



**AVIS
DE L'ASSOCIATION DES CLSC
ET DES CHSLD DU QUÉBEC**

**CONSULTATION PUBLIQUE SUR LE
DÉSÉQUILIBRE FISCAL**

SEPTEMBRE 2001

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Document réalisé par :



Association des CLSC et des CHSLD du Québec
1801, de Maisonneuve Ouest, bureau 600
Montréal (Québec) H3H 1J9
Téléphone : (514) 931-1448
Télécopieur : (514) 931-9577

ISBN : 2-89515-066-4

Dépôt légal – 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec est le regroupement de 200 établissements publics de santé et de services sociaux exploitant soit une mission de CLSC, soit une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou ayant une vocation de CENTRE DE SANTÉ. Ces derniers exploitent à la fois une mission de CLSC, de CHSLD et de centre hospitalier de courte durée.

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec est heureuse de participer très humblement à la Commission d'étude sur le déséquilibre fiscal. Si elle a accepté de le faire, ce n'était certainement pas avec la prétention de pouvoir répondre à l'ensemble des questions proposées en consultation par la Commission, notamment celles ayant pour objectif d'établir les causes du déséquilibre fiscal. L'avis déposé par l'Association cherchera plutôt à démontrer les conséquences néfastes de ce déséquilibre sur l'organisation des services de santé et des services sociaux, plus particulièrement sur le réseau des services de santé primaires et sur celui de l'hébergement et des soins de longue durée. L'Association tentera de suggérer aux membres de la Commission quelques recommandations concrètes susceptibles, nous l'espérons, de corriger les conséquences néfastes de ce déséquilibre.

Financement des dépenses de santé

Le financement des services de santé est devenu, partout dans le monde, une source de préoccupation croissante. Aurons-nous les moyens de faire face au maintien de notre système de santé dans le futur et de l'adapter aux besoins croissants de la population ?

La part relative du secteur de la santé dans les dépenses est en hausse depuis 1985 –il représentait en 2000 environ 39,8 % des dépenses de programme, alors que le gouvernement du Québec consacrait à la santé 30 % de ses dépenses en 1985-. Plus grave, cette augmentation est supérieure à la croissance du PIB alors que, durant ces mêmes années, le Québec a dû composer avec la diminution du transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, appelé communément TCSPS.

Au Québec, la dette publique est de l'ordre de 100 milliards de dollars. En pourcentage du PIB, notre endettement est le plus élevé du Canada. Le paiement des intérêts sur cette dette, plus de 7 milliards de dollars par année, équivaut à 20 % des taxes et des impôts versés au gouvernement du Québec.¹

Ainsi, près de 60 % du budget du gouvernement du Québec est consacré aux dépenses de santé et à la dette, deux secteurs sensibles à la hausse des coûts ou des taux d'intérêt. Résultat, le Québec dispose d'une marge de manœuvre de plus en plus réduite pour investir dans les autres secteurs, tels l'éducation, l'environnement, le transport, la

¹ Rapport de la Commission Clair, Chapitre 4, Le financement, p. 142.

sécurité sociale. Sur le plan de la taxation et donc, de sa capacité de dépenser, le Québec a atteint un seuil limite qui pourrait mettre en péril les principes, l'organisation et l'évolution de son système public de santé.

Par ailleurs, nous l'avons déjà dit, le financement en provenance du gouvernement fédéral diminue. Malgré un redressement survenu au cours de la dernière année, le TCSPS n'atteindra que 5 150 millions de dollars en 2005, alors qu'il atteignait 5 571 millions de dollars en 1993-1994.² On constate donc que malgré un certain redressement, le Québec accuse tout de même un déficit par rapport à la situation qui prévalait en 1994, alors que les besoins et les coûts de système n'ont cessé de croître au cours de la même période.

Les conséquences pratiques de cette marge de manœuvre de plus en plus réduite

Une réforme majeure des services de santé et des services sociaux a été entreprise il y a dix ans au Québec. L'évolution des connaissances, des technologies et de la pharmacologie a donné lieu au virage ambulatoire et a permis de réduire la durée des hospitalisations. L'objectif visé : agir en prévention et le plus rapidement possible pour éviter l'aggravation des problèmes et, lorsque cela est possible, diminuer le recours aux ressources les plus spécialisées et les plus coûteuses.

