



Le dossier noir du PLQ en santé et service sociaux de 2003 à 2012

« Être premier ministre du Québec, c'est être capable de prendre les bonnes décisions pour tout le monde... »

Jean Charest, message publicitaire pré-électoral.

« Un premier ministre qui a les deux mains sur le volant mais qui ne voit pas les milliers de personnes dans la rue est dangereux ! »

Un citoyen manifestant.

2003

Adoption des lois :

- # 7 qui empêche la syndicalisation dans les ressources intermédiaires de SSS ;
- # 25, qui crée des « agences de développement de réseaux locaux », i.e. les mécanismes pour fusionner les établissements (CH-CHSLD-CLSC). » Abolition des régies régionales et fusion des établissements publics pour créer des nouveaux réseaux locaux de services intégrés, réseaux qui seront appuyés par des partenaires tels les entreprises privées, les organismes communautaires, etc ;
- # 30, qui regroupe les unités de négociation selon quatre catégories nouvellement définies de personnel : (1) *infirmier et cardio-respiratoire*, (2) *entretien (para-technique/auxiliaire et de métier)*, (3) *administratif (de bureau, techniciens, administration)*, et (4) *technicien /professionnel de la santé* ; simplifie la sous-traitance de services complets en regroupant le personnel par catégories de service.

Le 9 juin 2005, Jacques Chaoulli (appuyé par l'Association médicale canadienne et l'Institut économique de Montréal) obtient un jugement favorable devant la Cour suprême du Canada. On n'a pas tenu compte des éléments de preuve obtenus devant les tribunaux de première instance. À la suite de ce jugement, plus de voix se s'élèvent pour réclamer un système de santé privé à deux vitesses soutenu par l'assurance privée.

2005

Adoption des lois :

- # 38, créant un Commissaire remplaçant le Conseil de la santé et du bien-être et le Conseil médical du Québec. Le Conseil de la santé et du bien-être était un important gain politique de 1992 pour faire reconnaître les services sociaux comme partie prenante du système public de santé. Son abolition par cette loi constitue par conséquent une perte importante.
- # 83, qui redéfinit le nouveau mode d'organisation des services, modifiant les définitions d'établissements (CSSS), leurs mandats, responsabilités, liens, le processus de plainte, la transmission des renseignements personnels, etc. Complément et la suite logique de la loi 25 de 2003.

2006

Adoption des lois

- # 86, sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, qui propose diverses modifications en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels. Permet d'établir les bases de la circulation des informations personnelles des dossiers patients entre le système public et les partenaires privés. Suite logique de la loi #83 au niveau des informations confidentielles de dossier
- #33, permettant aux cliniques privées de réaliser des chirurgies et d'être payées par le public. Et on ouvre la porte aux assurances privées. C'est la « réponse » du gouvernement au **jugement Chaoulli** : aucun réinvestissements, aucune réorganisation des soins (sauf la gestion de la liste d'attente), la seule « garantie » : être opéré au privé après un certain temps d'attente au public, et le droit de s'assurer au privé pour ces chirurgies. D'autres chirurgies s'ajouteront mais seront décidées par voie

réglementaire... « ce qui était dans la loi doit glisser vers les règlements,... »

2007

Adoption de la **politique du médicament**, qui abolit l'entente avec les pharmaceutiques qui gelait les prix des médicaments. Elle permet dès maintenant l'augmentation des prix, et prévoit qu'il y aura révision tous les trois ans. Elle accorde la gratuité aux assistés sociaux et aux personnes âgées avec le maximum de supplément de revenu... pour faire accepter l'augmentation du prix des médicaments des pharmaceutiques.

2008

Publication le 19 février du **rapport « En avoir pour notre argent » du Groupe de travail sur le financement du système de santé – groupe Castonguay**.

2009

Manque à gagner de l'État de 5,4 G\$ pour cette année seulement, à cause des baisses d'impôt accordées depuis 2003. La table est mise pour amorcer le virage fiscal de l'année suivante.

