

**QUI TROP EMBRASSE
MAL ÉTREINT**

Position de la CSD sur le document de consultation
« Garantir l'accès : un défi d'équité,
d'efficience et de qualité »

**Mémoire présenté
à la Commission des Affaires sociales**

24 mai 2006



CENTRALE DES SYNDICATS DÉMOCRATIQUES

MARS 2006

TABLE DES MATIÈRES

Page

PRÉSENTATION	1
INTRODUCTION	2
LA PRÉVENTION, OUI, MAIS COMMENT? DE QUOI?	4
L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS	16
LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	22
CONCLUSION	34



PRÉSENTATION

La Centrale des syndicats démocratiques (CSD) représente quelque 65 000 salariés au Québec. Les membres des syndicats affiliés à la CSD œuvrent dans presque tous les secteurs d'activité économique, avec une forte concentration dans les petites et moyennes entreprises du secteur privé, le plus souvent en régions.

La santé constitue un des sujets de préoccupation majeurs de la CSD parce que les membres de nos syndicats affiliés veulent que leur centrale soit un agent de changement social et qu'elle participe pleinement aux grands débats qui animent la société québécoise.

INTRODUCTION

C'est avec un certain soulagement que nous avons pris connaissance du document de consultation « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité » en février dernier. D'une part, parce qu'il fait une bonne place à la prévention en matière de santé, même si la CSD a des réserves à émettre sur les interventions privilégiées par le document en la matière. D'autre part, parce qu'à l'Assemblée nationale, quand le jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli a été rendu, le Premier ministre Charest a parlé d'un « ordre » qui forçait le gouvernement à faire une place plus grande au secteur privé en santé, ce qui nous avait fait craindre que le gouvernement soit tenté par une très grande ouverture au secteur privé dans la santé. Il a plutôt choisi une approche qui, bien que plus modérée, n'en soulève pas moins certaines inquiétudes, notamment quant au nombre d'interventions qui feront l'objet d'une garantie d'accès à l'avenir.

Mais notre plus grand questionnement provient du fait que le gouvernement Charest profite de sa réponse à l'arrêt Chaoulli de la Cour suprême pour lancer une consultation sur le financement à long terme du réseau de santé et de services sociaux au Québec, alors que, selon nous, cette question aurait dû être traitée à part. En effet, si le gouvernement du Québec a obtenu jusqu'au 9 juin 2006 pour se conformer au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli, cette échéance ne tient pas pour la question du financement du réseau. À cause de ses implications pour l'ensemble des citoyennes et des citoyens du Québec, le débat sur le financement devrait pouvoir donner lieu à un vaste chantier de réflexion duquel pourront émerger des consensus qui baliseront les interventions du



gouvernement en matière de santé et de services sociaux pour de nombreuses années à venir.

De plus, comme le financement du système public de santé et de services sociaux est, pour la CSD, une question inextricablement liée à celle des déterminants sociaux de la santé, il va sans dire que le débat sur le financement ne pourra se faire sans aborder les pistes de solution pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé.

LA PRÉVENTION, OUI, MAIS COMMENT? DE QUOI?

À la CSD, nous sommes heureux de constater que législateur veut, au moins sur papier, mettre l'emphase sur la prévention. Depuis plusieurs années, nous insistons pour que l'État, dans son intervention en santé, ne mette pas toutes ses billes dans le curatif, pour qu'il investisse dans la prévention. Or, il y a au moins deux approches en matière de prévention : agir sur les déterminants individuels de santé, sur les habitudes de vie ou agir sur les déterminants sociaux de santé que sont la qualité de l'environnement, des logements, des conditions de travail et de vie, etc.

Pour la CSD, la préséance doit aller à l'action sur les déterminants sociaux de la santé car, pour utiliser une image simpliste, une personne aura beau ne pas fumer, faire de l'exercice, et bien s'alimenter, si elle vit dans un logement insalubre, près d'une source de pollution et occupe un emploi où elle subit beaucoup de pressions mais sans disposer de marge de manœuvre, elle a plus de chances que la moyenne de tomber malade, voire de mourir prématurément.

Par contre, il est clair, à la lecture du document de consultation, que le gouvernement met l'emphase sur les habitudes de vie, donc sur les déterminants individuels de santé, autant dans son bilan « *des réalisations en faveur de la prévention et du bien-être* »¹ (campagne de promotion de saines habitudes de vie, lutte au tabagisme, etc.) que dans les actions qu'il

¹ Voir le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, p. 11.

entend mener à l'avenir² (adoption et application d'une politique en matière d'alimentation et de nutrition, lutte à la malbouffe, sensibilisation à l'importance d'une saine alimentation et de l'activité physique, etc.). Non que ces actions soient inutiles, elles sont cependant loin d'être suffisantes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé.

