

**MAINTENIR LE SYSTÈME DE  
SANTÉ CANADIEN SUR SES RAILS**

**Mémoire présenté devant la  
Commission sur l'avenir des soins  
de santé au Canada  
à  
Québec**



**CENTRALE DES SYNDICATS DÉMOCRATIQUES**

**25 mars 2002**

# TABLE DES MATIÈRES

Page

<b>PRÉSENTATION .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>DEUX PERSPECTIVES INACCEPTABLES.....</b>	<b>3</b>
<b>Le ticket modérateur est une mesure inéquitable et inefficace.....</b>	<b>3</b>
<b>Faire une place plus grande au secteur privé fait partie du problème, pas de la solution .....</b>	<b>5</b>
<b>IL EXISTE D'AUTRES OPTIONS QUE CELLES D'AUGMENTER LES IMPÔTS OU DE TRANSFÉRER LES FONDS DES AUTRES PROGRAMMES GOUVERNEMENTAUX VERS LA SANTÉ.....</b>	<b>11</b>
<b>L'ESCALADE DES COÛTS PEUT ÊTRE RALENTIE EN RÉORGANISANT LA PRESTATION DES SERVICES .....</b>	<b>15</b>
<b>AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ.....</b>	<b>18</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>20</b>

---

## PRÉSENTATION

La Centrale des syndicats démocratiques (CSD) représente 60 000 travailleurs, regroupés dans quelque 400 syndicats et oeuvrant dans presque tous les secteurs d'activité économique du Québec, avec une forte concentration dans les PME<sup>1</sup> québécoises et en régions.

Un des plus importants secteurs au sein de la CSD est celui des Affaires sociales. Il compte une trentaine de syndicats qui regroupent plus de 6000 membres dans une quarantaine d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, disséminés dans les régions du Centre-du-Québec, de l'Estrie, de la Mauricie, de Montréal, de Québec et de Richelieu-Yamaska. Nous tenons à préciser que la CSD représente bon nombre d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires, du personnel d'entretien, des commis aux cuisines, etc. Par ailleurs, l'avenir des soins de santé au Canada ne concernent pas que les salariés du réseau de la santé et des services sociaux mais bien tous les Québécois et tous les Canadiens.

---

<sup>1</sup>Petites et moyennes entreprises.

---

## INTRODUCTION

Pour la CSD, il est évident que le système de santé canadien subit des pressions importantes, de la part du secteur privé, de la part de politiques favorisant le désengagement de l'État, de la part de nos partenaires commerciaux de l'ALÉNA (Accord de libre-échange nord-américain). Cependant, nous ne considérons pas qu'il soit en crise. Les fondements sur lesquels le système repose nous apparaissent toujours très solides. Nous sommes convaincus que l'on peut et que l'on doit régler les problèmes qui confrontent le système de santé canadien en le maintenant fermement sur ses rails, malgré les pressions qui visent à le faire dérailler.

Il va sans dire que, pour toute discussion entourant l'avenir des soins de santé au Canada, la CSD est convaincue de la nécessité du maintien de la *Loi canadienne sur la santé*, parce que les conditions qui y sont définies pour qu'une province ait droit à la « *pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province* » (article 4 de la loi) sont toujours d'actualité et valides aujourd'hui.

En effet, l'article 7 de la loi stipule que le régime d'assurance-santé doit satisfaire aux conditions d'octroi suivantes : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Chacune de ces conditions doit, selon nous, être maintenue parce que leur force vient du fait qu'elles sont liées les unes aux autres.

---

## Deux perspectives inacceptables

Le rapport d'étape de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada<sup>2</sup>, fait référence à quatre perspectives sur la façon de régler les problèmes du système de soins de santé au Canada.

Pour la CSD, deux d'entre elles sont carrément inacceptables. Il s'agit des perspectives 2 et 3, celle qui est appelée, dans le rapport, le partage des coûts et des responsabilités et celle évoquant l'accroissement du rôle du secteur privé (Rapport d'étape, p. 10).

