



## **MÉMOIRE**

**Présenté à la Commission des Affaires sociales  
de l'Assemblée nationale du Québec**

**Dans le cadre de la consultation générale  
sur le document concernant les services de santé intitulé  
« Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité »**

**31 mars 2006**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>1. L'INSTITUT DU NOUVEAU MONDE</b>	<b>4</b>
<b>2. LES ACTIVITÉS DE L'INM SUR LA SANTÉ</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Le Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé</b>	<b>5</b>
<b>2.2 Le colloque sur le rôle du privé dans la santé</b>	<b>6</b>
<b>3. LES PRIORITÉS DES CITOYENS PARTICIPANTS AU RENDEZ-VOUS STRATÉGIQUE DE L'INM PAR RAPPORT À LA SANTÉ</b>	<b>7</b>
<b>3.1 La gouverne du système, la participation des citoyens</b>	<b>7</b>
<b>3.2 Une vision globale de la santé, une priorité à la prévention</b>	<b>8</b>
<b>4. L'AVIS DES CITOYENS PARTICIPANTS AU RENDEZ-VOUS STRATÉGIQUE L'INM SUR LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ</b>	<b>10</b>
<b>5. POSITION DE L'INM SUR LA PROPOSITION PRIVILÉGIÉE PAR LE GOUVERNEMENT</b>	<b>12</b>
<b>5.1 La garantie d'accès dans le système public ;</b>	<b>12</b>
<b>5.2 L'implantation de cliniques spécialisées affiliées ;</b>	<b>14</b>
<b>5.3 La levée de la prohibition de l'assurance privée duplicative</b>	<b>15</b>
<b>6. LES ENJEUX DU FINANCEMENT</b>	<b>19</b>
<b>7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>21</b>

## INTRODUCTION

Le récent jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli a rouvert le débat sur la meilleure façon d'assurer l'accessibilité aux soins de santé au Québec et au Canada. Mais pourquoi a-t-il fallu recourir aux tribunaux sur cette question alors que nos tablettes débordent de rapports de commissions d'étude et de groupes de travail qui ont proposé de multiples solutions à tous ces problèmes ?

Une partie de la réponse tient à notre difficulté à passer collectivement à l'action. La rigidité et la lourdeur du système de santé et de services sociaux rend très difficile de trancher les dilemmes et de mettre en œuvre les solutions. Les intérêts corporatistes de ceux qui vivent du système constituent une force d'inertie colossale. Mais surtout, nous avons de la difficulté à tenir un débat public éclairé sur les vrais problèmes et les conséquences des choix qui seront faits.

L'Institut du Nouveau Monde (INM), un institut indépendant, non partisan, voué au renouvellement des idées et à l'animation des débats publics au Québec, a tenu au printemps 2005 un « Rendez-vous stratégique sur la santé ». Plus de 200 citoyens et experts ont investi bénévolement de leur temps (trois week-ends) pour s'informer, débattre et proposer des façons d'améliorer la santé, de réduire les inégalités et des solutions pour améliorer les services.

Les échanges ont fait ressortir une vision à la fois plus large, plus nuancée et plus ouverte que ce que l'on entend généralement de la bouche des politiciens, des experts ou des porte-parole qui monopolisent la place publique.

Le résultat de cette délibération, exposé dans un livre paru aux Éditions Fides sous le titre « 100 idées citoyennes pour un Québec en santé », disponible en librairie et sur Internet ([www.inm.qc.ca](http://www.inm.qc.ca)), est aussi beaucoup plus éclairant que les sondages ponctuels menés sur le sujet.

Par exemple, le quotidien *La Presse* révélait le 30 juin 2005 que « les Québécois sont favorables au privé », et ce dans une proportion atteignant 69% chez les moins de 35 ans. Cependant, la question posée comportait une condition majeure. On demandait en effet aux répondants si le gouvernement du Québec devait permettre l'assurance santé privée « *tout en protégeant l'intégrité du système public* ». Que recouvre, pour les répondants, la notion d'intégrité du système public ? Quelles sont les conditions à mettre en place pour réaliser cet objectif ?

Seule une délibération méthodique, informée par une documentation exhaustive, permettrait de tirer cette question au clair. C'est ce que l'INM a fait en organisant ce dialogue informé entre experts et citoyens dont les conclusions sont éclairantes pour la suite du débat.

Nous encourageons le gouvernement à s'inspirer de ce processus pour mener le débat qui s'ouvre. Tout changement requiert l'appui de la population. Celle-ci doit avoir l'occasion de participer.

L'INM a également co-organisé, en février dernier, en collaboration avec le Réseau de recherche en santé des populations du Québec, un colloque portant spécifiquement sur la réponse à donner à l'arrêt Chaoulli.

En s'appuyant sur les résultats de ces deux démarches, l'INM présente ici le point de vue de citoyens informés et ayant participé à une délibération éclairée par la connaissance des experts, sur les propositions formulées par le gouvernement. Nous abordons également de manière générale les priorités des citoyens.

Le contenu de ce mémoire a été approuvé par le conseil d'administration de l'INM.

Nous avons formulé des recommandations qui sont réunies à la fin du mémoire.

## **1. L'INSTITUT DU NOUVEAU MONDE**

L'Institut du Nouveau Monde (INM) est un organisme à but non lucratif non partisan, voué au renouvellement des idées et à l'animation des débats publics au Québec. Par ses actions, l'INM encourage la participation civique des citoyens et des citoyennes, le développement des compétences civiques, le renforcement du lien social et la valorisation des institutions démocratiques. L'INM compte 1000 membres.

L'INM organise chaque été une **école d'été pour jeunes citoyens** (600 participants en août 2005) et a entrepris un cycle de cinq **rendez-vous stratégiques** qui sont autant de dialogues entre experts et citoyens de toutes les générations sur les grands enjeux du Québec. L'INM publie *L'Annuaire du Québec* et organise des colloques, conférences et débats sur des sujets d'actualité.

L'INM est lauréat du **Prix Claire-Bonenfant 2005**, le prix de la citoyenneté remis par le gouvernement du Québec pour les valeurs démocratiques et l'éducation civique.

### ***Le conseil d'administration***

Le conseil d'administration de l'INM est composé (au 31 mars 2006) de :

- M. Conrad Sauvé (président), directeur général de la Croix-Rouge au Québec
- M. Claude Béland, président du Mouvement démocratie et citoyenneté du Québec et ancien président du Mouvement Desjardins
- Dr Roch Bernier, médecin, directeur général de la Fondation Lucie et André Chagnon
- Mme Karine Blondin, économiste, Conférence régionale des élus de Montréal
- M. Gérard Bouchard, sociologue et historien, professeur à l'Université du Québec à Chicoutimi
- Me Michel Cossette, avocat
- M. Stéphane Dubé, consultant en gestion et en informatique
- Me Patrick Ferland, avocat, Heenan-Blaikie
- Mme Sally Phan, courtier immobilier
- Mme Céline Robitaille-Cartier, bibliothécaire à la retraite
- Mme Sara Saber-Freedman, directrice générale, Comité Québec-Israël
- Mme Céline Saint-Pierre, sociologue, ancienne présidente du Conseil supérieur de l'éducation
- M. Michel Venne, journaliste, directeur général de l'INM
- M. Marcel Villeneuve, consultant dans le domaine de la santé
- M. Patrick Woodsworth, administrateur, ancien directeur général du Collège Dawson

Directeur général : M. Michel Venne.

