

AVIS
DE LA CONFÉDÉRATION
DES ORGANISMES DE PERSONNES
HANDICAPÉES DU QUÉBEC
(COPHAN)
PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Sur le Projet de loi 33

*Loi modifiant la Loi sur les services de santé
et les services sociaux et d'autres
dispositions législatives*

OCTOBRE 2006

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DE LA COPHAN	1
POSITION DE LA COPHAN AU SUJET DU PROJET DE LOI 33.....	1
MARCHANDISATION DES SERVICES PUBLICS ET GARANTIE DE PROFITS POUR LES CLINIQUES PRIVÉES	1
LES RÉPONSES À L'ARRÊT CHAULLI SE TROUVENT DANS LE RÉSEAU PUBLIC	2
DES GARANTIES D'ACCÈS POUR LES SERVICES «SOCIALEMENT REQUIS».....	3-6
UN PLAN DE GESTION MINISTÉRIEL DE TOUTES LES LISTES D'ATTENTE	6-7
CONCLUSION	8

Présentation de la COPHAN

La COPHAN a pour mission la défense collective des droits des personnes ayant des limitations fonctionnelles, de tous âges, et leurs proches, pour une inclusion sociale pleine et entière. Elle regroupe quarante-quatre organismes et regroupements régionaux et nationaux de personnes ayant des limitations fonctionnelles, présents dans toutes les régions du Québec. Elle rejoint toutes les limitations fonctionnelles : motrices, organiques, neurologiques, intellectuelles, visuelles, auditives, troubles d'apprentissage, parole et langage et santé mentale. Parmi ses organismes membres, certains abordent des problématiques plus spécifiques : accès aux études postsecondaires, tourisme, travail, accessibilité architecturale et habitation, aide aux victimes d'actes criminels à caractère sexuel, loisir.

Position de la COPHAN au sujet du projet de loi 33

À l'instar de plusieurs organismes communautaires et syndicaux regroupés au sein de la Coalition solidarité santé, la COPHAN demande le retrait du Projet de loi 33, lequel reprend les propositions qui étaient à l'étude dans le Livre blanc *Garantir l'accès*. La COPHAN réclame également un plan de gestion ministériel des listes d'attente couvrant non seulement les services « médicalement requis », dont les services chirurgicaux, mais également les services « socialement requis », et que ce plan soit soumis à une large consultation publique.

Marchandisation des services publics et garantie de profits pour les cliniques privés

Nous rejetons le projet de loi 33 parce qu'il propose d'associer le mécanisme de garantie d'accès à une référence systématique aux cliniques privées plutôt que de rechercher des solutions axées sur le renforcement de notre système public de services de santé et de services sociaux. Il est inacceptable pour nous que l'État érige de la sorte un système de sous-traitance au privé, qui drainera les ressources humaines et financières de notre système public, qui comporte de surcroît des garanties quant au nombre d'interventions qui y seront référées, assurant ainsi des garanties de revenus à ces cliniques privées. Cette ouverture aux marchés privés est d'autant plus inacceptable qu'elle fait passer un des volets centraux de notre système public de santé et des services sociaux, dans l'univers de la marchandisation des services, le soumettant ainsi à la logique

des accords de commerce. Ce n'est alors plus la logique des droits des usagers et des usagères qui prévaut, mais celle du marché.

Les réponses à l'arrêt Chaoulli se trouvent dans le réseau public

Nous croyons plutôt aux solutions qui visent l'amélioration de la gestion et la coordination des listes d'attentes, l'amélioration de l'utilisation des équipements du réseau public, la révision de l'allocation budgétaire dans le secteur de la santé et des services sociaux afin de répondre aux besoins de la population ainsi que la mise en place et le développement de cliniques affiliées publiques.

Certaines de ces solutions ont été positivement mises à l'épreuve au cours des dernières années. Elles ont permis, à même le réseau public, de réduire les listes d'attente dans des domaines ciblés, tel qu'en fait foi avec éloquence le *Bilan des progrès accomplis à l'égard de l'entente bilatérale intervenue à l'issue de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la santé de septembre 2004*¹, bilan rendu public par le gouvernement du Québec à l'automne 2005. Le Livre blanc *Garantir l'accès* en traitait largement et nous en avons aussi fait l'écho dans notre mémoire sur le Livre blanc, qui a été présenté à la Commission des affaires sociales le 30 mai dernier.