### **Le ticket modérateur est une mesure inéquitable et inefficace**

Par cette approche, il s'agirait de demander aux citoyens d'assumer une plus grande part de responsabilité directe pour le coût des soins de santé. Libeller ainsi, cette approche nous apparaît tenter de passer sous silence le fait que les citoyens participent déjà, indirectement il est vrai, mais de manière très importante au financement des soins de santé puisque ce sont eux qui paient une part toujours croissante des impôts collectés dans ce pays. En effet, de tous les pays de l'OCDE<sup>3</sup>, le Canada est un des pays où les recettes fiscales provenant des particuliers ont le plus augmenté en proportion de celles provenant des sociétés entre 1980 et 1997. Les premières ont augmenté de 64,6 %, alors que les secondes n'ont augmenté que de 2,1 %. Les recettes fiscales en provenance des particuliers au Canada,

---

<sup>2</sup> Dorénavant, pour alléger le texte, nous référerons à cette commission comme étant la Commission Romanow, du nom de son seul et unique commissaire.

<sup>3</sup> Voir **L'emploi et le revenu en perspective**, sous la plume de Zhengxi Lin, l'article intitulé « Fiscalité internationale : tendances récentes », printemps 2001, vol. 13, no 1, pp. 44 à 48 ; en particulier le tableau de la page 48.

---

entre 1980 et 1997, ont donc augmenté en proportion 30 fois plus que celles en provenance des sociétés. Premièrement, il faut donc reconnaître sans ambages que les citoyens contribuent déjà très fortement au financement des soins de santé au Canada.

Deuxièmement, quelle est l'idée qui se cache derrière l'imposition de ticket modérateur ? Il semble bien que ce soit celle de faire contribuer davantage que les autres les gens en mauvaise santé au financement des soins de santé. Cette option nous apparaît inacceptable parce qu'on ne choisit pas d'être en mauvaise santé, on subit cette situation. Si en plus, on doit être pénalisé davantage, en déboursant directement certains frais pour avoir accès au réseau de la santé, on vient de stigmatiser une seconde fois des gens au moment où ils sont le plus vulnérable.

Troisièmement, cette mesure pénaliserait surtout les plus démunis parce que le ticket modérateur constituerait en fait une taxe régressive qui ferait payer proportionnellement plus aux gagne-petit qu'aux hauts et moyens salariés. Résultat appréhendé : les pauvres n'iront plus se faire soigner parce que ce sera trop onéreux pour eux. Bien sûr, ce n'est pas un ticket modérateur qui fera en sorte que les gens aient à « *choisir entre une faillite et les soins de santé qui leur sont nécessaires* », selon les termes du communiqué de presse émis par Roy J. Romanow, le 6 février 2002, pour souligner la publication du Rapport d'étape de la commission qu'il dirige. Mais, pour nous de la CSD, il est tout aussi inacceptable que des gens aient à refuser des soins sous prétexte qu'il ne peuvent payer directement de leur propre poche des frais quelconques, d'autant que les plus démunis sont les plus susceptibles d'avoir besoin de ces soins.

Enfin, cette mesure ne peut être considérée comme efficace que si on regarde par le petit bout de la lorgnette, que si on ne considère que ceux qui auront accès au système. On ne pourra considérer qu'ils arrivent à mieux se porter que si on les compare à ceux qui seront exclus et dont la santé se sera fortement détériorée. Pour nous, ce que l'on devrait considérer, c'est l'amélioration du niveau de santé

---

global de tous les Canadiens. Or, celui-ci se détériorera inmanquablement si l'on crée un système qui produit davantage d'exclus dont la santé s'en ira à vau-l'eau. Et, ce, peu importe comment ceux qui auraient toujours accès au système parviendraient à mieux se porter. Mais la CSD n'encouragera jamais un système de santé qui exclurait une partie de la population, même si le sort des inclus devait s'en trouver amélioré. Pour nous, ce serait payer trop cher l'amélioration du sort de quelques-uns au détriment des autres, peu importe que ces quelques-uns soient majoritaires ou non!