Plus d'un million de Québécois³ ont reçu des services sur une base individuelle au cours de la dernière année. C'est ainsi, par exemple, que les services à domicile offerts par les CLSC répondent à un nombre croissant de personnes soit malades, handicapées, vieillissantes, ou en phase terminale. De 1993-1994 à 1998-1999, le taux d'accroissement de la clientèle a été de 63,6% pour les personnes post-hospitalisées, de 37,3% pour la clientèle en soins palliatifs et de 54,4% pour les personnes qui ont besoin de services de santé, services sociaux et d'aide à domicile à long terme.⁴ Bien que le gouvernement ait augmenté les budgets dans le programme de soutien à domicile, les sommes consenties n'ont pas été suffisantes pour faire face aux besoins et demeurent largement inférieures à celles des autres provinces (en 1999-2000, le Québec affichait un per capita de 65,32 \$ alors que la moyenne canadienne était de 82,81 \$). Pour faire un virage vers une organisation de services primaires, sans avoir à sabrer dans l'offre

² Rapport de la Commission Clair, Chapitre 4, Le financement, p. 157.

³ ICLSC, Rapport préliminaire données 1999-2000 portant sur 129CLSC/143 : 1,261 539 usagers ont reçu 7 209 289 interventions individuelles, 10 705 interventions de couple et 40 664 interventions familiales. Ceci ne comprend pas les interventions de groupe, les interventions communautaires et toutes les interventions dites ponctuelles incluant les services d'Info santé.

⁴ Urgence... Services à domicile, Mémoire de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2000, p.11

de services plus spécialisée, le Québec aurait dû disposer d'une marge de manœuvre financière suffisante qui, pour l'heure, est inexistante. Résultat : la pression continue de s'exercer sur les services spécialisés, à preuve, l'engorgement récurrent des urgences.

Cette marge de manœuvre trop faible du gouvernement du Québec a des conséquences pratiques sur le réseau des CLSC, CHSLD et CENTRES DE SANTÉ. Mentionnons à titre d'exemple, les taux d'indexation consentis au budget des établissements. Depuis plusieurs années déjà, les taux d'indexation ne couvrent pas les dépenses réelles des établissements. L'écart entre les taux d'indexation consentis aux établissements et les dépenses réelles se répercutent année après année et finissent par affecter l'offre de services faite à la population. Citons comme exemple l'évolution des prix de l'énergie au cours des dernières années. Entre 1998 et 2001, les CHSLD ont dû absorber une augmentation de plus de 35 % des coûts de chauffage à l'huile alors que l'indexation consentie au budget des établissements concernés était de 1,2 % en 1998-1999, 1,4 % en 1999-2000 et de 1,6 % en 2000-2001⁵. Un taux d'indexation moindre que la croissance réelle des dépenses représente pour le secteur de la santé et des services sociaux, une compression annuelle récurrente qui affecte inévitablement l'offre de services.

Autre conséquence pratique de la trop faible marge de manœuvre financière du Québec, citons l'insuffisance des investissements consentis au parc immobilier et aux équipements en CHSLD, en CLSC et en CENTRE DE SANTÉ. Devant l'augmentation de coûts considérés comme incompressibles et incontournables : chauffage, médicaments, salaires, etc., les gestionnaires des établissements publics n'ont d'autres choix que de limiter ou de réduire au maximum les dépenses qui ne sont pas liés aux services directs à la population. Le parc immobilier en CHSLD vieilli ou est mal adapté à la lourdeur des clientèles hébergées aujourd'hui et faute d'investissements, l'état des immeubles se détériore sérieusement. Une étude sommaire réalisée en 1999, démontrait que la valeur de remplacement des biens mobiliers et des immeubles des CLSC, CHSLD et CENTRES DE SANTÉ était estimée à 3,5 milliards \$. Les équipements sont aussi vieillissants et mal adaptés aux besoins des clientèles et ne sont pas remplacés. Avec les années, la mise à niveau des immobilisations et des équipements dans le réseau de la santé et des services sociaux est devenue un problème auquel il faut s'attaquer dès maintenant et de manière prioritaire. De la même façon, le développement des systèmes d'information dans le réseau des CLSC, des CHSLD et des CENTRES DE SANTÉ accuse un retard important qui constitue un frein à la performance des établissements publics et à la modernisation des pratiques.