Si le document de consultation n'est pas complètement muet sur la persistance des inégalités de santé au Québec, ni sur le rôle des déterminants sociaux de santé, il déçoit quant aux pistes de solution proposées. Par exemple, on peut lire, à la page 13 du document de consultation :

Dans tous les pays, on observe que les personnes les moins favorisées socioéconomiquement présentent un moins bon état de santé que les personnes les plus avantagées. Pour la période 2000-2002, les hommes les moins favorisés pouvaient en effet s'attendre à vivre huit ans de moins que les plus favorisés; cet écart était de trois ans pour les femmes.

Et, un peu plus loin, à la page 15 :

L'état de santé et de bien-être d'une population touche non seulement les facteurs individuels (hérédité, habitudes de vie, etc.), mais également les environnements physique et social.

Dans les deux cas, la piste de solution énoncée vient en totale contradiction avec les actions du gouvernement Charest depuis son arrivée au pouvoir en avril 2003. À la page 13, on peut lire qu' « *il est possible de miser sur des mesures transitoires pour atténuer les impacts négatifs de la pauvreté et des inégalités sur la santé et de faire alliance avec les*

² Ibid., pp. 13-14.

autres secteurs d'activité de la société pour s'attaquer aux causes structurelles de la pauvreté ». Même idée à la page 15 : « *Aussi, pour améliorer la santé de la population, il faut miser sur l'action qui engage tous les secteurs susceptibles d'exercer une influence sur la santé (emploi, revenu, éducation, environnement, etc.)* ».

Malgré cette affirmation de la nécessité de s'attaquer aux causes structurelles de la pauvreté, le gouvernement Charest n'a pas eu une action systématique pour réduire les écarts de richesse au Québec.

Il a même pris la déplorable décision de ne pas mettre sur pied l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale prévu par la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* lui préférant un Centre d'études sur la pauvreté et l'exclusion sociale (CEPE). Alors que l'observatoire devait être indépendant et « *un lieu d'observation, de recherche **et d'échanges** visant à fournir des informations qui soient fiables et objectives en matière de pauvreté et d'exclusion sociale* » (article 35 de la Loi 112), le CEPE non seulement n'a pas la vocation d'être un lieu d'échanges³, il n'est pas indépendant du gouvernement puisqu'il est rattaché à la Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Pour concrétiser l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale comme lieu d'échanges, l'article 36 de la Loi 112 prévoit même ce qui suit :

³ Le communiqué de presse émis par la ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Mme Michèle Courchesne, le 21 février 2006, intitulé « Le gouvernement du Québec a mis en place un Centre d'études sur la pauvreté et l'exclusion sociale indépendant et rigoureux » explique que la ministre « tient à assurer que le gouvernement du Québec a mis en place, au printemps dernier, un Centre d'études sur la pauvreté et l'exclusion sociale (CEPE) indépendant et très rigoureux afin de favoriser la recherche et la production d'informations fiables et objectives sur la pauvreté et l'exclusion sociale ». Pas de place pour les échanges, semble-t-il.

L'Observatoire est dirigé par un comité de direction composé de sept membres nommés par le gouvernement sur la recommandation du ministre, après consultation des organismes représentatifs du milieu qui est concerné.

Le gouvernement désigne, parmi les membres, une personne qui en assume la présidence.

Deux membres sont des personnes œuvrant auprès des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale, choisies après consultation du Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Les autres membres du comité de direction de l'Observatoire sont des personnes en provenance des milieux gouvernemental, universitaire et de la recherche dont la compétence et l'expertise sont reconnues en matière de pauvreté ou d'exclusion sociale.

Le comité de direction de l'observatoire se voulait donc un lieu, pas seulement de recherche et de production d'informations fiables et objectives, mais aussi d'interactions et d'échanges entre des personnes ayant une expérience concrète des situations de pauvreté ou d'exclusion sociale et des personnes pour qui ces situations sont des objets de recherche ou de politiques publiques, les unes devant enrichir la vision des autres et vice versa.

D'ailleurs, l'esprit de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* était de faire en sorte que le gouvernement, notamment le ministre en titre, s'associe à des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale. C'était clair dans la stratégie nationale de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale prévue à la loi adoptée en 2002 à l'unanimité de l'Assemblée nationale.

La stratégie nationale se compose d'un ensemble d'actions mises en œuvre par le gouvernement, ses partenaires socioéconomiques, les collectivités régionales et locales, les organismes communautaires et les autres acteurs de la société afin de contrer la pauvreté et de

favoriser l'inclusion sociale. À cet égard, le gouvernement suscite la participation citoyenne, notamment celle des personnes en situation de pauvreté.