### **Faire une place plus grande au secteur privé fait partie du problème, pas de la solution**

Le secteur privé n'est pas absent du système de santé canadien, bien au contraire. Même que la part la plus importante dans la croissance des coûts du système de santé, au Canada mais ailleurs aussi, provient de la partie du système qui est privée à 100 %, l'industrie des médicaments. Si bien qu'aujourd'hui, comme le souligne le Rapport d'étape, « *on dépense davantage pour les médicaments que pour les médecins* » (p. 2). Et c'est au secteur privé que l'on voudrait offrir une plus grande place ? Il nous apparaît clair que ce n'est pas un modèle à suivre.

Prenons aussi l'exemple éloquent des États-Unis, où le secteur privé domine le système des soins de santé. Bien sûr, les dépenses publiques consacrées à la santé exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) y sont inférieures par rapport à celles du Canada, mais de quelques points de pourcentage seulement. D'après le graphique 1-b du Rapport d'étape (p. 22), on comprend qu'il s'agit d'une différence de moins de 1 %, de 5,8 % du PIB aux États-Unis à 6,5 % au Canada.

Quand on prend en considération les dépenses totales consacrées à la santé, alors là les États-Unis sont dans une classe à part. Ils y consacrent l'équivalent de près de 13 % de leur PIB, alors qu'au Canada, ce n'est qu'un peu plus de 9 % (graphique 1-a, p. 22).

Mais ce qui est plus grave, c'est que ces dépenses supplémentaires ne contribuent nullement à améliorer l'état de santé des citoyens des États-Unis par rapport à celui des Canadiens. Si l'on se base sur les trois grands indicateurs de la santé que sont l'espérance de vie des hommes, l'espérance de vie des femmes et la mortalité infantile, et bien les États-Unis arrivent derrière le Canada sur tous les plans, mais aussi derrière les autres pays du G-7 (Allemagne, France, Italie, Japon, Royaume-Uni). Selon les données les plus récentes (1997), l'espérance de vie pour un États-Uniens est de 72,5 ans, alors qu'elle est de 75,3 ans pour un Canadien. L'espérance de vie d'une États-Unienne est de 79,2 ans, alors que celle de la Canadienne est de 81,3 ans. La mortalité infantile aux États-Unis est 7,2 par 1000 naissances vivantes, alors qu'au Canada, elle n'est que de 5,5 par 1000 naissances vivantes<sup>4</sup>. Donc non seulement, les États-Unis dépensent-ils collectivement une plus grande part de leur richesse collective que le Canada dans la santé (13 % versus 9 %) mais, en plus, ils n'en tirent aucun bénéfice supplémentaire puisqu'un homme vit trois ans de plus au Canada, une femme deux ans de plus et qu'un enfant court moins de risques de mourir avant l'âge d'un an<sup>5</sup>. La présence plus grande du secteur privé est donc loin d'assurer que les Canadiens seront mieux soignés et qu'ils vivront en meilleure santé.

---

<sup>4</sup> Ces données sont tirées du site Internet du Conseil canadien du développement social, plus précisément d'un article d'Andrew Jackson, directeur de la recherche. « *Canada Beats USA-But loses gold to Sweden* ». Il n'y est pas question des Jeux Olympiques, mais des principaux indicateurs du développement social. Adresse Internet : [www.ccsd.ca/pubs/2002/olympic/indicators.htm](http://www.ccsd.ca/pubs/2002/olympic/indicators.htm)

<sup>5</sup> Et la situation n'a pas changé depuis au moins une décennie. Quand la CSD a tenu son colloque spécial sur la santé en 1994, Paul Lamarche, professeur en administration de la santé à l'université Laval, est venu y présenter les mêmes constats, en se basant sur les données du début des années 1990 : « Quand on compare avec l'ensemble des pays du G-7, on se rend compte que le pays qui dépense le plus pour les services de santé, ce sont les États-Unis. Mais Quand on regarde par rapport à trois grands indicateurs de santé qui sont utilisés sur la scène internationale pour mesurer le niveau de santé d'une population, je fais référence à l'espérance de vie des femmes, à l'espérance de vie des hommes et à la mortalité infantile. On se rend compte qu'en comparaison avec les sept pays les plus industrialisés du monde, les États-Unis investissent le plus, mais ce sont eux qui ont la moins bonne performance sur ces trois grands indicateurs de la santé de la population ». Voir **De la parole aux actes. Pour une société en santé**, Actes du colloque de décembre 1994 et décisions du congrès de 1995 sur l'avenir des services de santé et des services sociaux, 1996, pp. 57-58 [111 pages].