2010

Le retour en arrière fiscal de **l'utilisateur-payeur** (appelé par le ministre Bachand la « révolution culturelle ») ; annonce de :

- la mise en place de la **taxe santé** (appelée contribution santé) dans le premier budget Bachand. Cette taxe, payable au rapport d'impôt, coûtera le même montant à chaque contribuable, sans égard au revenu. De 25\$ en 2010, elle passera à 100\$ en 2011, puis à 200\$ en 2012.
- la **hausse des frais de scolarité** de 1625\$ sur 5 ans à partir de 2012 (on connaît la suite);
- la **hausse des tarifs d'Hydro-Québec** de 20% sur 5 ans, à partir de 2014.

2012

Taxe santé : annoncée au départ pour financer les établissements de santé, le vérificateur général, dans son plus récent rapport, souligne que le gouvernement va pourtant à l'encontre de la loi en se servant de la taxe santé pour financer directement d'autres activités, comme les agences de la santé, des organismes à but

non lucratif, des universités, de même que des boursiers. Le gouvernement coupe court à ces réticences en déposant le projet de loi #73, le 15 mai 2012, lui permettant de financer «tout autre intervenant du système de santé et de services sociaux désigné» et «toute autre initiative contribuant au maintien des services de santé et de services sociaux accessibles et de qualité». Le projet de loi n'a pas eu le temps d'être adopté avant la fin de la session.

Sur l'assurance-médicament

Par **Élisabeth Gibeau, de l'Union des consommateurs**
Membre de la Coalition solidarité santé.

Les dépenses et le coût des médicaments explosent, tant dans le régime public que dans les régimes privés. À cet égard, les chiffres sont éloquentes : les dépenses en médicaments et en services pharmaceutiques de la RAMQ représentent le deuxième poste de dépenses le plus important après celui des services médicaux. Aussi, alors que, de 1996 à 2005, le taux de croissance annuel du produit intérieur brut (PIB) était de 4,9 %, le taux de croissance des dépenses du Ministère de la Santé (MSSS) était plutôt lui, de 5,5 % et celui du programme des services pharmaceutiques et des médicaments de la RAMQ de... 14,1 %. C'est ainsi que le coût de la prime du régime public a bondi de 242 % en 12 ans, le régime devant absorber une croissance des dépenses de l'ordre de 8 % par an. Dans les régimes privés d'assurance collective, la croissance des coûts est, quant à elle, de 10 % à 15 %. Résultat : les Québécois défraient **38%** de plus que la moyenne des pays de l'OCDE pour leurs médicaments. Très peu a été fait par le gouvernement libéral pour s'attaquer à cette explosion des coûts (mis à part une faible réduction du prix des génériques permettant d'économiser un maigre 190 millions\$). Pourtant, le potentiel d'économies est énorme. En effet, l'adoption de mesures de contrôle du coût des médicaments permettrait d'aller chercher au moins 1 milliards \$ par année pour le Trésor public.

Bilan de la session parlementaire 2012

Santé et services sociaux

(extraits)

Par Hélène Le Brun, conseillère à la CSQ

Membre de la Coalition solidarité santé

⊕ Services aux personnes âgées

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, l'activité parlementaire a surtout été plus active au regard des services aux personnes âgées. La ministre Marguerite Blais a coup sur coup déposé le projet de loi et le projet de règlement sur la certification des résidences privées pour personnes âgées. Cet encadrement était attendu depuis longtemps. La CSQ a quand même fait remarquer que la certification ne dégage pas l'État de développer plutôt une offre publique. Certaines études ont démontré que la qualité des soins était moindre dans les établissements privés et le Barreau du Québec a affirmé qu'il y avait une iniquité pour les personnes âgées dans la prestation des services qu'ils reçoivent dans un établissement privé plutôt que public. La CSQ a critiqué que l'évaluation du degré d'autonomie de la personne soit confiée aux établissements eux-mêmes. Selon la Centrale, cette évaluation doit demeurer sous responsabilité publique. De même, à l'instar de la protectrice du citoyen, la CSQ a dénoncé le fait que les personnes hébergées dans les établissements privés offrant des forfaits de soins sont souvent reléguées plus loin dans les listes d'attente des services publics de soins à domicile. Or, les forfaits de soins offerts aux personnes hébergées dans ces établissements sont à la charge des usagers. Priver les personnes âgées de l'offre de services devient donc inéquitable. Enfin, ces établissements ne tolèrent aucune dégradation de l'autonomie des personnes ce qui accroît le nombre de déplacements pour celles-ci. On sait que les déménagements fréquents affectent énormément la santé des personnes âgées.