Institut du Nouveau Monde  
209, rue Sainte-Catherine Est, Bureau V-3110  
C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3P8  
Téléphone : (514) 934-5999, Télécopieur : (514) 934-6330  
Courriel [inm@inm.qc.ca](mailto:inm@inm.qc.ca), Site Internet [www.inm.qc.ca](http://www.inm.qc.ca)

## **2. LES ACTIVITÉS DE L'INM SUR LA SANTÉ**

### **2.1. Le Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé**

La santé est l'un des sujets de préoccupation les plus importants au Québec. C'est pourquoi l'Institut du Nouveau Monde (INM) en a fait le thème de son premier rendez-vous stratégique. Au cours de l'hiver 2005 (donc avant l'arrêt Chaoulli), quelque 200 citoyens de huit régions du Québec et près d'une vingtaine d'experts, ont participé à une démarche novatrice, appuyée sur des techniques d'animation rigoureuses et sur les nouvelles technologies de communication, qui consiste à faire se rencontrer les savoirs et les valeurs afin de faire apparaître les voies de l'avenir.

Dans le domaine de la santé, les problèmes semblent nombreux et insurmontables. Des blocages et des préjugés, des tabous empêchent de discuter et de réfléchir à des solutions qui bousculent les habitudes, même lorsqu'elles ont été appliquées avec succès ailleurs dans le monde. Des groupes d'intérêt, bien que légitimes et incontournables, monopolisent parfois les débats. L'un des buts des Rendez-vous stratégiques de l'INM est justement de casser ce monopole, non pas en excluant les experts et les acteurs du système, dont le rôle est essentiel, mais en instaurant entre eux et les citoyens et citoyennes un dialogue fructueux.

Chaque rendez-vous stratégique (le deuxième porte sur l'économie et le suivant portera sur la culture) est placé sous la gouverne d'un comité directeur formé d'experts reconnus et d'acteurs importants du secteur concerné. Ces personnes représentent différents courants de pensée. Le comité directeur propose une façon d'aborder le thème principal ou de formuler les questions à débattre. Ces questions sont posées sous la forme de dilemmes à résoudre.

#### COMITÉ DIRECTEUR

Marcel Villeneuve, président du comité. Consultant, ancien directeur général de la Régie de la santé et des services sociaux de Montréal centre.

Michel Clair. Président et chef de la direction du groupe Santé SEDNA, président en 2000-2001 de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

André-Pierre Contandriopoulos. Professeur au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

Jean-Claude Deschênes. Président du conseil d'administration du CHUQ, ancien sous-ministre aux Affaires sociales.

Pierre-Gerlier Forest. Expert scientifique en chef à Santé Canada, directeur de recherche à la Commission Romanow.

Claude Garcia. Président (1983-2004) opérations canadiennes de Standard Life.

Benoit Gareau. Dentiste, membre fondateur du regroupement Espace Santé.

Vivian Labrie. Coordinatrice de la Coalition pour le Québec sans pauvreté.

Paul Lamarche. Professeur au département d'administration de la santé et de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

Joëlle Lescop. Directrice des services professionnels à l'Hôpital général de Lakeshore, ancienne secrétaire générale du Collège des médecins, porte-parole de l'Action démocratique du Québec (ADQ) sur la santé aux élections de 2003.

Richard Massé. Président de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Hélène Morais. Présidente du Conseil de la santé et du bien-être.

Michel Venne. Directeur général de l'Institut du Nouveau Monde.

Pour chacun des dilemmes soumis au débat, l'INM constitue une documentation pertinente, faite de courts essais dégagant les enjeux, les problèmes et les pistes de solutions. Ces essais sont distribués aux participants dans un cahier. Ce centre de documentation virtuel comporte également des textes de

référence, des études, des articles scientifiques, des données statistiques. Des conférenciers sont invités à prendre la parole devant les participants pour leur offrir une mise en contexte sur chacun des dilemmes avant que le débat s'engage.

Le débat s'est lui-même déroulé en trois temps. Deux premières rencontres ont été organisées dans huit régions du Québec. Les huit régions ont d'abord été interconnectées par vidéoconférence, afin de permettre à tous les participants, quel que soit leur lieu de résidence, d'entendre les conférenciers et de leur poser des questions. Les conférences ont aussi été diffusées sur Internet.

Par la suite, les samedis 12 mars et 9 avril, les participants se sont retrouvés entre eux, dans leurs régions respectives, pour discuter des dilemmes qui leur ont été soumis. Leur tâche consistait d'abord à définir les orientations stratégiques pour les vingt prochaines années et ensuite à formuler des propositions concrètes d'action pour que ces orientations deviennent réalité.

La synthèse des orientations stratégiques a été dévoilée lors de la rencontre nationale des 6 et 7 mai, à Montréal. Ce sont des citoyens et des citoyennes, provenant de plusieurs régions, qui ont rendu publiques ces orientations en présence d'un panel d'experts (les membres du comité directeur et les conférenciers invités). Les experts ont réagi aux orientations retenues par les citoyens et citoyennes. Un dialogue a pris place entre eux. Le 7 mai, les participants se sont réunis en assemblées délibérantes thématiques et ont débattu des propositions provenant des huit régions participantes. Ils ont adopté puis placé en ordre de priorité celles qui recueillaient l'assentiment majoritaire. Ces propositions sont devenues les recommandations des membres de l'INM ayant participé au Rendez-vous stratégique. Ce sont les « 100 idées citoyennes pour un Québec en santé » qui sont publiées sous la forme d'un livre.

Les résultats et la démarche ont ensuite été présentés au ministre, à l'Opposition officielle, au comité Ménard (notre rapport est en annexe du rapport Ménard), aux responsables de la santé publique, aux directeurs de CSSS et à l'Organisation mondiale de la santé (à sa demande).

## **2.2. Le colloque sur le rôle du privé dans la santé**

Les 24 et 25 février 2006, quelque 300 citoyens et experts ont été réunis à Montréal pour débattre de la réponse à donner à l'arrêt Chaoulli sur la place et le rôle du secteur privé dans le système de santé québécois. Ce colloque, organisé conjointement par le Réseau de recherche en santé des populations et l'Institut du Nouveau Monde, a eu lieu quelques jours après le dévoilement des intentions du gouvernement du Québec à ce sujet. Le ministre de la Santé et des Services sociaux et le porte-parole de l'Opposition officielle ont pu exprimer leur point de vue lors du colloque.

Des chercheurs de différentes universités et de différentes disciplines ont présenté le fruit de leurs recherches afin d'éclairer le choix que les Québécois s'approprient à faire. Ils ont abordé le contenu et la portée du jugement et ont examiné l'état de l'opinion publique à cet égard ainsi que les prémisses du débat : les craintes soulevées au sujet des listes d'attente et de l'impact du vieillissement de la population sur les coûts de santé, entre autres, sont-elles fondées ? Ils ont ensuite présenté des expériences étrangères et débattu des options du Québec. Les citoyens présents ont ensuite eu l'occasion de se prononcer sur ces options, y compris celle rendue publique par le gouvernement du Québec.

Les meilleurs experts du Québec sur ces questions étaient au nombre des conférenciers, notamment Dr Gilles Paradis, Marie-Claude Prémont, André-Pierre Contandriopoulos, Antonia Maioni, Christopher Manfredi, Paul Lamarche, Céline Saint-Pierre, Louise-Hélène Trottier, Mélanie Bourque, Damien Contandriopoulos, Henriette Bilodeau, Daniel Reinharz, François Champagne, Amélie Quesnel-Vallée, Lee Soderstrom et Dr Jean Rodrigue.

### **3. LES PRIORITÉS DES CITOYENS PARTICIPANTS** **AU RENDEZ-VOUS STRATÉGIQUE DE L'INM SUR LA SANTÉ**

C'est à l'occasion du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé, tenu en mars, avril et mai 2005, que l'INM a pu recueillir le point de vue de quelque 200 citoyens, éclairé par la documentation préparée par des experts, des conférences et un dialogue avec des spécialistes du sujet, intellectuels et acteurs du système.