Il est fort utile de rappeler, tel que nous le mentionnions dans notre mémoire, que, de l'avis de spécialistes tel que le professeur François Béland, professeur titulaire en administration de la santé à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, les progrès enregistrés par la mise en place de ces solutions « *sont suffisants pour ébranler la logique sur laquelle s'articule le jugement de la Cour suprême pour invalider les articles prohibant le recours à l'assurance privée au Québec.* »² En effet, selon une étude parue en février 2006 de Statistiques Canada sur l'accès aux soins de santé au Canada : « *Les temps d'attente médians pour les interventions chirurgicales non urgentes ont diminué de moitié au Québec, passant de presque neuf semaines en 2003 à quatre semaines en 2005.* »³

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Bilan des progrès accomplis à l'égard de l'entente bilatérale intervenue à l'issue de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la santé de septembre 2004*, en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

² Idem

³ Statistiques Canada, *Accès aux services de soins de santé au Canada, Janvier à juin 2005*, en ligne www.statcan.ca , page 8

La COPHAN rejette également l'ouverture à l'assurance privée duplicative qui consacre la mise en place d'un système de santé à deux vitesses favorisant l'accès aux services pour les personnes dont le niveau de revenu et l'état de santé leur permettent d'avoir accès à des assurances privées.

Il faut encore une fois insister sur le fait que la Cour suprême n'a pas donné l'ordre au Québec d'instaurer un régime parallèle privé de santé, pas plus qu'elle n'a indiqué la nécessité de mettre en place un système de sous-traitance vers le privé. Elle a plutôt déclaré invalides deux dispositions interdisant le recours aux assurances privées lorsque les usagers ne pouvaient avoir accès à des soins requis en temps opportun, sans porter atteinte à leur vie et à l'intégrité de leur personne. Le Québec serait largement justifié d'y répondre en soumettant à la Cour les moyens mis en place pour garantir que « *les services de santé sont raisonnables tant sur le plan de la qualité que sur celui de l'accès en temps opportun.* »

Des garanties d'accès pour les services « socialement requis »

Par ailleurs, lorsque nous revendiquons la mise en place d'un mécanisme de garantie d'accès axé sur le renforcement du système public de santé et de services sociaux, nous exigeons que ce mécanisme couvre non seulement des soins médicaux et chirurgicaux, mais également l'ensemble des services sociaux.

Le droit à la santé est, selon l'ONU, un droit global dans le champ duquel entrent, en plus des facteurs déterminants de la santé, le droit à la prestation de soins et services appropriés en temps opportun de façon à garantir à chacun, sur un pied d'égalité la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible. Le droit à la santé comprend un autre aspect aussi très important : celui de la participation de la population aux prises de décisions en matière de santé.⁴

⁴ Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale no 14*, Doc. N.U., E/C.12/2000/4 (2000), paragraphes 8 à 12. Cette définition découle de l'article 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* auquel le Québec a adhéré en 1976, qui s'énonce comme suit:

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :
 - a) La diminution de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;
 - b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle
 - c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;

C'est sur cette définition que repose l'article 1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* qui précise que la loi « a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. Cet article mentionne également que notre régime a pour but, entre autres, de « favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale, de diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes et d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. »

Or, que ce soit dans le cadre du projet de loi 33, ou encore, en ce qui concerne les récentes annonces faites par le ministre de la Santé et des Services sociaux, visant à réduire les listes d'attentes dans les régions de Québec et de Montréal, les propositions ne visent que le domaine des chirurgies. Le ministre ne démontre aucun intérêt, ni ne propose aucune intervention en ce qui concerne les listes d'attente qui persistent pourtant depuis trop longtemps dans le domaine des services « socialement requis » soit les soins de longue durée, les services à domicile, les services spécialisés et sur spécialisés en réadaptation physique ou intellectuelle, pour n'en nommer que quelques-uns.

Les données fournies par l'Association des centres de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) et la Fédération des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (FCRDI) parlent pourtant d'elles-mêmes. Ainsi, en mars 2006, tout comme en 2005, l'AERDPQ signalait que plus de 8 500 personnes de tout âge étaient en attente de services en réadaptation physique. Plus particulièrement, en 2005, l'Association signalait que plus de 3 000 enfants devaient attendre jusqu'à deux ans pour avoir accès à des services essentiels leur permettant de maximiser leurs capacités, optimiser leur autonomie et, par conséquent, leur intégration dans la collectivité, leur participation à la société québécoise.

Le MSSS a lui-même en main un document⁵ qui a compilé diverses études sur l'impact des délais d'attente dans différents cas dont celui des enfants ayant une déficience motrice-cérébrale (0-12 ans), les enfants dysphasiques (0-18 ans), les adultes et aînés aphasiques suivant un accident vasculo cérébral, les enfants ayant une déficience auditive d'âge préscolaire, etc. Il est donc

d)La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

⁵ Normand Boucher, Patrick Fougeyrollas, Pascale Lévesque et Katia Roy, *Les délais d'attente en matière de réadaptation spécialisée, Les résultats de la recension des écrits*, IRDPQ/CIRRIIS, 16 juin 2005

inacceptable que le ministre n'ouvre sur aucune perspective quant aux garanties d'accès dans ce domaine.