On s'attendait également que ce projet de loi propose des normes très strictes quant à un plancher de main-d'œuvre qualifiée disponible en tout temps dans l'établissement. Cela n'a pas été fait.

La ministre Blais a également fait adopter une loi sur la résiliation des baux pour les personnes âgées qui devaient être placées dans un centre de soins de longue durée. Sa proposition initiale maintenait le délai de paiement du loyer à 3 mois, les groupes de défense des aînés réclamaient 1 mois, la ministre a consenti un

compromis de 2 mois. Une victoire importante dans ce dossier : les frais pour des forfaits de soins ne peuvent être réclamés dans la pénalité de deux mois du paiement du loyer.

La ministre Blais a également déposé la politique tant attendue sur le vieillissement à domicile. On voulait des investissements importants dans les soins à domicile publics offerts par les centres de santé et de services sociaux, on a eu un rehaussement moyen destiné entièrement aux services d'aide à domicile offerts par les entreprises d'économie sociale (ménage, répit, etc.).

Le rapport du Vérificateur général a été très critique envers le déficit de l'offre de services d'hébergement et de soins de longue durée. Le ministre Bolduc a répondu que la solution passe par le déploiement plus accentué de ressources intermédiaires privées. Donc, aucun relèvement de l'offre publique réclamée par la Centrale.

La protectrice du citoyen pour sa part a critiqué sévèrement l'offre de services à domicile.

⊕ Les services de première ligne

Le gouvernement a dit avoir fourni un effort du côté du déploiement des groupes de médecine familiale (GMF). En chiffre absolu, c'est vrai, mais il semble que ce développement n'a pas permis l'accès accru attendu à un médecin de famille. Ces GMF ne desservent pas pour autant plus de personnes. Il faut souligner que si un cabinet de médecin se transforme en GMF, cela ne vient pas toujours avec plus de patients. Normalement, dans les ententes qu'ils signent avec les agences régionales de santé et de services sociaux, les GMF sont sensés offrir des plages horaires allongées en soirée et les fins de semaine. Or, il semble que peu se conforme à cette exigence.

Par ailleurs, le gouvernement avait pour objectif d'accroître l'offre de services des infirmières praticiennes (IPS). Mais, outre offrir des primes financières aux médecins qui acceptent d'intégrer des IPS à leur pratique, le ministre n'assume aucun leadership pour que les médecins généralisent cette pratique de déléguer des tâches aux IPS. Le faire augmenterait pourtant l'accès aux médecins de famille.

Il faut rappeler ici que les sommes prélevées par la contribution santé visent, en partie, le développement des deux services précédents.

Le ministre Bolduc compte sur l'implantation de la méthode Lean-Toyota pour augmenter l'efficacité tout en produisant des économies. Si l'application de cette méthode peut effectivement donner des résultats dans certains départements dont le fonctionnement est centré sur des procédures techniques (salles d'opération, délais d'attente des cliniques externes, par exemple), elle conduit à des dérives importantes lorsqu'elle touche des services directs aux personnes comme les services à domicile ou les services sociaux par exemple. L'obsession de la réduction des temps d'intervention pour obtenir la statistique parfaite produit des conséquences importantes sur la qualité du service et la santé des travailleuses et travailleurs de ces secteurs.

⊕ **La contribution santé**

La lutte pour éliminer la contribution santé, bien qu'intense, n'a pas produit jusqu'à maintenant de résultats. Un rappel à l'ordre du Vérificateur général quant à une distribution non conforme à la loi des sommes récoltées par la contribution santé nous a tout de même donné une certaine satisfaction. Le gouvernement a tenté de légaliser certaines de ces procédures dans un projet de loi déposé récemment dans le cadre du suivi budgétaire du ministre des Finances. Le ministre Bachand a tenté, par exemple d'introduire que les sommes puissent être distribuées aux organismes communautaires. Cela a résulté en une levée de bouclier fort légitime de ceux-ci puisqu'ils dénoncent, comme nous, depuis deux ans l'application de cette taxe inéquitable. Le ministre a reculé. Le projet de loi sous-tend quand même que les sommes de la taxe santé puissent aller vers le secteur privé ce qui devient assez ironique; les personnes payent une contribution santé pour soutenir le développement de services publics (c'était-là l'esprit de la loi puisque le gouvernement arguait que les finances publiques ne pouvaient financer que le maintien de l'offre de services actuelle), mais au final, leur contribution sert à accroître les services privés !