Les citoyens qui ont participé à ce rendez-vous ont manifesté une ouverture à la recherche de voies nouvelles et ils ont exprimé le besoin de trouver des solutions qui pourraient remettre en question certains dogmes ou prises de position orientées par des intérêts corporatistes. Cependant des valeurs fondamentales telles que l'universalité et l'équité ont été réitérées et ont présidé aux recommandations qui ont été formulées.

#### **3.1 La gouverne du système, la participation des citoyens**

Les débats ont donc eu lieu avant que la Cour suprême du Canada rende sa décision dans la cause Chaoulli. Les citoyens ne se sont donc pas exprimés sur le contenu de l'arrêt ni sur la proposition gouvernementale. Ils ont toutefois énoncé des principes et proposé des pistes d'action.

Entre autre, ils ne se sont pas prononcés sur le rôle des tribunaux dans la détermination des contours du système de santé et de services sociaux, bien que la question de la gouverne du système de soins, le rôle de l'État et la participation des citoyens ait été l'un des cinq thèmes abordés.

Il est difficile d'anticiper les positions des participants sur le rôle des tribunaux. Cependant, le fait de ne pas en avoir fait état, pourrait laisser augurer que ceux-ci ne représentent pas l'instance première dans la définition des grandes orientations et des arbitrages à faire en matière de choix collectifs.

Les recommandations concernant la gouverne du système de santé, le rôle de l'État et la place des citoyens sont les suivantes :

- La reconnaissance du rôle central de l'État et en l'occurrence du MSSS dans la définition des grandes orientations du système de santé en même temps que la nécessité d'une réorganisation des structures décisionnelles qui donnerait plus d'autonomie aux intervenants de première ligne incluant une participation citoyenne en vue de développer des projets-pilotes pour explorer de nouveaux modes de gestion et de dispensation des soins de santé. La participation citoyenne pourrait comprendre des dimensions de consultation, de décision, d'évaluation, de transmission de l'information.
- Une présence au sein des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux et des agences régionales, de citoyens élus au suffrage universel.
- La mise sur pied d'une Commission nationale de la santé dont la responsabilité serait de proposer les orientations et les priorités nationales, d'organiser des consultations publiques et de favoriser le dialogue entre la population, les politiciens, les technocrates, les experts et les professionnels. Cette commission serait aussi chargée de promouvoir les droits et responsabilités des usagers.
- La nomination d'un Commissaire à la santé qui soit chargé d'élaborer les grands paramètres d'une politique de la santé à partir des choix soumis par le ministre de la Santé et de toutes expertises qu'il aurait pu prendre en compte dans le processus décisionnel.
- Que les grands paramètres d'une politique de la santé fassent l'objet d'un processus décisionnel public inspiré des pratiques du BAPE et que le ministre ait un droit de veto sur ces décisions.
- Un amendement à la loi 83 pour que les CSSS soient tenus de rendre des comptes publiquement et d'une manière qui soit compréhensible et accessible à la population.

- La mise en place d'instances au niveau national, régional et local pour permettre la consultation et le débat public sur toutes questions jugées d'importance, notamment sur les choix éthiques en matière de santé ; les citoyens seraient majoritaires dans ces instances où seraient aussi présents des experts, des professionnels de la santé, des gestionnaires du réseau et des élus.

Ces recommandations traduisent :

- Une demande de décentralisation et de responsabilisation des acteurs aux différents niveaux de la structure de décision jugée trop lourde et bureaucratique actuellement ;
- L'attribution d'un réel pouvoir aux citoyens et la dépolitisation du système trop soumis aux orientations partisans des gouvernements et aux intérêts corporatistes;
- Une meilleure information des citoyens pour qu'ils soient en mesure de participer à la formulation de leurs besoins et à la définition des services requis pouvant y répondre. Notamment, ils souhaitent être informés des coûts des services de santé qu'ils ont reçus.
- La révision du processus décisionnel qui fasse appel davantage à la co-construction de la part de tous les acteurs concernés et que ce processus laisse la place à des délibérations bien menées conduisant à des décisions éclairées.

### **3.2 Une vision globale de la santé, une priorité à la prévention**

Les citoyens se sont entendus sur les principes suivants :

- L'État doit aborder la santé selon une approche globale qui interpelle plusieurs ministères et implique les citoyens dans la prise de décision;
- Un virage doit être pris en faveur de la prévention ;
- L'accessibilité aux services de santé doit être universelle ;
- Le financement du système doit demeurer public, mais pouvant s'accompagner d'une ouverture au privé à certaines conditions et sous contrôle public pour la livraison et la production des services (voir section 6 de ce mémoire) ;
- L'usage des budgets actuels alloués par le MSSS avant d'ajouter des argents nouveaux ;
- Les services et les résultats doivent faire l'objet d'évaluations publiques.

*Une responsabilité collective : agir sur les déterminants de la santé*

Aux yeux des participants, les individus sont, bien sûr, responsables d'eux-mêmes. Les habitudes de vie conditionnent l'état de santé, et chaque personne est libre et responsable d'adopter des comportements compatibles avec une bonne santé. Cependant, nous constatons que tout le monde ne dispose pas des mêmes connaissances sur l'impact des habitudes de vie sur la santé ni des mêmes habiletés à prendre en charge sa propre santé ; la responsabilité individuelle peut difficilement s'exercer si les conditions objectives permettant d'adopter de bonnes habitudes de vie n'existent pas dans la communauté, par exemple : la disponibilité de denrées alimentaires saines, l'accès à des équipements sportifs, l'existence d'un système de transport en commun, etc. ; l'individu a peu de pouvoir sur les principaux déterminants de la santé qui relèvent de l'environnement physique et de l'environnement social ; pour que certains comportements changent, il a été utile et parfois nécessaire que les lois changent : l'adoption de la Loi sur la santé et la sécurité du travail a eu un effet déterminant sur la diminution des risques et des accidents dans les milieux de travail ; la criminalisation de l'ivresse au volant a eu un effet comparable sur le comportement des conducteurs.

Si l'individu est responsable de lui-même, il revient à la collectivité, et en particulier à l'État (le gouvernement aussi bien que les établissements et les professionnels de la santé, les municipalités, les écoles), de créer les conditions favorables à de saines habitudes de vie. Cette responsabilité incombe également aux entreprises et aux organisations sociales.

Les participants ont appris avec stupéfaction que le système de soins n'est pas, et de loin, le principal déterminant de l'état de santé d'une population. Personne ne remet en question la nécessité de maintenir un système de soins universel, accessible et efficace. Les participants souhaitent d'ailleurs que l'on en protège l'universalité, qu'on le rende plus efficace et qu'on en améliore l'accès. Ils constatent cependant le paradoxe d'un système de santé qui met l'accent sur la maladie.

À l'intérieur du système de soins, l'État peut déjà accroître la proportion de ses ressources consacrées à la prévention. Il ne faut pas confondre ici dépistage et prévention. À l'intérieur du système de soins, on peut réconcilier l'action préventive avec l'action curative. L'État peut contribuer fortement à maintenir la population en santé s'il augmente ses efforts de prévention et d'éducation et s'il agit vigoureusement sur les déterminants de la santé comme la pauvreté, l'environnement, le capital social. À cet égard, les participants lancent un message fort en faveur de l'adoption et la mise en œuvre, par le gouvernement du Québec, et ce, à travers l'action de tous les ministères concernés, d'une stratégie efficace et globale de réduction de la pauvreté.

