qualité et d'efficacité ayant guidé son raisonnement, le Conseil s'interroge, dans un premier temps, sur tout l'aspect de garantie d'accès aux services. Il constate, à cet égard, que les balises d'une telle modalité sont floues, que le projet d'implantation de cliniques spécialisées affiliées est peu défini et que les implications potentielles de la levée de l'interdiction pour un citoyen d'obtenir une assurance privée pour les services déjà couverts par le régime public sont nombreuses.

Dans un deuxième ordre d'idées, le CPJ doute de la pertinence et de la finalité de certains moyens à caractère financier mis de l'avant afin d'assurer la pérennité des services de santé au Québec. S'il convient d'une nécessaire hausse des transferts provenant du gouvernement fédéral en matière de santé, il se questionne cependant sur la pertinence de la création d'un compte santé et services sociaux de même que sur la mise en place d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie. Pour le Conseil, tous les facteurs de la hausse des coûts doivent être pris en compte dans la recherche d'une solution au problème et aucun changement à l'actuelle structure de financement des soins ne devrait être envisagé sans une consultation large et de solides garanties.

Finalement, le mémoire formule quelques propositions pouvant être explorées par le gouvernement afin d'assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux.

Aux yeux du Conseil permanent de la jeunesse, le débat sur cette question cruciale pour les jeunes doit être lancé, car ceux-ci considèrent que toute garantie d'accès aux services ne devrait, en aucun cas, représenter une brèche garantie dans les principes et les valeurs qui sont leurs propres.