---

De plus, plus on agrandit la place laissée au secteur privé, plus cela cause des pressions sur le système public parce que ceux qui payent pour des services privés en viendront à refuser de payer pour le régime public.

Quand la place du privé s'accroît, il y a un fort danger que la rémunération supérieure qu'il peut promettre -justement parce qu'il ne prendra pas en charge tous les cas mais seulement les plus rentables- attirera une partie des meilleurs éléments du système de santé public. Il apparaîtra plus performant que le système public parce que le fait de payer de sa poche pour les soins désirés limitera le nombre de personnes qui y auront accès et réduira, par le fait même, la possibilité qu'on voit des files d'attente s'y former.

Plus le privé se développera, plus on encouragera la mise en place d'un système à deux vitesses, la haute vitesse étant réservée au fragment de la population qui a les moyens de payer les soins de sa poche, la basse vitesse échéant à tous les autres, donc les plus pauvres de notre société qui seront soignés quand les employés du système public auront le temps de s'occuper d'eux puisque ce système court de fortes chances d'être vidé de son sang.

Enfin, un expert du domaine de la santé nous rappelle qu'un système mixte (public et privé) crée des pressions indues sur la partie publique du système. Lee Sodestrom, professeur agrégé en économie de la santé à l'Université McGill, donne l'exemple du Manitoba où les chirurgiens peuvent opérer des cataractes aussi bien dans leur clinique privée que dans les hôpitaux publics. Comme le but lucratif de l'opération est plus grand en clinique privée que dans le système public, ces chirurgiens génèrent des listes d'attente six fois plus élevées dans les centres hospitaliers que dans leur clinique. Donc, les usagers qui ont les moyens de se payer une opération attendent six fois moins longtemps que les usagers du système public.

---

M. Sodestrom relate aussi une étude parue dans le *New England Journal of Medecine* qui démontre que les médecins traitants qui possèdent des équipements de rayon X dans leur bureau y envoient leurs patients quatre fois plus souvent que ceux qui n'en ont pas. Ces médecins ont donc tendance à offrir des services excessifs à leurs patients parce qu'ils peuvent gagner beaucoup d'argent pour chaque service fourni dans leur clinique.

Or, le but du système de santé ne doit pas être de générer des revenus pour les médecins mais bien de veiller à ce que chacun de ses citoyens ait accès aux mêmes services de santé, sans tenir compte de leur capacité de payer.

Considérant la suprématie des principes d'universalité, de gratuité, d'accessibilité et d'intégrité du réseau public, nous sommes totalement en désaccord avec toute forme de proposition s'approchant de la désassurance de certains services, de la concurrence des réseaux privés et publics, et de la privatisation des services publics.

Dans cet ordre d'idées, nous rappelons notre opposition à toute forme de privatisation allant à l'encontre de l'intégrité du système de santé.

En adoptant une voie semblable, les décideurs oublient:

1. l'absence de garantie et de contrôle sur la qualité des services;
2. l'insuffisance de données réelles sur l'économie envisagée;
3. que l'ensemble des services font bel et bien partie intégrante de la qualité de vie des usagers.

Accepter la privatisation, c'est accepter que des entreprises fassent de l'argent avec des besoins primaires et essentiels à la population. L'introduction de la concurrence visant les profits contribuera à la

---

mise à l'écart de la qualité des services au rang des objectifs de second ordre. C'est brader et démanteler petit à petit un réseau qui se doit d'être complet et intègre.

