

**MÉMOIRE**  
**DE LA CONFÉDÉRATION**  
**DES ORGANISMES DE PERSONNES**  
**HANDICAPÉES DU QUÉBEC**  
**(COPHAN)**

**PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES**

**SUR LE LIVRE BLANC *GARANTIR L'ACCÈS***

***UN MIRAGE À DISSIPER***  
***D'AUTRES CHOIX***  
***À PROPOSER***

**MARS 2006**

## TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉSENTATION DE LA COPHAN .....	1
2. RAPPEL DU CONTEXTE	
La portée du jugement Chaoulli .....	1-2
Adoption du Plan décennal pour améliorer les soins de santé, <i>entente</i> <i>asymétrique</i> pour le Québec .....	3
Bilan présenté par le Québec à l'égard du plan décennal, automne 2005.....	3-6
3. SURVOL DU CONTENU DU LIVRE BLANC, DANS SON ENSEMBLE .....	7
4. COMPRENDRE LA PROPOSITION DU LIVRE BLANC CONCERNANT LA RÉDUCTION DES DÉLAIS D'ATTENTE	
4.1 Un discours qui se veut rassurant .....	8-9
4.2 La proposition gouvernementale de garantie d'accès .....	10
Le mécanisme de mise en application de la proposition .....	10
Le fonctionnement du mécanisme .....	10-11
La proposition relative à l'amélioration de l'accès à l'imagerie diagnostique .....	12
Les critères de détermination des services visés par la garantie d'accès .....	12-14
Les modalités prévues concernant l'encadrement du recours aux cliniques privées où pratiquent des médecins non participants.....	14-15
5. POUR UN MÉCANISME DE GARANTIE D'ACCÈS AXÉ SUR LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX .....	15-16
Pourquoi se tourner vers le secteur privé alors que le secteur public a fait ses preuves .....	16-19
Services visés par la garantie d'accès.....	19-21
Gestion des listes d'attente.....	22
6. RÉACTIONS AUX AUTRES CATÉGORIES DE PROPOSITIONS DU LIVRE BLANC : PRÉVENTION ET FINANCEMENT.....	23
Services préventifs.....	23-24
Financement du système de santé et des services sociaux .....	24-26
CONCLUSION .....	26
RECOMMANDATIONS.....	27-28

## 1. Présentation de la COPHAN

La COPHAN a pour mission la défense collective des droits des personnes ayant des limitations fonctionnelles, de tous âges, et leurs proches, pour une inclusion sociale pleine et entière. Elle regroupe quarante-deux organismes et regroupements régionaux et nationaux de personnes ayant des limitations fonctionnelles, présents dans toutes les régions du Québec. Elle rejoint toutes les limitations fonctionnelles : motrices, organiques, neurologiques, intellectuelles, visuelles, auditives, troubles d'apprentissage, parole et langage et santé mentale. Parmi ses organismes membres, certains abordent des problématiques plus spécifiques : accès aux études postsecondaires, tourisme, travail, accessibilité architecturale et habitation, aide aux victimes d'actes criminels à caractère sexuel, loisir.

La COPHAN intervient dans les secteurs d'activités de notre société qui touchent tous les aspects de la vie des personnes ayant des limitations fonctionnelles, dans une perspective d'inclusion sociale<sup>1</sup> :

l'habitation, la santé et les services sociaux, l'éducation, le transport, le travail, le développement de la main-d'œuvre, la justice, la sécurité du revenu, l'aide juridique, la fiscalité, la culture, le loisir, etc.

## 2. Rappel du contexte

### La portée de jugement Chaoulli

Rappelons brièvement que la Cour suprême a rendu un jugement en juin 2005 qui invalide les dispositions législatives québécoises interdisant de recourir à l'assurance privée pour obtenir des soins et services privés qui sont par ailleurs déjà offerts par le système public.

Les deux articles visés par ce jugement sont l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* et l'article 11 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation*:

**15.** *Nul ne doit faire ou renouveler un contrat d'assurance ou effectuer un paiement en vertu d'un contrat d'assurance par lequel un service assuré est fourni ou le coût d'un tel service est payé à une*

---

<sup>1</sup> Si jusqu'à récemment, la stratégie à l'égard des personnes ayant des limitations fonctionnelles a été celle de l'intégration, la COPHAN privilégie la voie de l'inclusion pleine et entière. L'intégration consiste à introduire un nouvel individu ou un nouveau groupe à une collectivité. La collectivité est déjà formée et l'individu qui cherche à s'intégrer doit s'y adapter. L'inclusion vise plutôt à former dès le départ la collectivité afin que tout le monde puisse y participer et avoir un libre accès à toutes ses activités en fonction des besoins de chacun.

*personne qui réside ou est réputée résider au Québec ou à une autre personne pour son compte, en totalité ou en partie....*

**11.** *Nul ne doit faire ou renouveler un contrat ou effectuer un paiement en vertu d'un contrat par lequel*

- a) un service hospitalier compris dans les services assurés doit être fourni à un résident ou le coût doit lui en être remboursé;*
- b) l'hospitalisation d'un résident est la condition du paiement; ou*
- c) le paiement dépend de la durée du séjour d'un résident comme patient dans une installation maintenue par un établissement visé dans l'article 2...*

Pour invalider cette interdiction de recours à des assurances privées, la cour suprême s'est essentiellement appuyé sur deux éléments : l'existence de délais d'attente déraisonnables portant atteinte au droit à la vie et à l'intégrité de la personne et le fait qu'il existait d'autres moyens que cette interdiction pour préserver notre système public de santé : l'interdiction pour les médecins non participants d'être rémunérés par le système public et la parité tarifaire entre les médecins participants et les non-participants.

Le gouvernement du Québec ne peut laisser ce jugement sans réponse mais il est clair néanmoins qu'il a le choix des réponses. En effet, la Cour suprême a elle-même indiqué que :

- ❑ *« Le gouvernement a certes le choix des moyens mais il n'a pas celui de ne pas réagir devant la violation du droit à la sécurité des Québécois. Le gouvernement n'a pas motivé son inaction. L'inertie ne peut servir d'argument pour justifier la déférence. »* (Paragraphe 97 du jugement)
- ❑ *« (...) bien qu'elle puisse être constitutionnelle dans des circonstances où les services de santé sont raisonnables tant sur le plan de la qualité que sur celui de l'accès en temps opportun, l'interdiction de souscrire une assurance maladie privée ne l'est pas lorsque le système public n'offre pas de services raisonnables. »* (paragraphe 158 du jugement)

Depuis le moment de l'introduction de ce dossier devant l'appareil judiciaire, le gouvernement du Québec s'est engagé dans une série d'interventions en vue de redresser la situation des délais d'attente et, certains résultats ont été enregistrés en ce sens. De l'avis de plusieurs, il est raisonnable de croire que la Cour pourrait aujourd'hui juger la situation différemment.

Voyons certains de ces progrès et les solutions qui ont été adoptées pour les obtenir.

## **Adoption du Plan décennal pour améliorer les soins de santé, *entente asymétrique* pour le Québec**

En septembre 2004, dans le cadre de la Conférence sur la santé, les premiers ministres ont adopté un plan décennal fédéral-provincial-territorial commun ayant pour objectif principal l'accès en temps opportun à des soins de qualité mettant l'emphase sur une meilleure gestion des temps d'attente et sur la réduction des temps d'attente qui dépassent un délai médicalement acceptable.<sup>2</sup>

Les provinces conviennent alors de se concentrer avant tout sur les domaines suivants : oncologie, cardiologie, imagerie diagnostic, arthroplasties de la hanche et du genou, restauration de la vue (cataracte), accès à des professionnels de la santé.