#### **4. L'AVIS DES CITOYENS PARTICIPANTS** **AU RENDEZ-VOUS DE L'INM SUR LA SANTÉ** **SUR LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ**

##### **Un rejet de la logique marchande, un encadrement strict du secteur privé**

Certains services de santé financés par l'État et couverts par l'assurance-maladie sont déjà dispensés par des organisations privées sous contrôle étatique. Le cas des cabinets de médecins est patent. L'économie sociale est également déjà présente dans certains secteurs. Bref, le privé joue déjà un rôle dans le système public de santé. Sur le plan du financement, on estime d'ailleurs à 30 % des dépenses totales les dépenses dites privées.

Globalement, le caractère public du système sert bien les Québécois. Les principes d'accessibilité et de financement public ne peuvent pas être remis en question. L'État doit également maintenir un contrôle rigoureux des coûts des services.

Cependant, le système public semble parfois débordé. L'accès aux soins est virtuel dans certaines régions et à certains moments de l'année. Trouver un médecin de famille est devenu une tâche ardue. Les délais d'attente restent longs. Aussi, est-il important de trouver des moyens pour améliorer constamment les services dispensés par le secteur public.

Aux yeux des citoyens, le recours à des acteurs privés ne doit donc pas être exclu. Cependant, le recours au privé doit être rigoureusement encadré de manière à éviter que la logique du profit, inhérente à toute entreprise privée, domine le principe du bien commun. Les citoyens refusent un système dans lequel des individus feraient du profit sur le dos des malades.

En ce sens, lorsque l'État recourt au privé, il devrait privilégier les organisations à but non lucratif, qui ne recherchent pas le profit, qui répondent à des besoins identifiés dans le milieu et qui favorisent la participation des citoyens aux décisions et à l'administration.

Les participants au Rendez-vous stratégique ont affiché un certain scepticisme quant à la capacité du secteur privé à but lucratif de protéger et de respecter les principes inhérents au secteur public, notamment celui de l'accessibilité.

Le recours au privé à but lucratif n'est certes pas une voie à privilégier. La pertinence d'une privatisation n'est pas démontrée.

Si l'État recourt au privé, il doit faire la démonstration que cela n'aura pas d'impact négatif sur les coûts, l'efficacité, l'accessibilité et la qualité des soins.

En résumé, voici les principes sur lesquels les citoyens consultés par l'INM se sont entendus :

- Les participants affirment que le système de santé doit rester profondément inscrit dans une dynamique publique fondée sur le rôle premier de l'État dans : (1) la définition des grandes orientations inscrites dans une politique nationale de la santé ; (2) la formulation des résultats attendus ; (3) l'évaluation de ces résultats.
- Les participants ont affiché une ouverture au recours au privé pour **la livraison ou la production** de services de santé dans la mesure où la diversification de l'offre permet de :
  - combler les besoins dans toutes les régions du Québec ;

- favoriser l'émergence de manières innovatrices et respectueuses des personnes, de livrer les services de santé ;
  - améliorer l'accès ;
  - favoriser la prise en charge des services par le milieu.
- Ils ont adopté une proposition réaffirmant **l'accessibilité universelle** comme un principe non-négociable.
- De même, ils affirment clairement que dans tous les cas où le secteur privé doit être impliqué dans la livraison des soins, **le financement de ces soins doit demeurer public**.
- Ils affichent une nette préférence pour les organisations privées **à but non lucratif**, les entreprises d'économie sociale, les organisations communautaires et les coopératives de santé, toutes formes qui favorisent un ancrage local, une adéquation avec les besoins du milieu, la participation des citoyens à l'administration et l'innovation dans la manière de dispenser les soins et des services dans le respect des personnes.
- **Les cliniques coopératives**, qui impliquent une participation des citoyens à la gestion et le retour des bénéfices en investissements dans les services, a soulevé une attention particulière des participants. Des propositions ont été adoptées pour inciter le gouvernement à favoriser l'expérimentation de cette formule au lieu de laisser les chaînes de pharmacie s'accaparer ce « marché » en offrant à des cabinets privés à but lucratif des avantages pécuniaires. Les participants craignent que l'association entre cabinet de médecin et pharmacie ne favorise une médecine axée sur la médication plutôt qu'une vision globale de la santé.
- Les citoyens demandent à l'État de financer adéquatement les organisations à but non lucratif mobilisées dans la livraison de services de santé et de services sociaux.
- Ils enjoignent au gouvernement de mettre l'accent sur le développement de la première ligne. Ils demandent d'urgence l'accès à **un médecin de famille** pour tous. Ils suggèrent d'ailleurs de revoir le mode de **rémunération des médecins** de manière à ce que l'incitatif financier porte l'action médicale vers la production de santé plutôt que vers uniquement le traitement de la maladie.
- Le recours au privé **à but lucratif devrait être restreint** aux champs périphériques aux soins, comme les immobilisations et les équipements, et ce à **certaines conditions** :
  - que le recours au privé soit nécessaire et rentable du point de vue des finances publiques ;
  - que la preuve ait été faite que ce recours contribue à améliorer l'organisation, l'accès et la qualité des services ;
  - qu'il mette à contribution une expertise, des équipements technologiques ou des ressources autrement non disponibles.
- Le recours au privé, à but lucratif ou non lucratif, devrait :
  - être déterminé par et correspondre aux objectifs et priorités du système public ;
  - être complémentaire aux services publics ;
  - être déterminé à la suite de consultations publiques ;
  - faire l'objet d'une entente précisant le cadre d'exercice, notamment en ce qui concerne le contrôle de la qualité des services ;
  - faire l'objet d'une évaluation publique en regard d'attentes de résultat prédéterminées par le système public.

## **5. POSITION DE L'INM** **SUR LA PROPOSITION PRIVILÉGIÉE PAR LE GOUVERNEMENT**

Nous aborderons tour à tour dans ce chapitre les points suivants :

- La garantie d'accès dans le système public ;
- L'implantation de cliniques spécialisées affiliées ;
- La levée de la prohibition de l'assurance privée duplicative.

### **5.1 La garantie d'accès dans le système public**

L'intention du gouvernement d'« orienter les actions du réseau de la santé et des services sociaux vers l'introduction d'un mécanisme pour garantir l'accès aux services dans le système public » (p. 45) correspond aux vœux des citoyens ayant participé aux débats de l'Institut du Nouveau Monde.

Ceux-ci souhaitent que le système continue d'obéir à une dynamique publique. Ils considèrent l'accessibilité universelle comme un principe non-négociable. Ils ont formulé diverses recommandations pour améliorer les soins et les services dans le système public. Les citoyens appuieront volontiers toutes les réformes visant un meilleur accès aux services à l'intérieur du système public.

D'ailleurs, la proposition gouvernementale s'appuie sur des principes qui ont été retenus par les citoyens : « L'universalité et l'équité du régime public de santé ; l'intégration des services comme mode d'organisation privilégié ; le maintien et l'amélioration de la qualité des services ; la disponibilité des ressources humaines dans le secteur public ; l'accroissement de la productivité et un meilleur contrôle des coûts du système de santé » (p. 40).

La proposition est également compatible avec le principe du financement public. La garantie d'accès aux services pour une chirurgie électorale proposée par le gouvernement prévoit en effet que « le régime public se chargerait du coût et de la prestation des services assurés ». (Voir plus loin nos commentaires sur la levée de la prohibition de l'assurance maladie privée).

Le principe voulant que la garantie d'accès s'applique graduellement à un nombre de plus en plus étendu de situations cliniques semble raisonnable. Il y a lieu de prendre le temps de mettre en place les conditions et les ressources requises et il est possible qu'on ne puisse y arriver partout au même moment.