Ces actions doivent permettre d'intervenir à la fois sur les causes et sur les conséquences de la pauvreté et de l'exclusion sociale pour que chaque personne puisse disposer du soutien et de l'appui que nécessite sa situation, afin qu'elle puisse elle-même cheminer vers l'atteinte de son autonomie et participer activement à la vie sociale et au progrès collectif (article 5 de la Loi 112).

Et c'était une dynamique qui était très intéressante, qui faisait appel à un dialogue systématique, et qui semble avoir été abandonné avec la création du CEPE. La voie royale de lutte à la pauvreté qui a été tracée par l'adoption de la loi en 2002 qui visait à faire en sorte que le gouvernement, dans la définition de ses politiques, devait s'associer les groupes et les personnes qui œuvrent auprès des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale n'a pas été suivie, ni par l'adoption du projet de loi 57, la *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles*, ni dans la décision de créer le CEPE au lieu de l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Malgré la déclaration de bonnes intentions contenue dans le document de consultation à l'effet qu'on peut s'attaquer aux causes structurelles de la pauvreté en s'associant tous les secteurs susceptibles d'exercer une influence sur la santé, le gouvernement actuel a plutôt fait la démonstration, à plusieurs reprises, qu'il entendait agir seul, mais surtout décider seul des orientations de la société québécoise qui, jusque là, étaient issues d'un intense dialogue social entre les différents acteurs sociaux.

Mais revenons maintenant aux mesures préventives dont nous parlions plus tôt. La seule mesure du document de consultation qui, selon nous, constitue vraiment une action sur les

déterminants sociaux de santé est celle « *des interventions préventives menées auprès de femmes de milieu socioéconomiquement défavorisé, durant la période allant de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de deux ans...* ». C'est le résultat de ces interventions qui apparaît sous-évalué. On affirme qu'elles « *ont permis d'améliorer sensiblement la santé mentale des mères et ainsi de réduire les risques d'abus et de négligence à l'endroit des enfants* » (page 11).

Or, des expériences d'interventions préventives dans d'autres pays, peut-être parce que menées depuis plus longtemps, parfois depuis trois décennies, ont démontré que les bénéfices de ces expériences sont bien plus grands. Par exemple, une étude menée aux États-Unis, le *Perry Preschool Project*, auprès d'enfants de mères très pauvres révèle qu'en offrant aux enfants des services intensifs de soutien, des services éducatifs et de stimulation précoce axés sur le développement des habiletés sociales et la prévention des retards de langage, on peut avoir une influence extrêmement positive sur le parcours de vie de ces enfants et ce, par rapport à celui d'un groupe témoin qui n'a pas bénéficié de ces services : ils connaissent moins d'échecs scolaires, plus de diplomation, décrochent de meilleurs emplois et vivent moins de grossesses à l'adolescence⁴.

Toujours selon cette étude, on estime qu'un dollar investi en prévention rapporte 7,16 \$ de bénéfices publics⁵, bénéfices liés aux économies réalisées dans le réseau scolaire parce qu'il y a réduction des besoins pour des classes spéciales, au fait que les participants gagneront

⁴ Cette étude est devenue un classique parce qu'elle assure un suivi des enfants de trois ans « stimulés » pendant deux ans à différents moments de leur vie jusqu'à l'âge de 33 ans (et l'étude se poursuit). Voir Ginette Paquet, *Partir du bas de l'échelle. Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2005, pp. 112-116 [154 pages]

⁵ Ibid., p. 115.

de meilleurs salaires, donc paieront plus d'impôt et de taxes, aux économies dans l'assistance sociale et les services sociaux, dans le système judiciaire et dans les ententes pour les victimes d'actes criminels. La prévention est donc un très bon investissement.

Au Québec aussi, des études abondent en ce sens, notamment l'ELDEQ, l'étude longitudinale des enfants du Québec. Cette étude, commencée en 1998, qui suit des enfants depuis l'âge de cinq mois une fois par année avec leur famille, a permis de constater qu'il existe des facteurs de protection pour la santé des enfants de famille qui vivent au bas de l'échelle sociale depuis leur naissance⁶.

Parmi ces facteurs, il y a l'allaitement pendant au moins quatre à six mois. Cette pratique protège la santé de l'enfant puisque celui-ci se retrouvera moins souvent hospitalisé à l'âge de quatre, cinq ans et présentera moins de probabilités de comportement hyperactif ou inattentif et ce, à pauvreté égale et à scolarité égale des mères. Autre facteur de protection important, le soutien des grands-parents a un effet bénéfique sur l'état de santé des enfants. Et on parle ici de soutien affectif et instrumental, pas nécessairement de soutien financier. Fréquenter la garderie réduit aussi la présence de carie dentaire chez les enfants au bas de l'échelle sociale chez qui la carie est normalement plus fréquente que chez les autres enfants.