À l'issue de cette Conférence, les premiers ministres du Québec et du Canada ont pour leur part signé une entente bilatérale, l'*entente asymétrique* pour le Québec, qui prévoit que la province appliquera son propre plan de réduction des temps d'attente en accord avec les objectifs, les normes et les critères établis par les autorités québécoises appropriées.<sup>3</sup> Le Québec reconnaît par ailleurs dans cette entente qu'il souscrit globalement aux objectifs et aux principes généraux énoncés dans le plan commun adopté par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux.

L'entente établit que le Québec fera rapport à la population québécoise sur les résultats obtenus dans la mise en œuvre objectifs recherchés.

### **Bilan présenté par le Québec à l'égard du plan décennal, automne 2005**

À l'automne 2005, le Québec a rendu public son *Bilan des progrès accomplis à l'égard de l'entente bilatérale intervenue à l'issue de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la santé de septembre 2004*.<sup>4</sup> Le Québec y a identifié comme domaines ciblés les mêmes que ceux identifiés dans le plan décennal fédéral-provincial-territorial, à l'exception semble-t-il de l'objectif visant l'accès aux professionnels de la santé.

---

<sup>2</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, en ligne [http://www.scics.qc.ca/cinfo04/80004\\_f.pdf](http://www.scics.qc.ca/cinfo04/80004_f.pdf)

<sup>3</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*, en ligne [http://www.scics.qc.ca/cinfo04/800042012\\_f.pdf](http://www.scics.qc.ca/cinfo04/800042012_f.pdf)

<sup>4</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Bilan des progrès accomplis à l'égard de l'entente bilatérale intervenue à l'issue de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la santé de septembre 2004*, en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Le *Bilan des progrès accomplis* fait état d'une série d'actions entreprises par le Québec qui se sont soldées par une diminution importante des délais d'attente dans les domaines du cancer, du cœur, l'ajout de ressources matérielles en l'imagerie médicale et une importante augmentation des volumes d'opération en chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. Ces résultats sont aussi tout particulièrement mis en lumière dans Livre blanc qui reprend en bonne partie certaines données du bilan :

- ❑ *Réduction marquée des listes d'attente en cardiologie tertiaire : entre 2002 et 2005, diminution de 40,6% du nombre de personnes en attente d'un cathétérisme diagnostique et d'une angioplastie, et diminution de 35% en chirurgie cardiaque*
- ❑ *Diminution importante des délais d'attente au-delà de huit semaines pour les traitements de radio-oncologie depuis mars 2003. Ils sont passés de 206 – tous types de cancer confondus – au 31 mars 2003, à quatre cas, au 27 janvier 2006. Il faut souligner qu'aucune personne atteinte du cancer du sein n'attend, à ce jour, plus de huit semaines pour recevoir les traitements de radiothérapie requis par son état. Les cas de cancer de la prostate en attente depuis plus de huit semaines sont également en très forte diminution, avec quatre cas au 27 janvier 2006, qui concernent tous des patients ayant refusé de recevoir le traitement requis dans un centre de radiothérapie autre que celui qu'ils fréquentaient*
- ❑ *Diminution importante pour les délais d'attente au-delà de quatre semaines dont les données sont recueillies depuis juin 2005. Alors qu'au 3 juin 2005, 201 patients atteints de cancer étaient en attente de traitement depuis plus de quatre semaines, ils n'étaient plus que 53 au 27 janvier 2006, dont 15 patients ayant refusé de recevoir le traitement requis dans un autre centre que celui qu'ils fréquentaient déjà. Plus globalement, le nombre de personnes en attente de traitements de radio-oncologie diminue progressivement chaque semaine depuis juin 2005.*

(...)

*Entre 2002-2003 et 2004-2005 :*

- ❑ *Le nombre de patients opérés pour une chirurgie de la cataracte a augmenté de 16,5%, soit de 9 358 patients*
- ❑ *Le nombre de patients opérés pour une arthroplastie du genou a augmenté de 23%, soit de 959 patients*

- Enfin, le nombre de patients opérés pour une arthroplastie de la hanche a augmenté de 9,6%, soit de 377 patients.<sup>5</sup>

Il faut particulièrement souligner que ces résultats sont liés à des investissements réalisés dans le secteur public ainsi qu'à une révision de la gestion des ressources du réseau. Tel que mentionné dans le *Bilan des progrès accomplis*, on y apprend en effet que :

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a procédé à l'octroi de 18,4 millions \$, en mai 2005, pour l'ajout de trois salles de chirurgie cardiaque à l'Institut de cardiologie de Montréal. Le MSSS a également soutenu la modernisation de deux salles d'hémodynamie pour un total de 22 millions \$ en cardiologie tertiaire à l'Institut de cardiologie de Montréal<sup>6</sup>
- En radio-oncologie : on a procédé à la mise en place de corridors de services inter établissements pour les patients en attente de plus de 8 semaines, ce qui a permis, en 2004-2005, à environ 300 patients de plus d'être traités dans les délais maximum s d'attente. En terme d'investissements supplémentaires le MSSS a fait l'ajout de 3 millions \$ afin d'autoriser le travail en temps supplémentaire dans les centres de radio-oncologie. On souligne également le développement de la curiethérapie prostatique au CHUM ce qui permet de traiter 100 patients de plus par année, les projets visant à augmenter d'ici 2008 le parc d'équipement de radiothérapie ce qui devrait se traduire par une hausse de traitement de 6000 patients d'ici l'année 2006-2007.<sup>7</sup>
- Dans le domaine de l'imagerie médicale, le MSSS signale l'ajout d'appareils en résonance magnétique, en tomodynamométrie et en tomographie.<sup>8</sup>

Dans le domaine des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, le *Bilan des progrès accomplis* ainsi que le Livre blanc font état de l'augmentation du nombre de patients opérés sans toutefois fournir d'indications sur ce qui a été fait pour augmenter le nombre de patients opérés.

---

<sup>5</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, en ligne : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), page 33

<sup>6</sup> supra note 3, page 6

<sup>7</sup> Idem, page 7

<sup>8</sup> Idem, page 8

Or, là aussi, c'est à même le réseau public que les solutions ont été trouvées. En effet, comme l'indiquait récemment<sup>9</sup> le Dr Yves Dugré, président de la Fédération des médecins spécialistes, à Montréal, où des hôpitaux dédiés aux chirurgies de la hanche, du genou et des cataractes, ont été mis sur pied, le nombre de chirurgies a bondi respectivement de 53%, 68% et 29 %. *« tout cela en raison des millions investis pour libérer plus de salles d'opération, plus de médecins, plus de personnel, et concentrer certaines chirurgies dans les hôpitaux plus performants et moins coûteux »*. Selon le Dr Dugré : *« La plupart des listes d'attente qui restent concernent des domaines où il y a soit des pénuries d'effectifs, soit une pénurie de ressources financières. La seule vraie réponse à ces problèmes, ce ne sont pas des assurances privées, ce sont des investissements publics plus importants pour ouvrir plus de salles d'opération. »*

Autre élément intéressant, de l'avis de spécialistes tel que le professeur François Béland, professeur titulaire en administration de la santé à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, les progrès enregistrés *« sont suffisants pour ébranler la logique sur laquelle s'articule le jugement de la Cour suprême pour invalider les articles prohibant le recours à l'assurance privée au Québec. »*<sup>10</sup> En effet, selon une étude parue en février 2006 de Statistiques Canada sur l'accès aux soins de santé au Canada : *« Les temps d'attente médians pour les interventions chirurgicales non urgentes ont diminué de moitié au Québec, passant de presque neuf semaines en 2003 à quatre semaines en 2005 »*.<sup>11</sup>