Une autre partie du Rapport d'étape nous inquiète à cet égard. Quelle adaptation « *aux nouvelles réalités de la médecine et de la prestation des services* » souhaite-t-on faire au « *panier de services de santé qui est actuellement couvert par l'assurance-santé* » (p. 2 du Rapport d'étape)? Selon nous, cette adaptation doit se faire en respectant l'universalité, l'accessibilité, la gratuité, de même que l'intégrité du système de santé.

La santé d'une population n'est pas un jeu et nous ne devons pas remettre en cause les acquis sociaux. D'ailleurs, la désassurance de services équivaut aussi à façonner un système à deux vitesses qui, au-delà de ses effets immédiats inacceptables par rapport à la capacité de se payer des soins ou des services, fera davantage pression sur le régime puisque nous appréhendons que, plus les gens s'offriront des services en-dehors du régime public, moins ils voudront contribuer à celui-ci, augmentant davantage la pression sur les acquis sociaux et le désengagement de l'État. Il s'agit de l'enclenchement d'un dangereux engrenage.

Par contre, si la Commission Romanow envisageait de recommander la création d'un régime d'assurance-médicaments pour améliorer le panier de services de santé couvert par l'assurance-santé, l'expérience nous démontre que ce régime devrait être universel et non mixte.

En effet, le gouvernement du Québec a mis sur pied un régime, tout en préservant les intérêts du secteur privé de l'assurance, avec pour résultat que les personnes souffrant de maladie grave, nécessitant de prendre des médicaments coûteux, sont de plus en plus souvent refusés par les régimes privés qui se sentent justifiés d'agir ainsi parce que les personnes rejetées ne se retrouvent pas sans filet de protection. Le régime public voit donc ses coûts croître de manière quasi exponentielle d'année en



---

année, faisant en sorte que les personnes les plus pauvres ont à payer des primes de plus en plus élevées.

---

## **Il existe d'autres options que celles d'augmenter les impôts ou de transférer les fonds des autres programmes gouvernementaux vers la santé**

L'accroissement de l'investissement public nous apparaît essentiel. Cependant, les scénarios alarmistes nous laissent de glace. Il est vrai que le vieillissement de la population fera croître les coûts de la santé dans les années à venir, mais ces coûts peuvent être contrôlés pour peu que l'on fasse appel à l'expertise et aux savoir-faire de tous les intervenants du système de santé, pas des seuls personnels très qualifiés (médecins, infirmières, ...). Nous y reviendrons dans la section suivante.

De plus, si nous sommes conscients qu'il faudra accroître l'investissement public, nous refusons le scénario binaire proposé dans le Rapport d'étape de la Commission Romanow puisqu'il manque un élément essentiel à ce scénario. En effet, les choix ne se limitent pas à : ou bien on augmente les impôts, ou bien on prend l'argent des autres ministères pour l'investir dans la santé. Ce raisonnement peut tenir quand l'équilibre budgétaire est parfait, quand il ne bouge pas d'un iota. Que fait-on quand il y a des surplus budgétaires, comment les utilise-t-on ?

L'histoire récente nous démontre que, grâce à la prudence légendaire des ministres des Finances, les estimations des entrées fiscales sont toujours basées sur des prévisions très conservatrices de la croissance économique au pays ou dans une province. Ce qui fait que, d'un budget à l'autre, on restreint les dépenses de programmes en se basant sur des prévisions conservatrices et l'on se retrouve avec des revenus plus forts que prévus parce que plus de gens que prévu ont trouvé du travail, parmi eux, davantage ont travaillé à temps plein que prévu, en conséquence, ils ont payé davantage d'impôt sur le revenu et acheté davantage de biens et de services sur lesquels ils ont payé des impôts indirects, TPS et TVQ qui apportent beaucoup de revenus aux gouvernements.

---

Nous ne sommes pas irrationnellement optimistes, nous le sommes réalistement. En effet, au cours de la dernière année, malgré l'effondrement des titres des entreprises de la nouvelle économie, puis celui des tours du World Trade Center, qui a affecté beaucoup plus largement l'économie, les ministres des Finances réussissent quand même à nous annoncer que la croissance économique, aussi ténue soit-elle, a généré des revenus supplémentaires pour l'État parce que plus forte que prévue.

