



---

***LA SANTÉ : UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE***

**NOTES POUR UNE PRÉSENTATION DE M. GILLES TAILLON,  
PRÉSIDENT DU CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC,  
DEVANT LE COMITÉ SÉNATORIAL DES AFFAIRES SOCIALES**

**OCTOBRE 2001**

---



## TABLE DES MATIÈRES

LA <i>LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ</i> .....	2
LE FINANCEMENT FÉDÉRAL.....	3
LA RESPONSABILITÉ PARTAGÉE.....	4
LES RÉPONSES ESSENTIELLES.....	6

## **CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC**

### ***LA SANTÉ : UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE***

#### **NOTES POUR UNE PRÉSENTATION DE M. GILLES TAILLON, PRÉSIDENT DU CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC, DEVANT LE COMITÉ SÉNATORIAL DES AFFAIRES SOCIALES**

**OCTOBRE 2001**

Le Conseil du patronat du Québec (CPQ) remercie le comité sénatorial des affaires sociales de le recevoir et de lui donner la possibilité d'exprimer le sentiment profond du milieu des affaires, qui observe les piétinements de notre système de santé à une période de notre évolution comme société où l'insécurité engendrée de toutes parts est palpable.

Nous voulons apporter notre contribution au débat en fonction de la perspective du milieu des affaires, qui a comme souci de rentabiliser l'allocation des ressources que les gouvernements consacrent au système de santé, de façon à ce que les membres de la société québécoise puissent en bénéficier au maximum, tant individuellement que collectivement. Car si notre système de santé devient performant, nous pourrions gérer nos ressources financières autrement qu'en épongeant des déficits.

L'argent ainsi épargné servira au développement dans ce secteur ou dans d'autres. La confiance renouvelée que nous ressentirons à l'égard de notre système de santé et la fierté que nous en retirerons attireront inéluctablement l'attention des investisseurs et leurs employés. Pour eux, la santé et l'éducation comptent autant que des avantages fiscaux lorsqu'il s'agit de procéder au choix d'implanter une entreprise dans une région donnée.

Dans votre rapport *Questions et Options*, déposé en septembre 2001, vous traitez largement des questions et des options qui attendent la gouverne de notre système de santé au Canada et au Québec. D'une façon très synthétique, compte tenu du temps alloué, nous abordons quelques orientations susceptibles d'assurer l'équité dans la prestation des services de santé, et surtout de garantir l'accès aux traitements en temps opportun.

## **1. LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ**

La croyance populaire – et vous le soulignez dans votre rapport en page XIV – veut que le cinquième principe, celui de l'administration publique, interdise au secteur privé d'intervenir dans la prestation des services de santé. Or, nous partageons votre opinion à l'effet qu'il « renvoie plutôt l'obligation pour le système, à des fins d'efficience administrative, d'adopter un modèle payeur unique, le rôle de payeur étant confié à un gouvernement provincial. » Dans les débats qui ont eu cours récemment entre certaines provinces et le fédéral, il nous apparaît que les interprétations, de part et d'autre, ont servi souvent davantage à l'argumentaire politique qu'à une réelle recherche de l'amélioration des soins. Le Comité sénatorial, dans son rapport final, devrait statuer sur une interprétation claire de la *Loi canadienne sur la santé* et inviter les gouvernements à entreprendre les discussions capables de les amener à éliminer les irritants administratifs à l'application de la législation.

En somme, nous estimons que, dans un souci d'efficience, les fournisseurs et les établissements privés peuvent offrir les services de santé à la condition qu'il n'y ait ni surfacturation par rapport au régime d'assurance-santé de la province, ni frais imposés aux utilisateurs.

D'une façon générale, nous ne croyons pas opportun de remettre en cause le financement public du système de santé. En conséquence, nous ne souhaitons pas élargir la contribution personnelle des usagers pour la consommation de certains services (du type ticket modérateur, en l'occurrence) ou recourir à la tarification de certains services auxiliaires. La révision du panier de services assurés ne devrait faire,

par ailleurs, que l'objet d'ajustements mineurs pour exclure possiblement certains services non essentiels au maintien en bonne santé de la population. Il y a moyen de préserver l'universalité et l'accessibilité des services actuellement offerts justement en augmentant la participation du privé.

S'il est important de maintenir le financement public pour éviter le développement d'un système à deux vitesses, il n'est pas inapproprié, par ailleurs, de remettre en question l'exclusivité de la gestion publique par rapport à la production de services médicaux spécialisés ou hospitaliers privés. Nous soutenons, au contraire, que là où il sera plus efficace et moins coûteux de faire appel à une offre de services privés, les autorités responsables de la santé ne devront pas hésiter à s'en prévaloir.