Est-il nécessaire de rappeler ici que la Cour suprême n'a pas donné l'ordre au Québec d'instaurer un régime parallèle privé de santé. Elle a déclaré invalide deux dispositions interdisant le recours aux assurances privées lorsque les usagers ne pouvaient avoir accès à des soins requis en temps opportun, sans porter atteinte à leur vie et à l'intégrité de leur personne. Le Québec serait largement justifié d'y répondre en soumettant à la Cour les moyens mis en place pour garantir que *« les services de santé sont raisonnables tant sur le plan de la qualité que sur celui de l'accès en temps opportun. »*

---

<sup>9</sup> *Le Devoir*, samedi, 4 février 2006, page A 7

<sup>10</sup> Idem

<sup>11</sup> Statistiques Canada, *Accès aux services de soins de santé au Canada, Janvier à juin 2005*, en ligne [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca), page 8



### 3. Survol du contenu du Livre Blanc, dans son ensemble

Le Livre blanc soumet à la consultation trois catégories de propositions<sup>12</sup> :

- ❑ La poursuite d'orientations prises en matière de services préventifs, services de première ligne et services médicaux et hospitaliers
- ❑ Une proposition de réponse au jugement de la Cour suprême dans l'arrêt Chaoulli
- ❑ Un questionnement sur les enjeux liés au financement de notre système de santé et de services sociaux.

Il est important de soulever ces autres éléments de propositions qui sont soumis à la consultation, en plus de la réponse que le gouvernement entend donner au jugement de la Cour suprême. En effet, ceux-ci sont peu présents dans le débat porté sur la place publique actuellement, alors qu'ils soulèvent d'importants enjeux, principalement en matière de financement de notre système de santé et de services sociaux.

À l'instar de plusieurs autres organismes nous sommes d'avis que :

**(Recommandation 1)** *Le volet de consultation portant sur le financement de notre système de santé et de services sociaux doit être retiré du processus de consultation actuel pour être reporté ultérieurement afin de permettre la tenue d'un réel débat sur cette question fondamentale.*

L'essentiel de notre mémoire portera en conséquence sur la proposition de réponse au jugement Chaoulli. Toutefois, nous avons convenu de faire quelques commentaires, notamment en ce qui concerne les services préventifs. Nous reviendrons également très brièvement sur les propositions relatives au financement de notre système de santé et de services sociaux, ne serait-ce que pour signaler l'importance des enjeux soulevés et la nécessité de reporter cette partie de la consultation à un moment ultérieur. Nous ferons état de ces commentaires à la section 6 de notre mémoire.

---

<sup>12</sup> Supra, note 4, page 8

## 4. Comprendre la proposition du Livre blanc concernant la réduction des délais d'attente

### 4.1 Un discours qui se veut rassurant

Le gouvernement laisse entendre que sa volonté est de maintenir un système public fort, dans la préservation des valeurs et des acquis qui le caractérisent. Il entend ainsi préserver et améliorer notre système public et universel de santé et de services sociaux et compte s'inspirer des *progrès réalisés, dans le respect des principes d'accessibilité et d'universalité de notre système public*. C'est dans cette perspective qu'il entend, nous dit-il, répondre au jugement de la Cour suprême<sup>13</sup>.

Il affirme que la solution proposée en est une qui est « *axée avant tout sur l'amélioration de l'accès aux services médicaux et hospitaliers publics.* »<sup>14</sup>

Il ajoute néanmoins que cela se fera en permettant au secteur privé d'y jouer un rôle : « *(...) le gouvernement réagit à la décision de la Cour suprême en instaurant progressivement une garantie d'accès aux services dans le système public mariée à une ouverture au secteur privé dans le domaine de certaines chirurgies courantes* »<sup>15</sup>.

Puis, se tournant vers les usagers, il se fait rapidement rassurant en indiquant que l'achat de services par le public dans le privé se fera sans frais pour les utilisateurs<sup>16</sup>.

Dès le départ, la proposition se veut rassurante mais le caractère contradictoire de ces quelques éléments ne sont pas sans soulever de questions. En effet, comment, en demandant au privé de répondre à la demande, le gouvernement peut-il en même temps prétendre qu'il renforcera le système public ?

Le Livre blanc cite par ailleurs plusieurs des arguments qui ont été avancés par plusieurs, avant sa sortie, afin de convaincre le gouvernement de ne pas favoriser le développement d'un réseau privé parallèle de services de santé<sup>17</sup> : risque de drainage des ressources humaines du réseau public, augmentation de la demande pour certains services financés publiquement, protection insuffisante de la

---

<sup>13</sup> Supra note 4, page 5

<sup>14</sup> Idem, page 34

<sup>15</sup> Supra note 4, page 3

<sup>16</sup> Idem, page 8

<sup>17</sup> Idem, pages 36 et suivantes

couverture d'assurance privée, problèmes d'accessibilité et d'équité pour les personnes à faible revenu, pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles, etc., écarts dans la répartition territoriale des ressources privées, difficultés de contrôle de la qualité des services privés. En référant à ces arguments le gouvernement laisse entendre qu'il en aura tenu compte pour formuler ses propositions...mais est-ce vraiment le cas?

Enfin, le Livre blanc identifie différentes options, allant de l'ouverture minimale au privé à une « *approche de quasi marché des services de santé* ». <sup>18</sup>

Puis, il indique que l'alternative qu'il propose vise à réduire les impacts négatifs d'une large ouverture à l'assurance privée et à protéger l'intégrité du système public :

- ❑ en maintenant le principe de l'étanchéité entre les services à financement public et ceux à financement privé
- ❑ en introduisant des balises dans le but d'encadrer la pratique médicale
- ❑ en contrôlant la migration potentielle de médecins qui désireraient quitter le système public
- ❑ et en assurant le soutien du système privé au système public si les délais d'attente devenaient excessifs. <sup>19</sup>

Là encore, le gouvernement semble avoir retenu quelques-unes des propositions qui ont été avancées dans l'attente de la sortie du Livre blanc, dans la perspective de protéger notre système public de santé et de services sociaux. Cependant, nous verrons que l'étude de la proposition gouvernementale révèle très clairement que ces garanties ne sont pas étanches. La proposition met en péril certaines des assises fondamentales du système public de santé et des services sociaux, par l'introduction du privé dans la prestation des soins de santé, en lui assurant de surcroît une garantie de volume d'interventions chirurgicales.

---

<sup>18</sup> Idem, page 43

<sup>19</sup> Idem, page 44

## 4.2 La proposition gouvernementale de garantie d'accès

Cette proposition repose principalement sur quatre éléments :

- la garantie d'accès à l'intérieur de délais fixés pour des services déterminés par règlement (cas électifs), en commençant par les chirurgies de la cataracte, du genou et de la hanche
- l'introduction de cliniques spécialisées affiliées privées pouvant répondre à un premier dépassement des délais d'attente maximum déterminés pour les cas électifs
- le recours à des cliniques privées avec médecins non participants lorsque survient une deuxième étape de dépassement des délais maximum
- l'ouverture à l'assurance privée duplicative pour des interventions ciblées (les mêmes que celles faisant l'objet de garanties d'accès), à l'exclusion de la chirurgie cardiaque, les traitements en radio-oncologie qui devront toujours bénéficier d'une garantie d'accès publique.

### **Le mécanisme de mise en application de la proposition**

Le Livre blanc nous dit que le mécanisme doit se mettre en place progressivement, faire l'objet d'une évaluation sur une période de 5 ans pour être ensuite étendu à d'autres types d'interventions<sup>20</sup>. Ce n'est pas le modèle proposé qui sera évalué semble-t-il mais plutôt la possibilité de l'élargir à d'autres types de chirurgies.