Et, ces revenus supplémentaires, il faut bien les affecter quelque part. Le ministre fédéral Paul Martin a choisi de les utiliser en priorité pour réduire la dette jusqu'à maintenant. Nous pensons que le niveau de la dette actuelle, lorsqu'on le met en rapport avec le niveau de la richesse collective (PIB), a perdu de son acuité comme problème. Nous pensons que la priorité devrait maintenant être accordée au réinvestissement dans le système de santé puisqu'il y a urgence en la demeure avant qu'il ne se dégingle davantage. L'inaction en ce domaine ne ferait donc qu'accroître l'attrait exercé par le secteur privé pour des gens en mal de se faire soigner. Faute d'agir aujourd'hui, on pave la voie à la privatisation toujours plus grande des services de santé au pays.

Nous demandons que le gouvernement fédéral hausse sa contribution au budget de la santé des diverses provinces, dès maintenant, à hauteur de 25 % des dépenses que les provinces encourent à ce poste, puis de hausser cette contribution au fur et à mesure qu'il en aura les moyens jusqu'à 50 % des dépenses.

Nous sommes en effet préoccupés par le niveau des ressources qui sont transférées aux provinces pour financer à la fois les réseaux de la santé, l'aide juridique, l'aide sociale et les études post-secondaires.

Sous l'ancien Régime d'assistance publique du Canada, le RAPC, le mode de financement était fonction des droits reconnus. Cela voulait dire que, si une province avait un régime d'aide juridique qui lui coûtait 100 millions de dollars par année, le fédéral versait, sous forme de transferts, la moitié de cette somme à la province, soit 50 millions de dollars, pour que les droits reconnus puissent se concrétiser.

---

Depuis son remplacement par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), l'enveloppe budgétaire qui est remise aux provinces est maintenant fermée. Ce qui veut dire que les provinces doivent faire l'arbitrage entre leurs différents programmes financés par le TCSPS puisque les ressources sont beaucoup moins importantes qu'elles ne l'étaient sous le RAPC.

Pour remédier à la situation, nous ne croyons pas que le retour du financement au niveau de 1994 soit la solution parce que les besoins en matière de santé et de programmes sociaux sont en constante évolution et qu'une enveloppe fermée, peu importe son niveau, deviendra tôt ou tard une contrainte pour les provinces.

À la CSD, nous pensons que, comme le déficit zéro a été atteint, il faudrait rétablir le financement en fonction des droits reconnus, comme le prévoyait antérieurement le RAPC, tout en maintenant le cap sur la saine gestion du système de santé. Il ne saurait être question de se mettre à dilapider les fonds publics sous prétexte que les besoins sont infinis. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit mais plutôt de financer adéquatement des programmes qui répondent bien aux besoins des populations.

Enfin, est-il besoin de rappeler que le déséquilibre fiscal entre le fédéral et les provinces a été clairement démontré par le rapport de la Commission sur le déséquilibre fiscal<sup>6</sup> dirigée par un ancien ministre du Revenu dans le cabinet de Robert Bourassa (deuxième période), de même que par le Conference Board du Canada<sup>7</sup>, que l'on ne peut tout de même pas taxé d'être un organisme qui a des sympathies péquistes.

---

<sup>6</sup> Commission mieux connue sous le nom de Commission Séguin, du nom de son président. Elle a déposé son rapport intitulé **Pour un nouveau partage des moyens financiers au Canada** au début du mois de mars 2002.

<sup>7</sup> Voir le document que le Conference Board a préparé pour la Commission sur le déséquilibre fiscal intitulé **Projection des équilibres financiers des gouvernements du Canada et du Québec**.

---

On peut notamment lire dans le document du Conference Board que « *le gouvernement du Québec devra réaliser un effort budgétaire annuel de 3 milliards de dollars pour atteindre l'équilibre financier sur l'ensemble de la période de prévision* », soit celle s'étendant de 2000-2001 à 2019-2020. Pour le gouvernement fédéral, le surplus budgétaires sera modeste au début de la période, mais il grimpera rapidement et en viendra à atteindre les 87,8 milliards de dollars pour la seule année budgétaire 2019-2020. La formule lapidaire « les besoins sont dans les provinces, les surplus sont à Ottawa » s'applique donc bel et bien à la situation budgétaire qui prévaut à l'heure actuelle.