Ce projet de loi est cependant mort au feuilleton.

⊕ **La privatisation**

L'obsession du gouvernement en faveur des PPP ne s'atténue aucunement. Malgré les nombreuses études démontrant leur coût plus élevé et la perte d'expertise et de contrôle de l'État, le gouvernement Charest poursuit. Le projet de loi Bachand sur le suivi budgétaire voulait même introduire un changement dans la notion

de « projets d'envergure » pouvant conduire au recours à un PPP dans la loi sur Infrastructure Québec pour dorénavant définir les projets d'envergure par l'idée que cela peut toucher « tout projet que le gouvernement défini comme tel » ! Fini les définitions basées sur les seuils d'investissements nécessaires.

Pour l'instant, ces articles sont morts au feuilleton.

La direction de la protection de la jeunesse a dû fermer une ressource intermédiaire privée hébergeant des jeunes placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse parce qu'elle n'offrait pas des services adéquats, qu'elle employait des personnes non qualifiées pour s'occuper des jeunes et qu'elle agissait frauduleusement. Cette ressource privée n'avait pas été évaluée depuis 3 ans !

Des satisfactions sont venues de la part de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui a condamné les pratiques de facturation de nombreuses coopératives de santé de même que les pratiques de surfacturation de certains centres médicaux spécialisés (CMS) privés. Dans cette foulée, le ministre Bolduc a affirmé que certains médecins de CMS entretenaient volontairement des délais d'attente plus longs dans les services qu'ils offrent au secteur public afin de diriger les patients vers leur clinique privée. Mais c'est quand même le même ministre qui développe ces CMS ! Quant aux phénomènes de facturation abusive, encore là, aucun leadership ministériel n'a suivi les condamnations de la RAMQ.

⊕ **Le Dossier santé du Québec (DSQ)**

Malgré des semonces répétées de la part du Vérificateur général sur la gestion du DSQ, dépassement de coûts, manque d'encadrement de la sécurité, manque d'arrimage avec les dossiers patients des médecins, utilisation mitigée du DSQ dans les territoires ayant fait l'objet de projets pilotes, le ministre Bolduc va de l'avant avec son implantation complexe dans la grande région de Montréal. Il a aussi déposé un projet de loi renforçant le déploiement des infrastructures du DSQ. Ce projet de loi maintient la question du consentement implicite plutôt qu'explicite des personnes à se voir doter d'un DSQ. Il permet la collecte de données même si la personne a refusé le DSQ. Il accorde un pouvoir réglementaire très important au ministre sur l'ajout de types de renseignements pouvant être contenus dans le DSQ.

⊕ **Financement**

Le gouvernement plafonne la croissance des sommes vouées à la santé à une hauteur de 5 % (3,6 % provenant du fonds consolidé de la province et le reste provenant de la contribution santé). La croissance actuelle se situe autour de 6 % par année, d'où les mesures d'optimisation du ministre Bolduc par l'application du Lean-Toyota.

Comme du côté fédéral, le gouvernement a annoncé une nouvelle formule de calcul pour les transferts fédéraux qui privera le gouvernement québécois de sommes estimées à 200 millions de dollars par année, ce resserrement du financement de la santé fournira certainement au gouvernement du Québec une raison de plus pour augmenter la contribution santé des individus et pour accroître le recours au secteur privé. Dans le réseau public, les processus d'optimisation visant à faire plus avec moins de ressources ne cesseront de s'intensifier entraînant davantage de pressions sur le personnel.

⊕ **Les enjeux en santé et services sociaux à défendre pendant la campagne électorale**

La lutte doit se poursuivre pour éliminer la contribution santé et cesser le développement des services privés de même que du recours aux PPP. On doit continuer de revendiquer davantage de services à domicile de même que l'élargissement du rôle des infirmières dans la prestation des services. Enfin, il faut exiger que le financement de la santé soit inscrit dans une perspective plus large d'une révision fiscale visant à accroître les revenus de l'État.

.....

27 juin 2012.