Le gouvernement doit d'abord statuer sur un délai clinique adéquat. En l'occurrence pour les chirurgies visées en orthopédie et ophtalmologie ce délai a été déterminé à 6 mois, soit le délai reconnu par le milieu scientifique. Ce délai est un maximum qui ne peut se substituer au délai recommandé par le clinicien pour chacun des cas<sup>21</sup>. Pour les chirurgies liées au cancer : les délais sont à définir.

### **Le fonctionnement du mécanisme**

La personne doit d'abord consulter un médecin généraliste qui le réfère ensuite à un médecin spécialiste. Celui-ci prescrira, le cas échéant, suite à l'établissement du diagnostic, une chirurgie faisant

---

<sup>20</sup> Supra, note 4, page 49

<sup>21</sup> Idem, page 48

l'objet de la garantie d'accès. C'est à partir de ce moment que la personne est inscrite sur une liste d'attente et que la garantie d'accès s'applique (jour 1). Cela implique que tous les délais en amont sont exclus du calcul des délais et donc, de la garantie d'accès aux services requis en temps opportun, ce qui exclut les délais pour obtenir une consultation d'un médecin généraliste, une consultation d'un médecin spécialiste, les examens et les résultats de ces examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic et à la prescription d'une intervention.

Si, après 6 mois d'attente elle n'a pas subi l'intervention prescrite, la personne peut être transférée à un autre établissement public de sa région ou d'une autre région ou encore être référée à une clinique spécialisée affiliée privée. La proposition n'indique toutefois pas clairement si le médecin qui pratiquera la chirurgie sera obligatoirement un médecin participant au régime public<sup>22</sup>.

Après 9 mois d'attente, elle sera référée à un établissement hors Québec ou hors Canada, ou à une clinique privée et ce sera le gouvernement qui assumera la facture. Le Livre blanc indique cette fois clairement que la chirurgie qui sera effectuée dans une clinique privée le sera par un médecin non participant au régime public d'assurance maladie.

Parallèlement, les personnes qui seront couvertes par une assurance privée pourraient obtenir la chirurgie à leurs frais, dans une clinique privée, dès que le diagnostic est établi. Il est à noter que dans ces cas, le Livre blanc prévoit que l'assureur privé devrait couvrir la totalité de l'épisode de soins, incluant la réadaptation et le soutien à domicile<sup>23</sup>. Il faut souligner cependant que cet énoncé n'est pas impératif et il n'est pas clairement établi non plus par quelle voie cette obligation pourrait leur être faite : contractuelle ou réglementaire ou autre ?

---

<sup>22</sup> Idem, page 48 et 49. Voir également l'encadré de la page 49

<sup>23</sup> Idem, page 50

## **La proposition relative à l'amélioration de l'accès à l'imagerie diagnostique**

Le Livre blanc prévoit deux types de mesures un peu contradictoires, l'une visant l'amélioration de l'accès dans le réseau public et l'autre dans le secteur privé, financé par le public :

- Résonance magnétique : ajout de nouveaux appareils dans le réseau et accroissement de la disponibilité des plages horaires
- Services d'échographie : accroître l'accès par l'achat de services pour les intervenants de première ligne dans les cliniques privées. Ces services seront financés par le public. <sup>24</sup>

On peut à tout le moins s'interroger sur le soutien offert par le public au développement d'un secteur privé dans les services d'échographie.

## **Les critères de détermination des services visés par la garantie d'accès**

Soulignons ici à grands traits que le Livre blanc établit très clairement que la garantie d'accès ne s'appliquera qu'à des groupes de services offerts en milieu hospitalier. Les critères de détermination sont ainsi formulés :

- L'importance des problèmes, leur impact sur la santé et la qualité de vie des personnes
- L'importance des listes d'attente
- La disponibilité des données probantes sur les délais acceptables
- La durée des délais d'attente au-delà des normes reconnues
- L'ampleur des volumes de production requis
- La disponibilité des ressources pour assurer la garantie de services (la faisabilité).<sup>25</sup>

C'est le ministre qui aura le pouvoir et la responsabilité de déterminer quels services seront visés. Le tout sera adopté par voie réglementaire, comme mentionné précédemment.

---

<sup>24</sup> Idem, pages 50 et 51

<sup>25</sup> Idem, page 45

Aucun mécanisme de participation citoyenne n'est prévu à ce chapitre alors que chacun de ces critères mérite en soi de faire l'objet de débat sur la place publique. Il faut en effet se demander quel sera l'impact du mécanisme de garantie d'accès sur les coûts et ou le financement qui sera par la suite dévolus à tous les autres domaines de notre système de santé et services sociaux non couverts par les garanties d'accès : il y a un risque sérieux de vacuum des ressources vers certains types de services couverts par la garantie d'accès.

Soulignons qu'il s'agit de cliniques privées qui concluront des ententes de services avec un ou des établissements hospitaliers publics. Ce n'est donc pas le MSSS qui verra à la conclusion de ces ententes et rien n'indique que celui-ci établira un cadre de référence à respecter. On mentionne que les ententes devraient également comprendre la continuité de l'épisode de soins par le réseau public (réadaptation et services à domicile).

Bien que le Livre blanc indique que ces cliniques doivent fournir elles-mêmes le capital requis, il indique également que les services fournis par ces cliniques seront remboursés en incluant les frais d'utilisation de l'équipement. Fait à souligner, rien ne laisse prévoir que ces ententes de services seront rendues accessibles au public ce qui compromet la transparence du mécanisme de garantie d'accès proposé. Rien n'indique non plus que les médecins qui pratiqueront les interventions dans ces cliniques dans le cadre du mécanisme de garantie d'accès seront des médecins participants au régime public.

Aussi, il faut noter que le Livre blanc décrit le concept des CSA en ayant recours à des verbes tels que devraient et seraient, ce qui laisse à entendre que les éléments de définition tels qu'ils y sont énoncés pourraient être différents au bout de la ligne. Or, parmi les éléments de la définition, on retrouve celui qui concerne les coûts standards en vertu desquels les CSA seraient remboursés pour les services fournis au réseau public.<sup>26</sup> Nous sommes encore une fois éloignés du discours de présentation qui indiquait notamment que la parité de la tarification serait de mise, comme étant l'un des moyens d'assurer l'intégrité de notre système public.

Par ailleurs, le Livre blanc ne donne aucune balise visant à assurer que le mécanisme de référence des usagers du secteur public, dont les délais d'attente sont dépassés, sera placé à l'abri de toute source possible de conflits d'intérêts. Le Livre blanc ne fournit non plus aucune explication précise quant aux mécanismes de contrôle sur les

---

<sup>26</sup> Idem, page 49

coûts et les tarifs réclamés au public pour les services fournis par les CSA, les mécanismes de contrôle quant à la sécurité, la qualité des services, les mécanismes de contrôle d'un point de vue démocratique, les mécanismes de plaintes, les mécanismes de protection des renseignements personnels. Le Livre blanc n'indique aucune règle visant encadrer tout problème éthique et à assurer la transparence dans la mise en place et le fonctionnement de ces CSA qui pourront bénéficier d'un mécanisme de garantie de référence des usagers du public vers leurs salles d'opérations.

De plus, le Livre blanc ne donne aucune précision sur les territoires d'implantation des CSA alors que l'expérience de projets similaires a démontré que ces cliniques, pour être rentables, s'installent en milieu urbain, afin d'avoir accès à un bassin de population leur assurant le seuil de rentabilité attendu par les actionnaires. Il est à craindre en conséquence une certaine disparité territoriale d'accès aux CSA.