Le gouvernement propose de mettre en œuvre la garantie d'accès d'abord pour les services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie pour lesquels des mécanismes sont déjà en vigueur. Ensuite, le principe de la garantie d'accès serait étendu aux chirurgies électorales en orthopédie et en ophtalmologie, plus précisément pour le remplacement de la hanche et du genou et pour la chirurgie de la cataracte. Ce choix nous apparaît opportun compte tenu des délais d'attente enregistrés pour ces situations cliniques.

En conséquence :

#### **RECOMMANDATION 1**

**L'INM recommande au gouvernement de mettre en œuvre un mécanisme de garantie d'accès aux services dans le système public de santé et de services sociaux en procédant ou en poursuivant les réformes nécessaires dans le respect des principes réitérés dans le document de consultation (p. 40).**

Toutefois, le pouvoir de déterminer à quelles autres situations cliniques la garantie d'accès pourra être étendue est donné « au ministre » qui agira « par règlement » (p. 47). Nous exprimons des réserves à ce sujet.

Les citoyens ayant participé aux débats de l'INM ont exprimé avec force la volonté d'être consultés sur les orientations du système de soins. Ils ont également souhaité que la détermination des orientations du système de soins ne soit plus la chasse gardée du ministre mais soit confiée à des instances comme le Commissaire à la santé ou une Commission nationale sur la santé. Celles-ci devraient être chargées d'informer et de consulter le public sur les questions sur lesquelles elles doivent se prononcer.

En conséquence :

### **RECOMMANDATION 2**

**L'INM recommande au gouvernement de prévoir un mécanisme de consultation publique préalable à toute extension du mécanisme de garantie d'accès à d'autres situations cliniques.**

Cette recommandation est compatible avec la volonté affichée du gouvernement « d'observer une certaine prudence quant à l'extension du mécanisme à d'autres clientèles » (p. 46).

Le gouvernement affirme que le mécanisme de garantie d'accès fera l'objet d'une évaluation continue sur une période de cinq ans et que des ajustements seraient apportés au besoin.

En conséquence :

### **RECOMMANDATION 3**

**L'INM recommande que l'évaluation du mécanisme de garantie d'accès soit nécessairement publique, que les citoyens soient conviés à y participer et qu'elle soit confiée à une instance indépendante du ministère. L'INM recommande que des critères précis et que des indicateurs quantitatifs et qualitatifs soient déterminés au préalable pour soutenir cette évaluation, notamment en ce qui a trait à l'efficacité réelle du mécanisme pour réduire les listes et les délais d'attente et aux coûts engendrés par celui-ci.**

L'évaluation du mécanisme et la consultation pourraient être confiées, par exemple, au Commissaire à la santé, fonction récemment créée par voie législative.

Les mêmes commentaires s'appliquent à deux autres éléments du mécanisme de garantie d'accès : les listes d'attente et la détermination des délais d'attente acceptables.

En conséquence :

### **RECOMMANDATION 4**

**L'INM recommande au gouvernement d'améliorer la qualité et la fiabilité des indicateurs disponibles pour mesurer les délais d'attente et que ceux-ci soient facilement accessibles aux citoyens et aux usagers. L'INM recommande que le processus de détermination des délais d'attente jugés acceptables soit transparent et que les données et les évidences sur lesquelles il s'appuie soient rendues publiques dans une forme accessible pour la population.**

Le gouvernement évoque la possibilité que le droit de souscrire une assurance privée soit étendu à chacune des situations cliniques qui jouirait d'une garantie d'accès, sauf pour les chirurgies cardiaques et les traitements de radio-oncologie (p. 45).

Si tel devait être le cas, chaque fois que le gouvernement établirait une garantie d'accès pour une situation clinique donnée, il élargirait la part du financement privé en santé. Nous croyons que ces deux questions (garantie d'accès et assurance privée) doivent être traitées séparément.

En conséquence :

### **RECOMMANDATION 5**

**L'INM recommande au gouvernement de dissocier clairement l'établissement d'une garantie d'accès dans le système public du droit de souscrire une assurance maladie privée.**

Le mécanisme de garantie d'accès prévoit que, en bout de processus, si le service ne peut être obtenu dans le système public, il sera possible « d'acheter le service auprès d'un dispensateur privé (au Québec ou hors Québec) » (p. 47). Les soins seraient payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Cette proposition nous paraît compatible avec la position des citoyens qui ont affiché une ouverture à un rôle pour le secteur privé dans la production et la livraison de services, si ceux-ci sont complémentaires au système public, si le financement des services demeure public et si des mesures sont prises pour contrôler la qualité des soins et les coûts de ceux-ci. Dans un tel contexte, les services privés seraient utilisés en dernier recours. Ces services privés demeureraient l'exception. Pour ce faire, il est d'ailleurs requis, comme le propose le gouvernement, que le principe d'étanchéité entre participation et non participation au régime public soit maintenu.

Nous soulignons d'ailleurs, tout en l'approuvant, la volonté exprimée par le gouvernement de limiter l'ouverture au privé pour les soins chirurgicaux en veillant à ce que, avant tout, « les conditions soient en place dans le système public pour accroître la production des services hospitaliers visés et en garantir l'accès » (p. 45).

### **5.2 L'implantation de cliniques spécialisées affiliées**

Le mécanisme de garantie d'accès proposé par le gouvernement prévoit que si un patient inscrit sur une liste d'attente pour une chirurgie électorale visée par le mécanisme n'a toujours pas reçu le service requis par sa condition après six mois, l'établissement responsable de son cas peut « procéder à l'achat du service dans une clinique spécialisée affiliée au réseau public » (p. 48).

Ces cliniques seraient « construites, équipées et gérées par des partenaires privés en relation avec un centre hospitalier ou un centre de santé et de services sociaux. Les établissements publics y achèteront des services (imagerie, chirurgies mineures) prodigués par des médecins participant au régime public, sans frais pour les utilisateurs » (p. 8).

Le document de consultation rappelle que la proposition de créer des cliniques affiliées a été proposée par la Commission Clair (2000) et qu'elle a été reprise par le gouvernement dans son plan de modernisation de l'État en 2004 « en se référant à la mise en place de centres médicaux et chirurgicaux agréés » (p. 49).

Il apparaît que ces cliniques spécialisées offriraient aux hôpitaux ou aux CSSS auxquels elles sont affiliées divers services relatifs non seulement aux situations cliniques visées par la garantie d'accès mais pour tout autre « besoin des établissements affiliés, selon les conditions définies par entente » (p. 49).

Le document de consultation ne fournit toutefois aucune information sur les avantages et les inconvénients de la création de telles cliniques privées, sinon que celles-ci « procéderaient à l'acquisition de leurs équipements et de leurs installations en fournissant elles-mêmes le capital requis » (p. 49), ce qui semble être perçu comme un avantage, l'État n'ayant pas à déboursier ces sommes pour acquérir de nouveaux équipements.

La création de cliniques spécialisées affiliées serait compatible avec les principes adoptés par les citoyens si leur implantation respecte un certain nombre de critères et de conditions.

L'information fournie dans le document de consultation sur les cliniques spécialisées permet d'établir que la proposition gouvernementale répond favorablement à certains des critères et conditions énoncés :

- Le financement des soins sera public ;
- Les services offerts seront déterminés par les établissements publics auxquels les cliniques seront affiliées et décrits dans une entente.