Comme le suggérait la Commission sur les services de santé et des services sociaux, dans ses recommandations, tous les pays ayant choisi de développer un système de santé à financement public ont l'obligation de «faire des choix» et de «performer».

⁵ Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Compilation de données au rapport financier annuel AS-471 1998-1999 à 2000-2001.

Cela est d'autant plus vrai que, nous l'avons dit, la capacité du Québec de dépenser à même les taxes et les impôts, est de plus en plus réduite. Par le biais du financement public, le gouvernement du Québec n'est plus en mesure de répondre à tous les besoins. Les priorités de développement et d'organisation des services doivent, de l'avis de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, reposer sur une analyse très sérieuse et très rigoureuse de leurs bienfaits sur la santé et le bien-être de la population québécoise. Ces choix ne pourront jamais reposer sur des intérêts individuels, comme c'est trop souvent le cas aujourd'hui dans le secteur de la santé. Des choix difficiles, des débats émotifs et des conflits éthiques en découleront : à titre d'exemple, doit-on financer de manière prioritaire des services de promotion de saines habitudes de vie et de prévention de la maladie ou doit-on privilégier le développement de la science et de la haute technologie entourant les bébés nés prématurément et de petit poids ?

En d'autres termes, l'argent devra être affecté d'abord à des interventions efficaces et prioritaires. Ces choix devront reposer sur une vision de l'organisation des services de santé et des services sociaux qui devra être largement partagée. De manière très novatrice, le Québec a entrepris à l'aube des années 90, un vaste débat sur l'organisation de son système public de santé qui a débouché sur une réforme majeure des services. Une réforme mieux connue aujourd'hui sous le nom de « virage ambulatoire ». La Commission Clair est venue réaffirmer la nécessité de rendre accessibles aux Québécois et aux Québécoises des services sociaux et de santé de première ligne et d'en faire l'assise du système tout en développant un ensemble de solutions préventives reconnues comme efficaces. Ces choix font aujourd'hui consensus dans la société québécoise.

Or, le Québec fait face à une double difficulté. Non seulement, il dispose d'une trop faible marge de manœuvre financière pour compléter les réformes nécessaires vers une organisation de services primaires, mais il manque de courage lorsqu'il s'agit de soutenir financièrement ses propres choix en matière d'organisation de services de santé. À preuve, les sommes consenties ces dernières années à éponger des centaines de million de dollars de déficit dans les hôpitaux.

Quand le fédéral intervient dans la planification et l'organisation des services

Le Québec peut bien se donner comme objectif de faire des choix basés sur leurs bienfaits sur la santé et le bien-être de la population du Québec, encore faut-il qu'il dispose de toute la marge de manœuvre nécessaire pour les exercer en fonction d'une planification fondée sur le moyen et le long terme. Avec le rétablissement des transferts canadiens en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), le gouvernement fédéral a annoncé la création de trois fonds : le Fonds pour les appareils médicaux (1 milliard \$), le Fonds des technologies de l'information sur la santé (500 millions \$), et le Fonds pour l'adaptation des services de santé-soins primaires (800 millions \$).

Non seulement les montants disponibles dans chacun de ces trois fonds, lorsqu'ils sont répartis entre les provinces, sur un certain nombre d'années, se révèlent nettement insuffisants pour avoir un impact, mais ils obligent le gouvernement québécois à dépenser dans certains secteurs au détriment de ses propres choix de développement et de la planification de ses propres dépenses de santé et de services sociaux. De l'avis de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, la création par le gouvernement fédéral de ces fonds, va en parfaite contradiction avec la nécessité, voire l'obligation pour les gouvernements ayant un système de santé à financement public, de « faire des choix » qui soient rentables en fonction de leurs propres objectifs de santé et de bien-être. Ces objectifs ne peuvent pas être définis par un autre palier de décision.