### **Les modalités prévues concernant l'encadrement du recours aux cliniques privées où pratiquent des médecins non participants**

Pour assurer l'étanchéité entre les systèmes public et privé, élément qui doit en principe préserver le réseau public du drainage de ses ressources professionnelles vers le privé, le Livre blanc évoque à ce sujet:

- ❑ L'exclusivité de la rémunération du médecin, rendant impossible à un médecin d'être à la fois participant et non participant mais s'empresse d'ajouter que ce serait pour certains cas
- ❑ Le plafonnement du nombre de médecins autorisés à pratiquer dans le secteur privé assujetti à la nécessité de protéger les ressources nécessaires au secteur public
- ❑ Le plafonnement de la tarification

Le Livre blanc dit bien toutefois que ces conditions pourraient être maintenues ou introduites plutôt que seront maintenues ou introduites pour limiter le nombre de médecins non participants et assurer l'étanchéité entre les systèmes public et privé. Nous sommes, encore ici, loin d'un énoncé formel contenant suffisamment d'informations de nature à confirmer le discours de présentation de la proposition gouvernementale. En fait nous sommes devant une proposition qui contredit ce discours.



Tout au long de la présentation de sa proposition de garantie d'accès, le gouvernement fait de son mieux pour se faire rassurant. Les détails de la proposition nous livrent toutefois un portrait bien différent. En effet, l'étanchéité entre les services à financement public et ceux à financement privé n'est pas si claire, l'exclusivité de la rémunération du médecin participant ou non-participant ainsi que la parité tarifaire entre ces deux groupes ne sont pas non plus des règles aussi formellement protégées qu'auparavant, dans certains cas. La proposition n'offre pas les garanties nécessaires à la protection de notre système public, elle propose plutôt le renforcement du secteur privé par le secteur public.

## **5. Pour un mécanisme de garantie d'accès axé sur le renforcement du système public de santé et de services sociaux**

Personne ne viendra remettre en question la nécessité, pour le gouvernement, d'agir afin de réduire les délais d'attente et permettre l'accès, en temps opportun, aux services de santé et aux services sociaux. Le droit à la santé est, selon l'ONU, un droit global dans le champ duquel entrent, en plus des facteurs déterminants de la santé, le droit à la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun de façon à garantir à chacun, sur un pied d'égalité la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible. Le droit à la santé, selon l'ONU, comprend aussi un autre aspect très important : celui de la participation de la population aux prises de décisions en matière de santé.<sup>27</sup>

La COPHAN est certes en accord avec la mise en place d'un mécanisme de garantie d'accès mais ce mécanisme doit offrir la garantie d'accès, non seulement à des soins de santé, mais également aux services sociaux appropriés en temps opportun de façon à garantir à chacun, sur un pied d'égalité la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible. Ce mécanisme de garantie d'accès doit aussi prévoir la participation de la

---

<sup>27</sup> Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale no 14*, Doc. N.U., E/C.12/2000/4 (2000), paragraphes 8 à 12. Cette définition découle de l'article 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* auquel le Québec a adhéré en 1976, qui s'énonce comme suit:

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :
  - a) La diminution de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;
  - b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle
  - c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;
  - d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

population aux prises de décisions concernant la mise en œuvre de ce mécanisme et son impact sur la réalisation du droit à la santé pour tous et toutes.

Or, pour les motifs qui vont suivre, la COPHAN et ses membres sont d'avis que :

**(Recommandation 2)** *Tout mécanisme de garantie d'accès doit être dissocié de tout mécanisme proposant une référence systématique au privé et doit plutôt reposer sur les ressources et des solutions axées sur le renforcement de notre système public de services de santé et de services sociaux ce qui implique qu'il faut plutôt s'orienter vers les solutions suivantes proposées par un ensemble d'organismes membres de la Coalition solidarité santé :*

- ❑ *améliorer la gestion et la coordination des listes d'attente ;*
- ❑ *optimiser l'utilisation des équipements du réseau public ;*
- ❑ *revoir l'allocation budgétaire dans la santé et les services sociaux afin de mieux répondre aux besoins de la population ;*
- ❑ *renoncer à ouvrir la porte aux assurances privées ;*
- ❑ *créer des cliniques affiliées publiques ;*
- ❑ *donner au réseau public de santé et des services sociaux les moyens de fournir à la population tous les services médicalement et socialement requis.*

### **Pourquoi se tourner vers le secteur privé alors que le secteur public a fait ses preuves**

Pour quels motifs faudrait-il en effet se tourner vers le secteur privé (cliniques spécialisées affiliées et cliniques privées) alors que le MSSS a mis en œuvre une série d'interventions ciblées dans le réseau qui ont permis de réduire, de son propre avis, les délais d'attente dans certains domaines dont la cardiologie, le traitement contre le cancer, les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte ? Et d'ailleurs, par quelle logique pourrait-on nous convaincre qu'il vaut mieux dépenser dans le privé plutôt que dans le public, surtout lorsqu'on nous sert l'argument que les coûts seront de même niveau?

En plus de réclamer le renforcement des services de première ligne, le groupe *Médecins pour l'accès à la santé* a signalé par exemple que le MSSS pourrait, au lieu de choisir de se tourner vers des cliniques spécialisées affiliées privées, choisir plutôt de concentrer ses efforts en vue d'augmenter la

capacité de certains centres de chirurgies ambulatoires comme celui du centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, lequel pourrait voir sa capacité augmenter de 30 %.<sup>28</sup>

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) rapporte un exemple intéressant de recherche de solutions visant à réduire les délais d'attente reposant sur une meilleure gestion du travail, observé dans la région de Toronto : « Grâce à des changements apportés à l'horaire des rendez-vous et aux pratiques d'orientation vers des spécialistes, à l'adoption de normes de rendement ainsi qu'à une meilleure communication interdisciplinaire, les temps d'attente totaux pour les patients atteints de cancer du poumon ont chuté de 71%. Il a fallu apporter des changements à plusieurs étapes du processus d'évaluation et de diagnostic ». <sup>29</sup>

D'autres exemples sont également rapportés par la Coalition solidarité santé : le Trillium Health Center en Ontario, centre spécialisé public identifié comme étant le plus important en Amérique du Nord, de même que la clinique sous contrôle public du Winnipeg Regional Health Authority.

Comment prétendre que l'on vise l'amélioration de l'accès aux services médicaux et hospitaliers publics en proposant de s'appuyer sur le privé lorsque les délais sont dépassés? Pourquoi érige-t-on en système de sous-traitance formalisé à même des ententes de services, ce qui, au pire, ne devrait être qu'un recours exceptionnel lorsque les délais de garantie de traitement sont dépassés?

Pourquoi n'a-t-on pas prévu un mécanisme de verrou plutôt qu'un mécanisme de sous-traitance, qui évaluerait sur une base annuelle, les ressources qui ont manqué dans le public et qui aurait eu pour effet que certains cas auraient été référés à des ressources autres que public, défrayées par le public? Ceci afin d'injecter par la suite les ressources nécessaires dans le public plutôt que dans le privé à long terme ou encore afin d'identifier les problèmes relatifs à une meilleure gestion des ressources humaines et matérielles du réseau public. Manifestement, il est permis d'y voir la volonté de soutenir l'intérêt des promoteurs de cliniques privées à but lucratif en leur accordant une garantie de clientèle et de rentabilité. Il est clair en effet que la proposition du Livre blanc vise l'introduction des PPP dans la prestation même des soins de santé, étape qui n'avait pas encore été franchie jusqu'à maintenant.

---

<sup>28</sup> Voir à ce propos le communiqué de presse émis par le groupe de médecins, le 9 mars 2006. *Les Médecins pour un accès à la santé* regroupe 125 médecins, résidents et étudiants en médecine de diverses régions du Québec.