Le document n'est toutefois pas suffisamment explicite pour savoir si le projet de créer des cliniques spécialisées affiliées répond aux autres conditions, en particulier :

- la rentabilité du point de vue des finances publiques (le rapport coûts / bénéfiques) ;
- les besoins à combler ;
- la complémentarité avec le système public ;
- l'impact sur l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en comparaison avec un réaménagement des établissements publics ;
- les modalités d'évaluation de l'efficacité et de la qualité des services offerts dans ces cliniques.

En outre, il semble clair que ces cliniques seraient la propriété d'entreprises à but lucratif. Si tel est le cas, il est impossible de savoir, en lisant le document de consultation, comment ces entreprises réussiraient à dégager une marge bénéficiaire (le profit étant une condition de base pour tout investisseur privé). Les patients devraient-ils y déboursier des frais supplémentaires ? Les tarifs octroyés aux médecins participants oeuvrant dans ces cliniques seraient-ils supérieurs à ceux accordés dans les établissements publics ? Les conditions de travail et salariales des employés de ces cliniques seraient-elles différentes de celles en vigueur dans les établissements publics ? Etc.

En conséquence :

#### **RECOMMANDATION 6**

**L'INM recommande au gouvernement de clarifier son projet de cliniques spécialisées affiliées, notamment en tenant compte des conditions énoncées lors du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé, et de soumettre à nouveau ce projet à la consultation au cours des prochains mois. Le gouvernement devrait également s'assurer que la création de ces cliniques contribuera au mécanisme de garantie d'accès en particulier pour les situations cliniques prioritaires identifiées.**

#### **RECOMMANDATION 7**

**Si le gouvernement va de l'avant avec la création de cliniques spécialisées affiliées, l'INM lui recommande de prévoir, dans le cadre de l'évaluation du mécanisme de garantie d'accès (voir recommandation 3), une évaluation spécifique des cliniques spécialisées affiliées se fondant entre autre sur les critères et conditions énoncés lors du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé, notamment : la rentabilité du point de vue des finances publiques, la complémentarité par rapport au système public, la valeur ajoutée, l'efficacité et la qualité des services, la transparence et le maintien du financement public des services offerts.**

### **5.3 La levée de la prohibition de l'assurance privée duplicative**

Les citoyens participants au Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé se sont prononcés clairement en faveur du maintien du caractère public du financement du système de santé et de services sociaux.

Cette prise de position s'explique par la volonté de préserver l'universalité d'accès aux soins. Les citoyens appuient le principe voulant que les services soient accessibles en fonction de l'état de santé d'une personne et non en fonction de l'épaisseur de son porte-monnaie.

Le gouvernement réitère d'ailleurs dans le document de consultation son appui à ces principes : « C'est justement ces valeurs de justice sociale et d'équité qui doivent guider le débat dans lequel nous sommes engagés », écrit le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, en avant-propos.

Le gouvernement ajoute : « Toutes les analyses rejettent le recours à la privatisation du financement des soins de santé parce que cette voie comporte des inconvénients majeurs. Parmi ceux-ci, notons la protection insuffisante de la couverture d'assurance privée, les coûts élevés, les problèmes d'accessibilité et d'équité pour les personnes à plus faible revenu, le manque de ressources humaines, notamment les médecins, ainsi que les écarts dans leur répartition sur l'ensemble du territoire » (p. 36).

Le gouvernement constate que « les expériences étrangères en matière d'assurance privée duplicative comportent plusieurs risques et ne semblent apporter aucune garantie d'un meilleur accès global aux soins de santé, ni de gains d'efficacité dans l'ensemble d'un système. Un enjeu important consiste à ne pas sacrifier l'équité dans l'accès aux soins pour l'ensemble de la population » (p. 38).

Selon le gouvernement, « le principal effet pervers associé à une réglementation trop permissive et à un contrôle inadéquat de l'assurance duplicative est le détournement de ressources humaines du secteur public vers le secteur privé. Cela peut avoir pour conséquence une réduction de l'accès. (...) De plus, même avec un encadrement réglementaire supplémentaire, rien ne garantit la qualité des services qui seront offerts par le secteur privé » (p. 39).

Enfin, « il semble probable que plus l'ouverture à l'assurance privée sera étendue, plus la gestion globale du système de santé deviendra complexe et plus il pourra être difficile d'en contrôler la qualité et les coûts. Une ouverture à l'assurance privée amènerait, selon toute probabilité, une augmentation de la part du PIB consacrée au secteur de la santé et des services sociaux » (p.44).

Après avoir fait ces constats, le gouvernement propose, néanmoins, afin de répondre aux conclusions de la Cour suprême du Canada dans l'arrêt Chaoulli, « la levée de la prohibition d'assurance privée pour les procédures qui font l'objet d'une garantie d'accès visant l'ensemble de la population. La cardiologie tertiaire et le traitement du cancer demeureront, quant à eux, sujets à cette prohibition, l'accès à ces services faisant aussi l'objet d'une garantie » (p. 8).

Plus précisément, « toute personne aurait le droit de s'assurer privéement pour une couverture de services privés pour les cas électifs définis par règlement et qui sont également couverts par la garantie d'accès aux services dans le régime public. L'assureur privé devrait couvrir la totalité de l'épisode de soins, incluant la réadaptation et le soutien à domicile. L'achat de services est limité aux cliniques privées où pratiquent des médecins non participants au régime public » (p.50).

Pour l'instant, donc, la prohibition de l'assurance privée ne serait levée que pour les chirurgies électives en orthopédie et en ophtalmologie (remplacement de la hanche et du genou, chirurgie de la cataracte), c'est-à-dire les trois situations cliniques couvertes par une garantie d'accès. Le gouvernement indique que le mécanisme d'accès est appelé à s'étendre et, doit-on comprendre, avec lui le droit de souscrire une assurance privée.

Il va de soi que la levée de la prohibition de l'assurance privée pour des services couverts par l'assurance maladie publique est en contradiction avec la volonté des citoyens de maintenir le financement public de ces services. Il s'agit également d'une rupture avec un principe adopté chez nous qui consiste à dire que le

« cœur » du système de soins, les services médicaux et hospitaliers, sont couverts par le régime public mais que la plupart des services qui échappent à cette définition (soins dentaires, médicaments, psychologie, physiothérapie, médecines douces, etc.) sont financés par des contributions privées, soit par l'assurance complémentaire (en particulier les assurances collectives payées en partie par l'employeur) soit par des contributions de l'utilisateur.

Le gouvernement soulève lui-même, dans le document de consultation, plusieurs raisons de s'opposer à la levée de cette prohibition.

Dans l'arrêt Chaoulli, les juges majoritaires affirment que « *la préservation du régime public est un objectif urgent et réel* ». Ils reconnaissent que « *la prohibition de l'assurance privée que prévoient les art. 11 LAH et 15 LAM vise à préserver l'intégrité du régime de santé public* ». Ils estiment cependant que « *la mesure choisie pour y parvenir n'est pas proportionnée à cet objectif* ».

La décision de la Cour suprême dans l'arrêt Chaoulli repose cependant essentiellement sur une preuve selon laquelle le droit à la vie des citoyens est menacé par les délais d'attente pour recevoir les soins appropriés. « *La preuve révèle que, pour certaines chirurgies, les délais inhérents aux listes d'attente augmentent le risque de mortalité du patient ou d'irréversibilité de ses blessures. La preuve révèle également que les patients inscrits sur les listes d'attente non urgente sont souvent des personnes qui souffrent et qui ne peuvent pas profiter pleinement d'une véritable qualité de vie. Le droit à la vie et à l'intégrité de la personne est donc touché par les délais d'attente* », écrit la juge Deschamps.