Ne pas le faire implique par exemple, en déficience motrice, un risque d'aggravation de la condition physique et des incapacités de la personne, une déformation physique et des séquelles graves, l'augmentation possible de chirurgies correctrices et des séjours prolongés en établissements, le tout à des coûts définitivement plus élevés pour notre système de santé et qui auraient pu être évités grâce à des services de réadaptation donnés au bon moment.

Pour les personnes ayant une déficience visuelle, les services de réadaptation en temps opportun permettent d'éviter des risques accrus d'accidents, de chutes et de blessures. En déficience auditive et en déficience du langage et parole, la réadaptation en temps opportun, surtout pour les enfants, limite les difficultés d'apprentissage et la possibilité d'échec scolaire.

En ce qui concerne les listes d'attente en déficience intellectuelle, la Fédération des centres de réadaptation signale, en date du 16 mars 2006, que 1 444 personnes sont en attente de services. Ces services visent les services de soutien, les services résidentiels et les services socioprofessionnels. Parmi les personnes en attente, l'on retrouve des enfants de 0-4 ans qui doivent attendre 100 jours, des jeunes de 5-17 ans qui doivent attendre 276 jours, des jeunes de 18-21 ans qui attendent 301 jours, et des adultes dont l'attente peut aller jusqu'à 544 jours.

On ne peut non plus passer sous silence les graves lacunes d'accès aux services à domicile dont souffrent à la fois les personnes qui ont des limitations fonctionnelles de tout âge ainsi que leurs proches.

Il faut dénoncer le fait qu'il n'existe au MSSS aucune information sur les délais et listes d'attente pour ces services. De plus, lorsqu'une personne a accès à un certain nombre d'heures, même si ce nombre est insuffisant pour combler ses besoins, elle n'est pas considérée en attente par l'établissement chargé de faire l'évaluation de ses besoins.

Les personnes que nous représentons et qui ont besoin de services de réadaptation, de services à domicile, de soins de longue durée, ont bien des raisons d'être inquiétées par l'orientation exclusivement chirurgicale de la proposition du ministre de la Santé et des Services sociaux. Nous craignons également l'impact systémique que produira la mise en œuvre d'un mécanisme de garanties d'accès axée exclusivement sur quelques chirurgies électives sur le financement adéquat des services de longue durée et ceux qui sont socialement requis.

C'est pourquoi, en plus de demander le retrait du projet de loi 33, la COPHAN revendique un réel plan de gestion ministériel des listes d'attente, tel que le réclame la Coalition solidarité santé. Dans le cadre de l'élaboration de ce plan, le ministre doit à tout prix prendre en considération d'autres problématiques et ne pas se limiter aux listes d'attente relatives aux services chirurgicaux et hospitaliers.

La mise en place d'un mécanisme de garantie d'accès doit s'attaquer notamment aux délais et listes d'attente pour les services à domicile, les services spécialisés et sur-spécialisées en réadaptation, l'ensemble des services socialement requis. Il est entendu que ces garanties d'accès doivent trouver réponse dans le réseau public et elles doivent être assurées par un mécanisme comportant la plus grande transparence et permettant à la population de prendre part aux décisions d'orientation portant sur cette gestion. Pour cela, il faut, tel que le propose l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS)⁶ :

- Se donner les moyens pour obtenir une information solide nécessaire à alimenter les débats et à prendre les décisions
- Élargir la collecte d'information à l'ensemble des secteurs
- Élargir la collecte d'information sur toutes les étapes menant à l'obtention du soin, traitement ou service : évaluation, diagnostic, traitement, convalescence, gestion d'une maladie chronique
- Tenir compte de l'évolution des délais
- Tenir compte de l'impact de ces délais sur l'état de la personne mais aussi sur sa famille, ses proches
- Assurer l'accès public à une information éclairée
- Analyser les données recueillies en vue d'identifier l'ensemble des facteurs responsables des délais.

⁶ Institut canadien de l'information sur la santé, *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, 2006

Conclusion

Parce qu'elle est en faveur d'une *véritable* garantie d'accès dans tous les secteurs d'intervention de notre système de santé et services sociaux, la COPHAN demande le retrait du projet de loi 33. Le système public offre les moyens d'assurer la réalisation en toute égalité du droit à la santé pour tous et toutes. Les efforts qui ont été faits à l'intérieur du réseau public afin de réduire les délais d'attente dans le cas de certaines chirurgies démontrent que cela est possible sans avoir à « s'appuyer » sur le secteur privé. Ces efforts doivent aussi s'étendre non seulement aux services « médicalement requis » mais aussi aux services « socialement requis », soit à l'ensemble des secteurs d'intervention de notre système de santé et services sociaux, comprenant notamment les services de soutien à domicile pour les personnes et leurs proches et les services spécialisée et sur-spécialisées de réadaptation.