<sup>29</sup> Institut canadien de l'information sur la santé, *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, 2006, page 18

Par ailleurs, en ouvrant ainsi à un système de sous-traitance dans le privé, le MSSS assujettit une partie des services de santé aux accords de libéralisation des marchés publics qui imposent aux organismes publics et aux ministères ayant sous-traité une fois pour des services, des produits ou des travaux de construction avec le secteur privé, de continuer de le faire sous peine de poursuite pour perte éventuelle de profits. Cette opération risque fort de se solder par une plus grande marchandisation des services et soins de santé et une perte de contrôle citoyen sur les services publics qui doivent permettre la réalisation du droit à la santé pour tous et toutes.

Enfin, rappelons qu'en août dernier, des médecins du Royaume-Uni ont adressé au Québec une mise en garde sévère quant à l'idée de recourir au privé, faisant un constat douloureux du choix du privé dans leur pays. Dans une lettre publiée le 16 août dernier, ils font le bilan suivant :

*« la privatisation a miné le système public de santé. Les coûts ont grimpé radicalement, la qualité des services est menacée et les jeunes chirurgiens manquent d'occasions de formation parce qu'un grand nombre de chirurgies sont sous-traitées dans des centres privés. (...) Les soins en cliniques privées sont plus chers parce qu'il en coûte davantage pour emprunter dans le secteur privé et parce que les actionnaires réclament des profits. (...) L'augmentation des dépenses gouvernementales n'a produit que des retombées modestes à cause des effets négatifs de la commercialisation. »*<sup>30</sup>

Quant au recours à l'assurance privée duplicative, est-il nécessaire de rappeler encore une fois que cette avenue ne peut être retenue. Tel que l'indique un rapport de l'OCDE<sup>31</sup>, l'assurance maladie privée est un obstacle à la performance d'un système de santé et pose des problèmes considérables d'équité et de maîtrise des coûts.

Il est clairement démontré que l'assurance privée n'est pas ouverte aux personnes à faible revenu pas plus qu'aux personnes qui sont atteintes de maladie chroniques ou qui ont des limitations fonctionnelles, ou qui vivent ou ont vécu avec des problèmes de santé mentale. Soulignons de surcroît que la Charte québécoise ne rend pas illégale la discrimination que peuvent faire les compagnies d'assurance lorsque le motif qui la fonde constitue un facteur de risque, basé sur des données actuarielles.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Source : Coalition solidarité santé, Bulletin d'information de mars 2006, en ligne : [www.solidaritesante.qc.ca](http://www.solidaritesante.qc.ca) page 3

<sup>31</sup> Organisation de Coopération et de Développement Économiques, *L'Observateur OCDE*, novembre 2004

<sup>32</sup> Article 20.1 *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*

**(Recommandation 3)** *La COPHAN rejette la proposition qui a pour effet d'ériger un système de sous-traitance au privé dans les cas de dépassement des délais d'attente. Elle demande que la proposition gouvernementale n'en fasse plutôt qu'un recours exceptionnel comme ce fut le cas par le passé pour le traitement de certains cas de cancer et réclame un « mécanisme de verrou » qui évaluerait sur une base annuelle, les ressources qui ont manqué dans le public et qui ont eu pour effet que des cas auraient été référés à des ressources autres que public, défrayées par le public. Ceci afin d'injecter les ressources nécessaires dans le public plutôt que dans le privé à long terme ou encore afin d'identifier et corriger les problèmes relatifs à une meilleure gestion des ressources humaines et matérielles du réseau public.*

### **Services visés par la proposition de garantie d'accès**

On a pu constater que la proposition du Livre blanc exclut de la garantie d'accès, les délais d'attente pour consulter un médecin généraliste et délais attribuables à l'attente pour consulter un médecin spécialiste. Or, plusieurs centaines de milliers de Québécois et de Québécoises n'ont pas de médecins de famille. Et, en ce qui concerne les délais d'attente pour consulter un médecin spécialiste, l'ICIS indique que dans les cas des remplacements du genou et de la hanche, 30 % de l'attente moyenne totale s'écoulait avant le rendez-vous avec le chirurgien orthopédiste.<sup>33</sup>

La proposition du Livre blanc ne s'attaque pas aux principales sources des délais d'attente. En effet, selon Trottier, Contandriopoulos et Champagne du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'université de Montréal, ces délais sont dus à un manque de ressources humaines et matérielles. Ceux-ci ont fait valoir entre autres, lors du Colloque de l'Institut du Nouveau Monde (INM), *Le privé dans la santé ?*, en février 2006, que le ratio population par médecin au Québec, indique qu'il y a 30 % moins de médecins que dans les pays de l'OCDE.<sup>34</sup>

Les *Médecins pour l'accès à la santé* proposent également que soit considérée la durée d'attente pour accéder aux professionnels de la santé dans la mise en place de mécanismes devant permettre de réduire les délais d'attente et réclament pour cela une augmentation significative des ressources de première ligne. La COPHAN souscrit à cette revendication tel que précisé dans la recommandation 2 de notre mémoire.

---

<sup>33</sup> Idem, page 19

<sup>34</sup> Louise-Hélène Trottier, Ph.D., André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D., François Champagne, Ph.D., *Les délais d'attente dans le système de santé*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, en ligne [www.inm.qc.ca](http://www.inm.qc.ca)

Par ailleurs, la proposition du Livre blanc ne s'intéresse aucunement ni n'ouvre sur aucune perspective en ce qui concerne les services socialement requis ainsi que les soins de longue durée, les services à domicile, les services spécialisés et sur spécialisés en réadaptation, en santé mentale, en CHSLD.

Pourtant, les données fournies par l'Association des centres de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) et la Fédération des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (FCRDI) suffisent à elles seules à alerter sur la nécessité de considérer les services autres qu'hospitaliers comme devant faire l'objet d'une garantie d'accès dans une perspective de renforcement du réseau public.

L'AERDPQ signale en date du 6 février 2006, dans le communiqué qu'elle a émis lors de la sortie du Livre blanc, que près de 8 000 personnes de tout âge étaient en attente de services en réadaptation physique dont 3 000 enfants qui sont contraints d'attendre jusqu'à deux ans pour y accéder.

*Il est pourtant reconnu de longue date d'ailleurs qu'il faut intervenir le plus précocement possible auprès des personnes qui ont des limitations fonctionnelles (...) si l'on veut maximiser leurs capacités. Il est tout aussi admis que les services spécialisés et sur-spécialisés de réadaptation contribuent, de manière tangible et indéniable, à optimiser l'autonomie des personnes et, par conséquent, leur intégration dans la collectivité, leur participation à la société québécoise.*

Le MSSS a lui-même en main un document<sup>35</sup> répertoriant diverses études traitant des impacts des délais d'attente dans différents cas dont celui des enfants ayant une déficience motrice-cérébrale (0-12 ans), les enfants dysphasiques (0-18 ans), les adultes et aînés aphasiques suivant un accident vasculo cérébral, les enfants ayant une déficience auditive d'âge préscolaire, etc. Certes des démarches sont entreprises pour déterminer ce que devraient être les délais maximum d'attente en matière de services spécialisés en réadaptation, toutefois, la COPHAN juge inacceptable que le Livre blanc n'ouvre sur aucune perspective quant aux garanties d'accès dans ce domaine.

Même commentaire en ce qui concerne les listes d'attente en déficience intellectuelle. La FCRDI signale, en date du 16 mars 2006, que 1 444 personnes sont en attente de services en déficience intellectuelle et que 706 personnes ayant un trouble envahissant du développement sont en attente

---

<sup>35</sup> Normand Boucher, Patrick Fougeyrollas, Pascale Lévesque et Katia Roy, *Les délais d'attente en matière de réadaptation spécialisée, Les résultats de la recension des écrits*, IRDPQ/CIRRIS, 16 juin 2005

de services. Ces services visent les services de soutien, les services résidentiels et les services socioprofessionnels. Parmi ces personnes en attente d'accès à un premier service l'on retrouve des enfants de 0-4 ans qui doivent attendre 100 jours, des jeunes de 5-17 ans qui doivent attendre 276 jours, des jeunes de 18-21 ans qui attendent 301 jours, et des adultes dont l'attente se situe entre 544 jours (22-44 ans), 441 jours (45-64 ans) et 386 (65 ans et +). La courbe est sensiblement la même pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement.