La juge en chef McLachlin et les juges Major et Bastarache, qui appuient la décision majoritaire, ajoutent : « *Dans la présente affaire, le gouvernement prohibe l'achat d'assurances maladie privées qui permettraient aux Québécois ordinaires d'obtenir des soins de santé privés, mais omet d'offrir un accès raisonnable à des soins de santé, accroissant ainsi les risques de complications et de mortalité. Ce faisant, il porte atteinte aux droits que protège l'art. 7 de la Charte canadienne.* »

Conclusion de la juge Deschamps : « *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.* »

À la suite de l'arrêt Chaoulli, le gouvernement du Québec a rendu publique une réponse qui ne prévoit pas la levée immédiate et universelle de la prohibition de l'assurance privée duplicative. L'essentiel de sa réponse repose sur l'engagement de procéder aux réformes qui s'imposent pour garantir l'accès aux soins dans des délais raisonnables à l'intérieur du système public et, le cas échéant, auprès de fournisseurs privés mais dont les soins seraient payés par le régime public d'assurance maladie.

Ainsi, le gouvernement s'engage, en quelque sorte, à ne plus jamais « omettre d'offrir un accès raisonnable à des soins de santé », comme le lui reprochaient les juges McLachlin, Major et Bastarache. Il « réagit », comme le lui demande la juge Deschamps. Et il prend au mot celle-ci qui affirme que « le gouvernement a certes le choix des moyens ».

Le gouvernement propose néanmoins la levée partielle de la prohibition de l'assurance privée assortie de critères et de conditions à définir pour en limiter le plus possible la portée.

Malgré les restrictions proposées par le gouvernement, nous n'avons pas la conviction que la levée de la prohibition de l'assurance privée, et surtout son extension éventuelle à de nombreuses autres situations cliniques, serait compatible avec l'objectif légitime de préserver l'intégrité du système public.

Le gouvernement a lui-même documenté les risques et les écueils de l'assurance privée. Il y a lieu de penser qu'une levée, même partielle pour l'instant, de la prohibition de l'assurance privée contribuerait à

créer une dynamique favorable à la privatisation des soins que le gouvernement ne souhaite pas. Cette dynamique pourrait mener à l'expansion d'un système de santé parallèle, ce qui serait contraire à tous les objectifs et les principes énoncés par le gouvernement.

En outre, il est probable que l'implantation d'une garantie d'accès dans le système public doublée de la création de cliniques spécialisées affiliées seront des mesures suffisantes pour assurer l'accès à des soins et ainsi de protéger le droit des Québécois à la vie. En d'autres termes, la levée de la prohibition de l'assurance privée ne serait pas socialement utile.

En conséquence :

#### **RECOMMANDATION 8**

**L'INM recommande au gouvernement de surseoir à son intention de lever la prohibition de l'assurance privée duplicative jusqu'à ce que les mécanismes de garantie d'accès, incluant les cliniques spécialisées affiliées, aient été implantés et évalués, et que l'opportunité de lever la prohibition ne soit examinée que lorsque ce processus sera complété.**

## **6. LES ENJEUX DU FINANCEMENT**

Nous reproduisons ici les conclusions du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé portant sur la question du financement.

Le dialogue entre experts et citoyens sur ce sujet a mené aux conclusions suivantes :

- Les citoyens estiment qu'avant même d'envisager d'augmenter le financement de la santé, l'État doit multiplier les efforts pour dépenser mieux les budgets déjà prévus. Ils réclament l'instauration ou l'élargissement d'un organisme déjà existant pour que soit mis en place un processus continu d'évaluation du système de soins auquel les citoyens seraient invités à participer. Ils recommandent des réaménagements à l'intérieur du système, notamment une meilleure répartition des tâches entre professionnels, une révision du mode de rémunération des médecins et une révision des mécanismes d'incitation financière auprès des gestionnaires.
- Ils rejettent majoritairement le recours à des cotisations dédiées, comme en Ontario ou en Alberta. Les raisons invoquées sont les suivantes :
  - le budget de la santé est déjà bien visible à l'intérieur du budget global du gouvernement. Chacun sait que la santé représente 40% du budget de l'État québécois et déduit que 40% de ses taxes et impôts sont, en quelque sorte, dédiés à ce secteur ;
  - le fait de distinguer un impôt spécial sur la santé pourrait, aux yeux de plusieurs participants, avoir pour effet d'inciter les citoyens à comparer la contribution que chacun fait à la santé et alimenter une attitude individualiste.
- L'impôt est vu comme la meilleure source de revenus pour le système public de santé parce qu'il permet une distribution équitable des coûts selon les revenus. Le ticket modérateur n'a pas trouvé d'appui majoritaire, malgré son application en Europe, à cause des effets pervers que celui-ci peut avoir sur les personnes les plus démunies qui pourraient, dès lors, se voir privées de services et leur condition se détériorer.
- Les participants ont adopté une proposition pour que le gouvernement du Canada augmente sa part du financement des coûts de la santé à 25 %, tel que recommandé par la commission Romanow et que l'Assemblée nationale renouvelle ses demandes d'une augmentation des paiements de transfert fédéraux et utilise à cette fin tous les moyens à sa disposition.
- Les citoyens veulent par contre mieux connaître comment cet argent (les 40%) est dépensé. Ils demandent une transparence accrue dans la gestion des fonds réservés à la santé. L'idée d'émettre une facture virtuelle informant chaque citoyen à la fin de l'année ou chaque malade à l'occasion d'un traitement, du coût des services qu'il a reçus, a été proposée dans deux régions. La proposition n'a pas été retenue à la fin du processus.
- À cet égard, les participants ont toutefois adopté plusieurs propositions visant à accroître la transparence du système, notamment par le biais d'une participation réelle des citoyens aux instances décisionnelles.

### **Assurance contre la perte d'autonomie et caisse santé**

- Les solutions de type assurance-autonomie et caisse santé n'ont pas suscité d'enthousiasme, et ce principalement parce que les citoyens se sentaient insuffisamment informés des modalités précises et des effets réels de tels mécanismes.

- Ils ont cependant adopté une proposition en faveur de l'étude de projets de caisse santé. Ils veulent en savoir davantage à ce sujet.
- Les participants ont été sensibles à la dimension « prévoir l'avenir » de telles solutions. Ils sont préoccupés par la pérennité du système de soins et par l'équité intergénérationnelle.
- Par contre, ils ne voient guère l'utilité de créer une caisse ou un fonds séparé de la santé pour gérer les dépenses actuelles. Leurs réponses aux cinq dilemmes montrent une forte sensibilité à l'égard d'une approche globale de la santé, notamment par une action sur les déterminants de la santé. Ils ont été étonnés d'apprendre que le système de soins n'a contribué, au cours du dernier siècle, qu'à 20% de l'augmentation de l'espérance de vie. Personne, évidemment, ne remet en question l'existence d'un système de soins de qualité. Mais ils observent que ce système doit s'insérer dans une dynamique globale, comme l'un des déterminants de la santé. Les autres missions de l'État, ont-ils constaté, ont un impact immense sur la santé : environnement, transport, éducation, famille, loisirs, développement économique, etc. Cela explique leur réticence à séparer le budget de la santé des autres missions de l'État. Ils invitent l'État plutôt à prendre conscience de la dimension santé qui existe dans toutes ses missions. Ils craignent qu'en séparant le budget dans un fonds spécial ou une caisse dédiée, le divorce entre la mission santé et les autres missions de l'État ne soit accentué.