## **2. LE FINANCEMENT FÉDÉRAL**

Lors de la dernière conférence des premiers ministres provinciaux, à Victoria, ces derniers ont revendiqué un retour à l'échelle des paiements de transferts de 1994-1995 dans le cadre du transfert social canadien. Publiquement, le CPQ a dénoncé cette revendication puisqu'elle ramènerait les finances publiques dans la situation qui existait avant la lutte au déficit. Rappelons que, comme plusieurs autres dépenses, le transfert social canadien était à cette époque financé avec de l'argent emprunté, ce qui explique la dette colossale que nous devons rembourser aujourd'hui! Utiliser cette base de référence frôle l'irresponsabilité. Y a-t-il moyen, compte tenu de la marge de manœuvre financière du fédéral, d'améliorer le financement global dans le cadre du TCSPS? Nous le croyons et nous souhaitons que les deux ordres de gouvernement puissent en arriver à une solution qui permettra de mieux prévoir la croissance annuelle du transfert fédéral pour les provinces.

### 3. LA RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

Dans le contexte difficile que nous vivons, nous croyons qu'il vaut mieux compter sur deux gouvernements plutôt qu'un pour régler les problèmes qui assaillent le système de santé. Il s'agit là de l'option privilégiée par la population dans un sondage récemment rendu public par les médias. Le Parti libéral du Québec souhaite, dans son plan d'action pour l'amélioration du fédéralisme, rendu public tout dernièrement, la mise sur pied d'un comité fédéral-provincial composé d'intervenants des provinces qui participeraient à l'interprétation des lignes directrices en santé. Nous partageons cette recommandation.

S'il advenait que pour des calculs politiques, cet appel à la concertation ne soit pas entendu, le CPQ a déjà fait connaître son opinion quant à une solution de rechange dans son mémoire à la commission Séguin. Nous produisons ici un extrait de ce mémoire :

#### **TRANSFÉRER DES POINTS D'IMPÔT COMME SOLUTION DE RECHANGE?**

Selon la proposition avancée à Victoria par le premier ministre du Québec, Bernard Landry, à laquelle se seraient ralliées un certain nombre de provinces aux prises avec une gestion onéreuse des soins de santé, la solution idéale à leur problème, serait de transférer des points d'impôt. Cette proposition aurait, dit-on, l'avantage de corriger le « manque à gagner » des provinces qui ont vu le transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), destiné à financer les soins de santé et les services sociaux, l'aide sociale et l'enseignement postsecondaire, baisser drastiquement au cours des années.

Selon un autre document de la Commission<sup>1</sup>, en proportion des dépenses de santé, d'éducation et d'aide sociale, les sommes en espèces en provenance du fédéral représentaient 20,4 % en 1993-1994. Elles ont diminué à environ 14 % en 2001-2002. Ainsi, le Québec toucherait, en 2001-2002, 2,8 milliards pour l'aider à payer des dépenses prévues en santé alors qu'en appliquant le pourcentage en vigueur en 1993-1994, il aurait touché environ 4 milliards de dollars, soit 20,4 % de 19,9 milliards, somme évaluée comme étant ses dépenses prévues au chapitre de la santé, de l'éducation et de l'aide sociale. Conséquemment, le manque à gagner selon Québec serait de 1,2 milliard de dollars.

---

<sup>1</sup> Gouvernement du Québec. Commission sur le déséquilibre fiscal. *Les programmes de transferts fédéraux aux provinces, document d'information pour la consultation publique*, 2001, p. 13.

Le CPQ a clairement exprimé dans les pages précédentes à quel point ce calcul fallacieux irrite la logique comptable et menace le mieux-être des générations futures. Le gouvernement ne devrait jamais militer en faveur du retour au quantum des transferts sociaux fédéraux aux provinces sur la base de 1994, soit avant la période de lutte au déficit.

Le CPQ croit qu'il est possible d'en arriver à un meilleur arrangement pour gérer la santé et les services sociaux. La recherche d'une formule de collaboration entre les deux ordres de gouvernement est garante de bien-être pour la population. Cependant, si les chicanes perdurent au point d'accaparer toutes les énergies plutôt que de les canaliser afin de s'attaquer aux problèmes du système de santé des Canadiens, il vaudrait mieux opter pour une solution plus tranchée. Quand un modèle de gestion centralisée et de partenariat ne fonctionne pas, il faut favoriser une séparation claire des pouvoirs, conjuguée à une décentralisation des responsabilités auprès d'une seule instance. Le fédéralisme canadien offre une avenue intéressante pour y arriver; il devrait s'ensuivre une division de l'assiette fiscale fédérale par un transfert de points d'impôt et la dévolution totale des pouvoirs d'administration de la santé au provincial.

Un tel transfert aurait l'avantage de constituer une mesure permanente. Pour le Québec, chaque transfert de points d'impôt accroîtrait les recettes fiscales de 1,2 %, si l'on se fie aux documents de la Commission. Ainsi, un transfert de un (1) point d'impôt au Québec signifie 177,1 millions de dollars de recettes supplémentaires, et ce même transfert, appliqué à l'ensemble des provinces, se traduit par une perte de recettes fiscales pour le gouvernement fédéral de 874,4 millions en 2000. Les chiffres estimés pour 2001 seraient de 175,8 millions et de 884,2 millions respectivement.

En prenant pour hypothèse qu'en 2000–2001, les paiements en espèces au Québec, qui s'élevaient à 4,1 milliards de dollars soient dorénavant transférés sous forme de points d'impôt, cela se traduirait par un transfert d'environ 23,5 points d'impôt.