On ne peut non plus passer sous silence les graves lacunes d'accès aux services à domicile dont souffrent à la fois les personnes qui ont des limitations fonctionnelles de tout âge ainsi que leurs proches et surtout le fait qu'il n'existe au MSSS aucune information sur les délais et listes d'attente pour ces services. Il semble de plus que lorsqu'une personne a accès à un certain nombre d'heures, même si ce nombre est insuffisant pour combler ses besoins, elle n'est pas considérée en attente par le réseau. Soulignons de surcroît que l'Outil d'évaluation multiclientèle qui sert à évaluer les besoins des personnes notamment en terme de services à domicile, de même que la nouvelle politique sur les services à domicile repose sur le principe que le résiduel est confié au réseau alors que l'essentiel est demandé aux proches...

Compte tenu de ce qui précède, la COPHAN est particulièrement inquiète de fait que le Livre blanc ne fasse pas état de ces problématiques, ni n'envisage de les considérer dans l'élargissement des services devant faire l'objet de garantie d'accès, étant entendu que pour nous, ces garanties d'accès doivent trouver réponse dans le réseau public. Nous nous inquiétons également de l'impact systémique que produira la mise en œuvre du mécanisme de garanties d'accès tel que prévu au Livre blanc sur le financement adéquat des services de longue durée et ceux qui sont socialement requis.

Il est donc très clair pour nous que la détermination des services couverts par un mécanisme de garantie d'accès détermination ne peut se faire par voie réglementaire, cette voie ne permettant pas de tenir de véritables débats publics alors que d'énormes enjeux sont en cause.

**Recommandation 4** *La proposition gouvernementale de garantie d'accès doit s'ouvrir à d'autres problématiques que celles des listes d'attente relatives aux services hospitaliers notamment en ce qui concerne les services à domicile, les services spécialisés et sur-spécialisés en réadaptation, les services socialement requis, étant entendu que ces garanties d'accès doivent trouver réponse dans le réseau public.*

## **Gestion des listes d'attente**

Plusieurs observateurs du milieu de la santé dont Trottier, Contandopoulos et Champagne font valoir, en ce qui concerne l'attente pour les services de médecins spécialisés, que cette attente est gérée de façon indépendante par chaque département hospitalier et par chaque médecin. Ils ont signalé que le processus manque de transparence et souligné l'absence d'imputabilité des gestionnaires et des professionnels qui gèrent ces listes d'attente.

Les *Médecins pour l'accès à la santé* proposent pour leur part l'implantation d'un système visant à améliorer la gestion et la surveillance des listes d'attentes afin d'identifier les problèmes majeurs d'accès aux soins.

À ce titre, l'ICIS fournit un ensemble d'éléments à considérer<sup>36</sup> :

- ❑ Se donner les moyens pour obtenir une information solide nécessaire à alimenter les débats et à prendre les décisions
- ❑ Élargir la collecte d'information à l'ensemble des secteurs
- ❑ Élargir la collecte d'information sur toutes les étapes menant à l'obtention du soin, traitement ou service : évaluation, diagnostic, traitement, convalescence, gestion d'une maladie chronique
- ❑ Tenir compte de l'évolution des délais
- ❑ Tenir compte de l'impact de ces délais sur l'état de la personne mais aussi sur sa famille, ses proches
- ❑ Assurer l'accès public à une information éclairée
- ❑ Analyser les données recueillies en vue d'identifier l'ensemble des facteurs responsables des délais
- ❑ Prévoir la mise en place d'un mécanisme coordonné, indépendant et transparent.

Nous ajoutons à ces éléments l'incontournable participation citoyenne à l'analyse des enjeux et aux prises de décisions qui concerne les orientations prises en matière de santé et des services sociaux.

**Recommandation 5** *Afin de garantir la plus grande transparence dans la gestion des listes d'attente et assurer à la population de prendre part aux décisions d'orientation portant sur cette gestion, le MSSS doit assurer la mise en place d'un mécanisme de gestion des listes d'attente qui adhère aux principes mis de l'avant par l'ICIS.*

---

<sup>36</sup> Supra note 20



## 6. Réactions aux autres catégories de propositions du Livre blanc : prévention et financement

Jusqu'à maintenant, les médias ont fait peu état de ces autres catégories de propositions du Livre blanc. Considérant les grandes lacunes qui perdurent dans les services préventifs d'une part et les enjeux de taille que soulèvent les questions sur le financement de notre système de santé et de services sociaux, nous ferons ici quelques commentaires à ce propos.

### Services préventifs

Le Livre blanc fait valoir les réalisations en faveur de la prévention et du bien-être des citoyens : campagne pour la promotion de saines habitudes de vie, resserrement de la Loi sur le tabac et abolition de la fumée dans les endroits publics, ajout de la vaccination gratuite contre la pneumocoque et contre la varicelle, plan d'action en santé mentale axé sur les services de première ligne et une prévention accrue.<sup>37</sup>

Le Livre blanc rappelle aussi les activités préventives prévues au *Programme national de santé publique 2003-2012* et qui restent à réaliser : informer la population sur les moyens à prendre pour se maintenir en santé, augmenter l'accès et la qualité des services préventifs, protéger la population en cas de menace à la santé, maintenir et créer des environnements physiques et sociaux sains.<sup>38</sup>

Malgré quelques passages rappelant que les facteurs individuels ne sont pas les seuls qui doivent être considérés, il ressort clairement que ce sont davantage ces facteurs qui sont mis à l'avant-scène et que l'action gouvernementale se limite dans les faits à responsabiliser les individus face à leur état de santé.

Or, le droit à la santé « doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit à un meilleur état de santé susceptible d'être atteint »<sup>39</sup>. Le droit à la santé se comprend dans un sens global incluant un ensemble d'éléments déterminants de la santé comme la nutrition, le logement, l'accès à l'eau potable, l'accès à l'éducation et à l'information relative à la santé. Il implique pour l'État l'obligation d'assurer la réalisation de ce droit en toute égalité et en conséquence, celui-ci doit garantir l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé tels qu'une

---

<sup>37</sup> Supra, note 4, page 11, voir l'encadré

<sup>38</sup> Idem, pages 14 et 15

<sup>39</sup> Voir l'*Observation générale no 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU*, Doc. N.U., E/C.12/2000/4 (2000), paragraphe 9.

alimentation suffisante et des conditions de vie et de logements adéquats. <sup>40</sup> L'État ne peut se contenter d'énoncer des politiques, il doit mettre en œuvre des mesures et des programmes, assurer un revenu suffisant pour combler les besoins essentiels et garantir l'accès à des logements adéquats.

Par ailleurs, les membres de la COPHAN sont des témoins de première ligne des lacunes des services préventifs concernant des problématiques plus spécifiques se rapportant aux personnes qui ont des limitations fonctionnelles. À ce titre, nous identifions deux volets spécifiques à la prévention : prévenir l'apparition et prévenir la dégradation. Il suffit de mentionner ici, le manque d'adaptation des services préventifs offerts à l'ensemble de la population à la réalité des personnes qui ont des limitations fonctionnelles, le manque de ressources en matière de détection précoce qui entraîne des retards irrattrapables dans certains cas et augmente les obstacles à l'inclusion sociale des personnes concernées. Aussi, nous dénonçons fortement l'insuffisance des ressources en matière de réadaptation spécialisée qui ont pour effet de favoriser l'aggravation de l'état de la personne ou de porter atteinte irrémédiablement au développement de l'enfant.