Nous sommes convaincus qu'un retour à la formule du RAPC ramènerait l'équité entre le fédéral et les provinces, mais aussi qu'il serait tout à fait viable compte tenu des projections établies par le Conference Board du Canada.

---

## **L'escalade des coûts peut être ralentie en réorganisant la prestation des services**

D'entrée de jeu, nous devons préciser que, bien que n'étant pas des constitutionnalistes, il nous apparaît que la réorganisation de la prestation des services ne relève pas de la compétence fédérale, mais de celle des provinces. Nous prions le Commissaire Romanow de garder cette remarque à l'esprit quand il lira nos suggestions sur la réorganisation de la prestation des services.

Nous livrons ces quelques idées que nous avons exprimées ailleurs (notamment à la Commission Clair) parce que souhaitons qu'elles puissent inspirer ce qui se fait dans les autres provinces.

Sachant que 80 % des problèmes de santé peuvent être résolus par des services de base efficaces, il va de soi que l'accès à des services de première ligne doit se faire vingt-quatre heures par jour et sept jours par semaine. Au Québec, cela signifie que, premièrement, beaucoup plus de ressources doivent être affectées au réseau des centres locaux de services communautaires (CLSC) pour que leurs heures d'ouverture soient fortement élargies.

Deuxièmement, une équipe de première ligne devrait être présente dans les CLSC pour les consultations médicales sans rendez-vous. Le désengorgement des hôpitaux serait quasi instantané.

Troisièmement, la répartition des médecins par territoire pourrait être contrôlée en fonction des professionnels déjà établis dans le secteur. Pour quel motif un médecin obtiendrait automatiquement un permis d'ouverture de cabinet, là où plusieurs autres professionnels de même spécialité oeuvrent déjà ? Les ressources pourraient ainsi être mieux réparties avec l'émission restreinte de permis en fonction des besoins de la population locale.

---

Quatrièmement, les médecins qui oeuvrent en cabinet privé devraient être obligés d'offrir une disponibilité d'au moins la moitié de leur temps de pratique dans le réseau public. Ainsi, on limite la concurrence du réseau privé en assurant un seuil minimal de professionnels de la santé dans le réseau public.

Pour faciliter l'accès aux services de santé dans des délais et conditions raisonnables, nous croyons que la clef de voûte se trouve au niveau de la main-d'œuvre. Deux principes directeurs doivent diriger les décisions de planification et de coordination des services au sujet des différents personnels.

Premièrement, il faut prévoir la formation d'intervenants en quantité suffisante pour l'utilisation maximale des ressources matérielles et des lieux d'intervention (appareils spécialisés, salles d'opération, aile psychiatrique, etc...)

Deuxièmement, il faut contrôler la répartition des ressources humaines afin d'éviter le dédoublements et les pénuries.

Notre position est claire à ce sujet : les personnes les mieux placées pour réfléchir et décider de l'organisation du travail étaient, sont et seront toujours les travailleuses et travailleurs qui oeuvrent dans les milieux de travail du système de santé par l'entremise de leurs syndicats respectifs. Il faut également élargir le travail d'équipe car c'est une avenue qui peut procurer des économies d'énergie et de ressources essentielles au bon fonctionnement du système de santé.

Une nouvelle impulsion serait donnée en reconnaissant les savoir-faire et l'intelligence du personnel qui deviendrait des acteurs dans le développement d'une nouvelle organisation du travail.

Les établissements et les syndicats locaux doivent définir les actions locales menant à une révision de l'organisation du travail; ils doivent y établir une jonction plus étroite avec la planification des effectifs et le développement des compétences.