Cela va également à l'encontre du principe de subsidiarité. Comme le souligne à juste titre la Commission Clair⁶, le « lieu le plus important pour le citoyen est l'endroit où il reçoit les services dont il a besoin. Les autres instances n'existent que pour supporter ces lieux ». Selon le principe de la subsidiarité, les décisions doivent être prises au palier le plus bas possible au sein d'une hiérarchie ou d'une organisation. La création, par le gouvernement fédéral, de fonds dédiés, sans qu'ils aient été négociés ou convenus préalablement avec les provinces, éloigne encore plus la décision du lieu où se dispense les services. Il n'y a pas de bonne gestion sans une bonne gouverne et vice-versa. La planification et l'organisation des services de santé et des services sociaux doivent, de l'avis de l'Association, demeurer des champs de compétence exclusifs des provinces pour qu'elles soient en mesure de faire des choix qui soient efficaces.

Des décisions conjoncturelles ou structurelles ?

Depuis quelques années, le gouvernement fédéral termine l'année financière avec des surplus sur les excédents. Le fédéral décide seul de la manière dont seront dépensés ces surplus, alors que les provinces sont toutes d'accord pour que ces sommes soient affectées de manière prioritaire à la santé. Des surplus escomptés sur les excédents sont prévisibles pour quelques années encore. Ainsi, pendant qu'il y a encore des surplus, et que ces surplus sont encore conjoncturels, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec est d'avis qu'ils devraient servir de manière prioritaire à une remise à niveau des actifs immobiliers dans le réseau de la santé ainsi qu'à l'adaptation et au remplacement des équipements, deux secteurs qui ont énormément souffert des diminutions de transferts canadiens au cours des dernières années.

Dans le cas où le gouvernement fédéral cumule pour plusieurs années encore des surplus sur les excédents, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec suggère que le fédéral cesse de travailler en conjoncture et adopte rapidement un mode de répartition de ces surplus qui permettent aux provinces de faire des choix rentables en

⁶ Rapport de la Commission Clair, Chapitre 5, La gouverne, p.202.

matière de planification et d'organisation de services. Ainsi, si la tendance se maintient et que des surplus sur les excédents sont escomptés pour quelques années encore, le fédéral, au lieu d'adopter des mesures structurantes, devrait tout simplement augmenter le TCSPS versé aux provinces.

Moderniser la Loi canadienne sur la santé

La protection actuelle des services de santé et des services sociaux au Québec est issue des concepts d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. La Loi canadienne sur la santé a érigé cinq grands principes et fixés du même coup les services assurés. En vertu de ces principes, tous les services médicalement requis ou les services offerts en milieu hospitalier sont gratuits. Or, avec le temps, la loi est de moins en moins adaptée à une conception moderne de l'organisation des services. Cela est encore plus vrai au Québec, puisqu'une réforme majeure des services de santé a été réalisée qui vise à rendre accessibles à la population québécoise, des services sociaux et de santé de première ligne accessibles dans le milieu de vie des gens⁸⁹ et d'en faire l'assise du système.

Or, la Loi canadienne sur la santé ne reconnaît pas les services primaires. C'est ainsi que les services à domicile ne sont qu'en partie couverts et que les médicaments qui peuvent remplacer une hospitalisation ne le sont pas en milieu naturel (re : antibiothérapie à domicile). Une visite chez le médecin ou à l'urgence est immédiatement couverte et obligatoirement gratuite, alors que les soins d'assistance et les services de soutien nécessaires à domicile pour pallier une perte d'autonomie ou pour supporter une convalescence et réduire la durée d'hospitalisation après une chirurgie ne sont pas reconnus par la loi. Ces exemples montrent bien les iniquités qui peuvent résulter d'une loi devenue désuète. Il suffirait de quelques amendements apportés à la loi, de manière à assurer une plus grande conformité avec l'organisation des services actuels, pour dégager des sommes substantiels qui pourraient être utilisées ailleurs dans le système et qui serviraient mieux, dans le contexte d'aujourd'hui, les principes d'équité, d'universalité et d'accessibilité.

Au lieu de moderniser la loi, le gouvernement fédéral a plutôt choisi de la détourner, de manière à se rapprocher le plus possible de l'organisation des services actuels. La création des trois fonds dédiés : le Fonds pour les appareils médicaux, le Fonds des technologies de l'information sur la santé et le Fonds pour l'adaptation des services de santé-soins primaires, n'est qu'un exemple de la volonté du fédéral de corriger les imperfections de loi. Or, de l'avis de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, ces aménagements de la loi interfèrent avec la capacité du Québec de « faire des choix » et ne remplaceront jamais la nécessité d'en moderniser ses fondements.