Selon le principe des vases communicants, l'impact devrait être neutre sur les finances publiques fédérales. En retour, le gouvernement du Québec pourrait bénéficier d'une assiette fiscale élargie en ce qui a trait à l'impôt des particuliers. Cependant, les provinces qui ne disposent pas d'une assiette fiscale aussi importante, compte tenu de leur population, seraient largement perdantes. Celles qui ont une plus large assiette seraient fortement avantagées. Sur cette base, on comprend facilement que le recours à un tel nouveau partage dans un cadre fédéral suppose aussi qu'en parallèle, on révisé la péréquation pour corriger les iniquités à l'égard des provinces moins nanties.

Fondamentalement, l'idée est séduisante. Mais au-delà de l'analyse purement économique, ce nouveau partage signifierait désormais que les provinces assumeraient seules toutes les obligations attribuables à la

nouvelle dévolution des responsabilités et du financement qui s'y rattache. Plus question à l'avenir d'imputer une part du blâme au grand frère fédéral; toute l'imputabilité de la performance du système de santé, en l'espèce, reposerait sur la province. Les politiciens provinciaux doivent bien mesurer les conséquences d'une telle nouvelle donne.

**Nous avons dit précédemment que cette solution en est une de dernier recours si la collaboration que nous privilégions échoue. Nous avons fait cette affirmation, car dans l'état actuel de la gestion du système de santé, il est préférable de pouvoir compter sur deux gouvernements plutôt qu'un. Avant de réclamer la prise en charge autonome des services de santé, le gouvernement du Québec serait bien avisé de s'attaquer d'abord à la réorganisation des services. Nos systèmes de santé ont besoin d'une sérieuse transformation, en matière de gestion notamment.**

#### **4. LES RÉPONSES ESSENTIELLES**

Nous avons dit devant la commission Clair, il y a un an, soit le 25 octobre 2000, que le financement public et la gestion de type privé devaient se compléter pour mieux assurer l'accessibilité aux soins de santé de qualité.

Le Conseil du patronat du Québec (CPQ) a présenté devant les membres de la commission Clair ses propositions visant à apporter des solutions à certains aspects problématiques de notre système de santé actuel.

Nos recommandations s'appuient sur dix éléments majeurs :

- chaque patient possède un dossier clinique informatisé centralisé (une carte d'assurance-maladie de type carte à puce);
- une organisation des services de base autour d'une équipe multidisciplinaire qui pratique en clinique publique ou privée, accessible 24 heures par jour au patient;
- le médecin de famille intervient au cœur de cette équipe comme coordonnateur de la relation entre le patient et le système;
- le financement des établissements est établi sur une base de capitation

principalement;

- les cliniques ainsi que les établissements disposent d'une grande autonomie en matière de gestion des ressources humaines, matérielles et financières suivant le financement établi;
- les cliniques de base achètent des services auprès des établissements spécialisés (ex. : hôpitaux) et assurent leur financement;
- le système demeure financé par le public, mais la gestion et la production privées de services médicaux deviennent possibles, et l'impartition est privilégiée là où efficacité et économie se combinent;
- des directions de santé et de services sociaux, sur la base des territoires administratifs, constituent une instance démocratique dirigée majoritairement par des usagers;
- ces directions de santé et de services sociaux, sur la base des territoires administratifs, contrôlent l'offre de services sur l'appui des indicateurs de performance et régulent la bonne marche des affaires;
- le ministre de la Santé détermine les priorités et les besoins, alloue les ressources et évalue la qualité de l'ensemble du système de santé.

Tel est le modèle québécois souhaitable en matière de santé que le Conseil du patronat préconise. Pour ce faire, le rôle du gouvernement fédéral doit être révisé et il doit faire preuve de plus de flexibilité dans l'interprétation de la loi canadienne.

Le Conseil du patronat du Québec appuie ses recommandations sur de nombreuses recherches et consultations. Il a formé, au cours des dernières années, des comités d'étude composés d'experts en santé, et a organisé récemment un débat sur l'apport du privé au système de santé. Il a également participé activement aux forums mis sur pied par la commission Clair et s'est assuré du bien-fondé de ses recommandations auprès de professionnels à la fine pointe des développements récents en matière d'organisation informatisée des soins de santé.

Notre approche se veut réaliste et constructive. Il ne faut pas nous leurrer, le système de santé actuel, contrairement à ce qui a été prétendu par certains, manque de flexibilité et, conséquemment, génère des difficultés qui se répercutent sur l'état des soins dispensés aux patients. Le système de santé actuel protège avant tout la dynamique de travail pour le personnel du milieu, respecte davantage les différents corporatismes qui ont aménagé ensemble un *modus vivendi* plutôt que de promouvoir l'excellence des soins de première ligne donnés aux patients, qui paient cher pour des services insatisfaisants.

L'adéquation gestion de type privé et soins de santé à deux vitesses ne tient pas. Si l'État assumait les responsabilités qui lui reviennent et recourait davantage au privé sur le plan de la gestion et des services, les valeurs d'accessibilité et d'universalité des soins de santé seraient davantage respectées.