---

Cette approche moderne de la gestion, qui mise sur une plus grande participation des cadres et de l'ensemble du personnel, ne peut cependant se traduire dans les faits que si chacune des personnes de l'organisation détient certains leviers pour développer ses compétences, c'est-à-dire les approfondir ou en élargir l'éventail. La gestion renouvelée de nos organisations repose donc sur le développement de nos compétences, mais, en revanche, ces compétences individuelles et collectives trouveront, à leur tour, dans une organisation de travail plus souple, un terrain qui leur est plus favorable.

---

## **Agir sur les déterminants de santé**

Le Rapport d'étape de la Commission Romanow mentionne au passage ce que nous appelons les déterminants de santé quand il définit, dans l'encadré sur la terminologie (à la page 3), le contexte social et physique. La définition du contexte social et physique sont en fait les déterminants de santé, à savoir « *les conditions politiques, économiques, sociales et environnementales qui font qu'une personne ou une population est et demeure en bonne santé (par exemple l'éducation, le revenu, la situation sociale et la qualité de l'environnement)* ».

Rappelons que le gouvernement fédéral doit respecter les champs de compétence des provinces, mais qu'il y a quand même moyen d'agir sur l'état de santé d'une population autrement qu'en investissant dans le système de santé lui-même. Les plus grands progrès réalisés en termes d'espérance de vie des populations, du moins dans les pays industrialisés, ont été faits quand les gouvernements ont décidé d'investir dans les réseaux d'adduction d'eau et d'aqueduc des grandes villes, puis de toutes les agglomérations de leur territoire, pour la plupart au cours du XXVIII<sup>e</sup> siècle. Ces investissements ont eu pour résultat de réduire drastiquement le nombre de foyers de contamination potentiels puisque l'eau était devenue propre à la consommation humaine.

Aujourd'hui aussi des investissements particuliers doivent être faits dans les déterminants de santé (réduction de la pollution, protection de l'environnement, modernisation des réseaux d'aqueduc, sensibilisation de la population à l'adoption d'un mode de vie sain...), investissements qui vont éventuellement réduire la charge du système de santé au Canada.

Outre les investissements en espèces sonnantes et trébuchantes, le gouvernement peut aussi intervenir pour favoriser la création d'emplois à temps plein, stables et de qualité et aussi en modifiant le Code

---

canadien du travail de manière à ce que les droits d'association et de négociation collective s'appliquent plus facilement.

L'intervention des gouvernements doit aussi viser le relèvement des revenus des personnes prestataires de l'aide sociale. Le gouvernement fédéral, on l'a dit, doit augmenter le niveau de ses transferts aux provinces pour qu'elles soient en mesure de mieux financer non seulement la santé, mais aussi l'aide sociale.

La couverture du régime d'assurance-emploi doit être revue et corrigée, particulièrement en ce qui a trait aux critères d'admissibilité, bien trop restrictifs, et à la durée des prestations, beaucoup trop courte. Les surplus de la caisse d'assurance-emploi doivent être utilisés pour rétablir le régime dans ses fondements plutôt qu'être utilisés par le ministre des Finances comme bon lui semble.

Ce ne sont là que quelques exemples d'interventions sur les déterminants de santé que peuvent faire les gouvernements. Ce genre d'intervention prend beaucoup de courage parce que les effets sur la santé des Canadiens ne se feront sentir qu'à long terme.

---

## Conclusion

Nous croyons fermement qu'il faut maintenir la *Loi canadienne sur la santé* dans son intégralité parce qu'elle garantit que tous les Canadiens peuvent être soignés peu importe le revenu dont ils disposent.

Pour nous, il faut d'abord agir de manière à assurer la stabilité du budget de la santé des provinces, de même que son caractère prévisible. Pour ce faire, le gouvernement fédéral doit passer du financement par enveloppe fermée propre au TCSPS au financement au pourcentage des coûts que le système de santé représente pour les provinces, en commençant immédiatement avec 25 % de ceux-ci pour se hisser éventuellement à 50 % des coûts, selon une formule qui se rapproche du défunt RAPC.

Dans une perspective de plus long terme, mais en commençant dès aujourd'hui, le gouvernement se doit aussi d'intervenir sur les déterminants de santé, tout en s'assurant de respecter le champs de compétences des provinces.