### **Financement du système de santé et de services sociaux**

Noyé un peu dans l'ensemble du Livre blanc, on retrouve dans sa dernière section un élément pourtant essentiel dans le débat à tenir sur l'avenir de notre système de santé : son financement. Il n'est pas approprié que le gouvernement lie les consultations sur la proposition de réponse à l'arrêt Chaoulli à des consultations qui portent de surcroît sur le financement de notre système de santé et de services sociaux, même si on nous propose que l'échange se fasse sur le mode réflexion<sup>41</sup>. Les enjeux sont trop importants pour que le débat ou la « réflexion » se fasse dans un tel contexte. (Voir à ce propos notre recommandation 1)

L'énoncé des trois avenues proposées pour « fin de réflexion » par le Livre blanc suffisent à elles seules d'illustrer notre propos :

- Le rehaussement des transferts du gouvernement fédéral
- La création d'un « compte santé et services sociaux »
- L'instauration d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie.

---

<sup>40</sup> Idem, paragraphes 11 et 36. Voir également différents travaux réalisés par le Conseil de la santé et du bien-être, notamment *L'analyse des impacts des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être*, 2004.

<sup>41</sup> Supra, note 4, page 53.

Rappelons toutefois, que la COPHAN a déjà par le passé, notamment dans le cadre des consultations de la Commission Clair, fait connaître son point de vue, encore d'actualité, sur quelques questions relatives au financement de notre système de santé et de services sociaux dont la possibilité de mise en place d'une caisse en cas de perte d'autonomie.

En voici quelques extraits.

L'insuffisance des ressources ne cesse de produire ses effets, quant à la réponse aux besoins de la population, et constitue, pour les personnes qui ont des limitations fonctionnelles, un facteur de discrimination systémique.

Là encore, dans ce volet soumis à la consultation de la population, la Commission Clair ne situe pas la question du financement du système de santé et de services sociaux dans une perspective globale. Aucun élément de réflexion ne nous est soumis en regard de la révision du système fiscal et des sources possibles de revenus que celui-ci pourrait générer dans une perspective de réelle distribution de la richesse. Aucun parallèle n'est fait permettant de comparer les subventions accordées à diverses entreprises en comparaison des investissements de l'État dans divers programmes sociaux.

De plus, parmi les scénarios concernés, aucun d'entre eux ne propose de s'attaquer aux deux postes qui contribuent dans une large part à l'accroissement des dépenses en santé, sans pour autant être des facteurs d'amélioration de la santé de la population : la rémunération à l'acte des médecins ainsi que le coût des médicaments.

(...)

Il nous est impossible de souscrire aux propositions concernant la baisse de la couverture ainsi que la contribution des personnes, puisque ces solutions ne peuvent se solder que par un bilan négatif en ce qui a trait à la santé de la population en général et plus spécifiquement en ce qui a trait aux conditions de vie des personnes qui ont des limitations fonctionnelles et des conditions d'exercice de leur droit à l'égalité, si on se réfère entre autres à l'impact des modifications qui ont été apportées aux programmes des aides techniques.

Par ailleurs, en ce qui concerne la proposition de création de régimes contributifs pour certains types de services comme les services à domicile, nous ne pouvons retenir une telle proposition qui semble s'apparenter à un régime "assurantiel". Ce type de régime peut avoir à long terme un effet discriminatoire pour les personnes dont l'ampleur des besoins ferait en sorte

qu'elles constitueraient un risque trop grand justifiant leur exclusion du régime. De plus, l'instauration d'un tel régime de même que le recours par le secteur public à toute forme de tarification constitueraient à nos yeux, le refus par l'État de reconnaître et de compenser les coûts supplémentaires liés aux limitations fonctionnelles.

Avant de rappeler que le financement de notre système de santé doit faire l'objet d'une consultation spécifique plutôt que d'être rattaché à une consultation qui porte sur la garantie d'accès aux services, ajoutons en dernier lieu que le Québec demeure en 2005, selon l'ICIS<sup>42</sup>, l'une des trois provinces avec l'Île-du-Prince-Édouard et la Colombie-Britannique à avoir enregistré les dépenses les moins élevées par habitant, soit 3 878 \$ (Québec), 4 132 \$ (Île-du-Prince-Édouard) et 4 317 \$ (Colombie-Britannique).

## **Conclusion**

### **Pour une véritable garantie d'accès dans tous les secteurs d'intervention de notre système de santé et services sociaux**

Le système public offre les moyens d'assurer la réalisation en toute égalité du droit à la santé pour tous et toutes. Les efforts qui ont été faits à l'intérieur du réseau public afin de réduire les délais d'attente dans le cas de certaines chirurgies démontrent que cela est possible sans avoir à « s'appuyer » sur le secteur privé. Ces efforts doivent aussi s'étendre non seulement aux services médicalement requis mais aussi aux services socialement requis, soit à l'ensemble des secteurs d'intervention de notre système de santé et services sociaux, comprenant notamment les services de soutien à domicile pour les personnes et leurs proches et les services spécialisée et sur-spécialisées de réadaptation.

---

<sup>42</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2005*, décembre 2005

## **Recommandations**

### **Recommandation 1**

*Le volet de consultation portant sur le financement de notre système de santé et de services sociaux doit être retiré du processus de consultation actuel pour être reporté ultérieurement afin de permettre la tenue d'un réel débat sur cette question fondamentale.*

### **Recommandation 2**

*Tout mécanisme de garantie d'accès doit être dissocié de tout mécanisme proposant une référence systématique au privé et doit plutôt reposer sur les ressources et des solutions axées sur le renforcement de notre système public de services de santé et de services sociaux ce qui implique qu'il faut plutôt s'orienter vers les solutions suivantes proposées par un ensemble d'organismes membres de la Coalition solidarité santé :*

- ❑ améliorer la gestion et la coordination des listes d'attente ;*
- ❑ optimiser l'utilisation des équipements du réseau public ;*
- ❑ revoir l'allocation budgétaire dans la santé et les services sociaux afin de mieux répondre aux besoins de la population ;*
- ❑ renoncer à ouvrir la porte aux assurances privées ;*
- ❑ créer des cliniques affiliées publiques ;*
- ❑ donner au réseau public de santé et des services sociaux les moyens de fournir à la population tous les services médicalement et socialement requis.*

### **Recommandation 3**

*La COPHAN rejette la proposition qui a pour effet d'ériger un système de sous-traitance au privé dans les cas de dépassement des délais d'attente. Elle demande que la proposition gouvernementale n'en fasse plutôt qu'un recours exceptionnel comme ce fut le cas par le passé pour le traitement de certains cas de cancer et réclame un « mécanisme de verrou » qui évaluerait sur une base annuelle, les ressources qui ont manqué dans le public et qui ont eu pour effet que des cas auraient été référés à des ressources autres que public, défrayées par le public. Ceci afin d'injecter les ressources nécessaires dans le public plutôt que dans le privé à long terme ou encore afin d'identifier et corriger les problèmes relatifs à une meilleure gestion des ressources humaines et matérielles du réseau public.*

**Recommandation 4**

*La proposition gouvernementale de garantie d'accès doit s'ouvrir à d'autres problématiques que celles des listes d'attentes relatives aux services hospitaliers notamment en ce qui concerne les services à domicile, les services spécialisés et sur-spécialisés en réadaptation, les services socialement requis, étant entendu que ces garanties d'accès doivent trouver réponse dans le réseau public.*

**Recommandation 5**

*Afin de garantir la plus grande transparence dans la gestion des listes d'attente et assurer à la population de prendre part aux décisions d'orientation portant sur cette gestion, le MSSS doit assurer la mise en place d'un mécanisme de gestion des listes d'attente qui adhère aux principes mis de l'avant par l'ICIS.*