L'ELDEQ aussi tend donc à démontrer que, si on arrive à permettre aux enfants qui vivent au bas de l'échelle sociale à lutter contre un certain fatalisme, souvent présent en milieu de

⁶ Encore une fois, les développements suivants sont tirés du précieux ouvrage de Ginette Paquet, *Partir du bas de l'échelle*, op. cit., pp. 78 à 100.

pauvreté, donc si on réussit à leur redonner un sentiment de contrôle sur leur destinée, on peut vraiment changer leur parcours de vie et réduire la prévalence de maladies.

Ces conclusions sont en concordance avec celles d'autres études menées auprès de populations adultes cette fois, à savoir que le sentiment d'avoir du contrôle sur sa destinée protège de la maladie et de la mort prématurée, beaucoup plus que ne peut le faire un changement dans les habitudes de vie. « *Plusieurs recherches britanniques sont maintenant devenues des classiques dans la compréhension des inégalités sociales de santé. Parmi elles, figurent en bonne place les études de Marmot et de ses collaborateurs sur des cohortes de fonctionnaires britanniques, mieux connues sous le nom de Whitehall Study* »⁷.

Ces études ont fait la démonstration que les habitudes de vie ne sont pas la seule explication, qu'elles ne sont pas, surtout, la principale explication des inégalités sociales de santé. À l'aide d'études longitudinales, ou de cohortes⁸, les études de Whitehall ont démontré qu'à habitudes de vie égales (autant d'activité physique, manger et fumer de la même façon), il existe encore des inégalités sociales de santé. Plus les fonctionnaires suivis par l'étude sont au bas de l'échelle hiérarchique (et on parle ici de fonctionnaires, pas de personnes en situation de pauvreté), et même en prenant en compte, donc, l'effet des habitudes de vie, plus ils avaient des problèmes de santé et de mortalité prématurée. Inversement, les personnes en haut de l'échelle professionnelle (sous-ministres, hauts fonctionnaires) avaient, elles, une meilleure espérance de vie.

⁷ Ginette Paquet, op. cit., p. 18.

⁸ À partir de 1967, les chercheurs britanniques ont suivi une cohorte de quelque 17 000 cols blancs masculins.

Ces études commencent à pointer une autre explication que les habitudes de vie. L'explication réside dans le sentiment de contrôler sa destinée, d'avoir une emprise sur sa vie et ce sentiment est étroitement lié à la position qu'on occupe dans l'échelle sociale. C'est-à-dire que plus on s'élève dans l'échelle sociale, plus on a le sentiment de contrôler sa vie⁹.

Et ce sentiment serait un facteur extrêmement protecteur contre une mortalité prématurée. Parce que « ce qui est vraiment dangereux au travail, ce n'est pas le stress, ce n'est pas la quantité de pression que l'on reçoit, mais l'absence de marge de manœuvre pour faire face à cette pression. Plus vous êtes haut dans la hiérarchie, plus vous avez de pression, mais vous avez aussi beaucoup de marge de manœuvre, et ce n'est pas dommageable. Si vous êtes au bas de la hiérarchie, vous avez beaucoup de pression, mais vous avez moins de marge de manœuvre, et ça, c'est dommageable »¹⁰. C'est pourquoi les gens en haut de la hiérarchie voient leur tension tombée beaucoup plus rapidement lorsqu'ils rentrent chez eux que les personnes au bas de la hiérarchie.

En simplifiant, on peut affirmer que les hormones secrétées par le stress chronique (c'est-à-dire quasi permanent, pas lors d'une crise), les glucocorticoïdes, usent prématurément le corps, ce qui le rend plus vulnérable à certaines maladies, pour lesquelles l'hérédité peut nous prédisposer par ailleurs.

⁹ Ginette Paquet, op. cit., pp. 18-20. Voir aussi Yannick Villedieu, *Un jour la santé*, Montréal, Boréal, 2002; particulièrement le chapitre 5. De même que Marc Renaud, « L'environnement social comme déterminant de la santé », *Pour une société en santé. De la parole aux actes*, Actes du colloque de décembre 1994 et décisions du Congrès de la CSD sur l'avenir des services de santé et des services sociaux (congrès de juin 1995), Québec, une publication CSD, 1996, pp. 16 à 40 [111 pages].

¹⁰ Marc Renaud, op. cit., p. 31.