## **7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

En se référant aux résultats des délibérations de citoyens et d'experts, l'Institut du Nouveau Monde

- appuie le principe de l'implantation d'un mécanisme de garantie d'accès aux services de santé dans le secteur public ;
- recommande au gouvernement de clarifier son projet de cliniques spécialisées affiliées et de le soumettre de nouveau à la consultation dans les prochains mois ;
- demande que les mécanismes de garantie d'accès, incluant les cliniques spécialisées affiliées, fassent l'objet d'une évaluation publique ;
- recommande au gouvernement de surseoir à son intention de lever la prohibition de l'assurance privée duplicative et qu'il ne réexamine l'opportunité de lever cette prohibition qu'une fois qu'il aura implanté et évalué les mécanismes de garantie d'accès ;
- rappelle au gouvernement que les citoyens ont déjà énoncé, à l'égard de la santé, d'autres priorités, notamment un virage majeur en faveur de la prévention, qui ne peuvent être laissées pour compte.

L'INM approuve l'implantation graduelle de ce mécanisme de garantie d'accès en commençant par des situations cliniques où les listes et les délais d'attente ont les conséquences les plus importantes. Il demande que l'extension du mécanisme à d'autres situations cliniques fasse l'objet de consultations publiques et que l'extension de la garantie d'accès soit dissociée de la levée graduelle de la prohibition de l'assurance privée.

L'INM invite toutefois le gouvernement à ne pas oublier que si les Québécois souhaitent avoir accès à des services dans les délais requis, ils veulent avoir accès à des services de qualité. Ils ont exprimé par ailleurs d'autres priorités, en particulier un virage majeur en faveur de la prévention des maladies et d'une action vigoureuse de l'État et de ses partenaires sur les facteurs déterminants de la santé, notamment la lutte contre la pauvreté, la protection de l'environnement et l'éducation à de saines habitudes de vie. Ces priorités ne doivent pas être laissées pour compte par l'implantation d'un mécanisme de garantie d'accès visant des situations cliniques particulières.

Ils ont également exprimé leur préférence pour un système décentralisé, faisant une place aux citoyens dans les structures décisionnelles. Ils ont identifié comme une priorité les services de première ligne et en particulier l'accès pour tous à un médecin de famille. Ils veulent que le système fasse l'objet d'évaluations continues. Enfin, ils préconisent le respect des principes d'universalité et d'équité et le financement public du système de santé. Ils rejettent la logique marchande en santé et réclament un encadrement strict du secteur privé lorsque celui-ci est appelé à jouer un rôle.

L'INM invite le gouvernement à mieux documenter son projet de cliniques spécialisées affiliées et de soumettre à nouveau ce projet à la consultation publique. L'INM ne s'oppose pas à la création de ces cliniques si celles-ci répondent aux critères et aux conditions énoncés par les citoyens participants à son Rendez-vous stratégique sur la santé. En particulier, les citoyens accordent leur confiance au secteur privé à but non lucratif surtout et veulent que le rôle du secteur privé à but lucratif soit circonscrit à la périphérie des soins, notamment pour les immobilisations et les équipements. Lorsque le secteur privé est appelé à jouer un rôle, celui-ci doit être déterminé par le système public à partir de ses propres besoins, être complémentaire au secteur public, être rentable du point de vue des finances publiques, proposer une valeur ajoutée par rapport aux ressources disponibles.

Quelle que soit la décision finale du gouvernement, l'INM demande que le mécanisme de garantie d'accès, incluant l'implantation de cliniques spécialisées affiliées, fasse l'objet d'une évaluation publique

rigoureuse, fondée sur des critères et des indicateurs préétablis, réalisée par une instance indépendante du ministère de la Santé et des Services sociaux et que les citoyens soient invités à y participer.

L'implantation d'un mécanisme de garantie d'accès dans le secteur public couplée à la création de cliniques spécialisées affiliées devrait avoir pour résultat d'améliorer l'accès aux services de santé dans des délais raisonnables et ainsi répondre aux principales critiques contenues dans l'arrêt Chaoulli.

Pour cette raison, il n'apparaît pas nécessaire de lever immédiatement, même de façon limitée, la prohibition de l'assurance maladie privée duplicative au Québec. Le gouvernement a lui-même documenté les risques et les effets pervers de l'assurance privée. Nous ne sommes pas convaincus que la levée de la prohibition, même partielle et encadrée, ne créerait pas une dynamique favorable à la privatisation, pouvant mener à un système de soins parallèle. Cette situation rendrait difficile l'atteinte de l'objectif légitime de préserver l'intégrité du système public de santé.

En conséquence, l'INM recommande au gouvernement de surseoir à son intention de lever la prohibition de l'assurance santé duplicative et qu'il ne réexamine l'opportunité de lever cette prohibition qu'une fois qu'il aura implanté et évalué les mécanismes de garantie d'accès proposés.

#### **RECOMMANDATION 1**

**L'INM recommande au gouvernement de mettre en œuvre un mécanisme de garantie d'accès aux services dans le système public de santé et de services sociaux en procédant ou en poursuivant les réformes nécessaires dans le respect des principes réitérés dans le document de consultation (p. 40).**

#### **RECOMMANDATION 2**

**L'INM recommande au gouvernement de prévoir un mécanisme de consultation publique préalable à toute extension du mécanisme de garantie d'accès à d'autres situations cliniques.**

#### **RECOMMANDATION 3**

**L'INM recommande que l'évaluation du mécanisme de garantie d'accès soit nécessairement publique, que les citoyens soient conviés à y participer et qu'elle soit confiée à une instance indépendante du ministère. L'INM recommande que des critères précis et que des indicateurs quantitatifs et qualitatifs soient déterminés au préalable pour soutenir cette évaluation, notamment en ce qui a trait à l'efficacité réelle du mécanisme pour réduire les listes et les délais d'attente et aux coûts engendrés par celui-ci.**

#### **RECOMMANDATION 4**

**L'INM recommande au gouvernement d'améliorer la qualité et la fiabilité des indicateurs disponibles pour mesurer les délais d'attente et que ceux-ci soient facilement accessibles aux citoyens et aux usagers. L'INM recommande que le processus de détermination des délais d'attente jugés acceptables soit transparent et que les données et les évidences sur lesquelles il s'appuie soient rendues publiques dans une forme accessible pour la population.**

#### **RECOMMANDATION 5**

**L'INM recommande au gouvernement de dissocier clairement l'établissement d'une garantie d'accès dans le système public du droit de souscrire une assurance maladie privée.**

#### **RECOMMANDATION 6**

**L'INM recommande au gouvernement de clarifier son projet de cliniques spécialisées affiliées, notamment en tenant compte des conditions énoncées lors du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé, et de soumettre à nouveau ce projet à la consultation au cours des prochains mois. . Le**

**gouvernement devrait également s'assurer que la création de ces cliniques contribuera au mécanisme de garantie d'accès en particulier pour les situations cliniques prioritaires identifiées.**

#### **RECOMMANDATION 7**

**Si le gouvernement va de l'avant avec la création de cliniques spécialisées affiliées, l'INM lui recommande de prévoir, dans le cadre de l'évaluation du mécanisme de garantie d'accès (voir recommandation 3), une évaluation spécifique des cliniques spécialisées affiliées se fondant entre autre sur les critères et conditions énoncés lors du Rendez-vous stratégique de l'INM sur la santé, notamment : la rentabilité du point de vue des finances publiques, la complémentarité par rapport au système public, la valeur ajoutée, l'efficacité et la qualité des services, la transparence et le maintien du financement public des services.**

#### **RECOMMANDATION 8**

**L'INM recommande au gouvernement de surseoir à son intention de lever la prohibition de l'assurance privée duplicative jusqu'à ce que les mécanismes de garantie d'accès, incluant les cliniques spécialisées affiliées, aient été implantés et évalués, et que l'opportunité de lever la prohibition ne soit examinée que lorsque ce processus sera complété.**