



“Primum non nocere”

“D’abord ne pas nuire”

Mémoire présenté par le
Réseau québécois d’action pour la santé des femmes (RQASF)
à la Commission de la santé et des services sociaux

*dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi numéro 10- Loi
modifiant l’organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux
notamment par l’abolition des agences régionales*

Novembre 2014

Pour le RQASF

Recherche et rédaction :

Lydia Assayag, directrice

Recherche et relecture :

Isabelle Mimeault, responsable de recherche

4245 avenue Laval

Montréal, Qc, H2W 2J6

(514) 877-3189

Fax : 877-0357

rqasf@rqasf.qc.ca

Dépôt légal: 4e trimestre 2014

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN: 978-2-923269-47-4 (version imprimée)

ISBN: 978-2-923269-48-1 (version électronique)



RQASF, 2014

RÉSUMÉ

Pour saisir les impacts de la réforme que propose le Projet de loi 10, il convient en premier lieu d'appréhender la puissante interaction entre femmes et santé. Cette analyse nous démontre qu'encore aujourd'hui, le terrain n'est pas nivelé : les femmes et les hommes ne sont pas égaux en matière de santé. Que cela soit en tant que principales utilisatrices des services, consommatrices de médicaments, dispensatrices de soins dans le système de santé ou dans l'informel, ou encore par leurs conditions de vie, la santé des femmes en pâtit. Ne pas incorporer cette donnée dans une réforme de la santé perpétue ces inégalités ou pire, les aggrave.

Malgré ses objectifs louables, la réforme proposée entrainera probablement plus de coûts humains et financiers que d'économies.

Écarter les épargnes générées par la prévention, accroître la médicalisation des problèmes sociaux, ne pas s'attaquer aux deux hémorragies financières que constituent les dépenses en médicaments et la rémunération des médecins, tout cela est porteur d'augmentation du fardeau fiscal en santé, plutôt que de l'inverse.

Les femmes en subiront directement et davantage les contrecoups.

PRÉSENTATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est un organisme provincial à but non lucratif, fondé en 1997, dont le siège social est situé à Montréal. Le RQASF travaille à l'amélioration de la santé physique et mentale des femmes, ainsi que de leurs conditions de vie. Il compte plus de 140 groupes membres répartis partout sur le territoire du Québec et représente plus de 300 000 femmes. Il est ainsi présent sur le terrain et a développé une solide expertise en la matière.

La mission du RQASF s'articule autour de plusieurs axes : la recherche, la sensibilisation, la formation. Il produit et diffuse également de nombreuses publications à l'intention de ses membres, du personnel de la santé, de la population et des responsables politiques. La prévention et l'information indépendante par une approche globale et féministe de la santé sont le moteur de toutes ses activités.

Le RQASF s'intéresse aux conditions de vie de toutes les femmes; et il se préoccupe de la situation des femmes marginalisées, que ce soit en raison d'un handicap, de leur statut socioéconomique, de leur orientation sexuelle, de leur langue, de la couleur de leur peau ou de leur origine ethnique.

Le RQASF privilégie les partenariats et les collaborations pluridisciplinaires. Il travaille, entre autres, avec les ressources communautaires et les réseaux de femmes, les associations et les ordres professionnels, les organisations syndicales, le milieu de l'éducation, les médias et le réseau de la santé et des services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	3
PRÉSENTATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS D’ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES.....	4
INTRODUCTION.....	6
PREMIÈRE PARTIE : LES FEMMES ET LA SANTÉ.....	8
PRENDRE SOIN.....	8
PRINCIPALES UTILISATRICES.....	8
LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ APPLIQUÉS AUX FEMMES.....	10
DEUXIEME PARTIE : LA RÉFORME PROPOSÉE.....	15
DES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES PLUTÔT QUE DES ÉCONOMIES.....	15
MÉDICALISATION ACCRUE À L’HORIZON.....	16
MODE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS.....	18
ACCESSIBILITÉ DES SERVICES.....	18
CONCLUSION : D’ABORD NE PAS NUIRE.....	20

INTRODUCTION

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) remercie la Commission de la santé et des services sociaux (Commission) de son invitation à participer aux consultations particulières sur le projet de loi numéro 10- *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Selon son article premier, ce projet de loi vise trois cibles :

- ✚ favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population
- ✚ contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- ✚ accroître l'efficacité et l'efficacités du réseau.

Il est certes louable de vouloir réformer le système de santé et de services sociaux qui en a grand besoin et le RQASF souscrit à ces trois objectifs. Néanmoins, après une analyse du projet de loi, de l'état des connaissances sur les réformes de santé, des risques et des impacts sur les soignants, sur les femmes en particulier et sur la population en général, nous **demandons le retrait du projet de loi**.

Afin de ne pas alourdir le document et d'alléger le travail de la Commission, nous avons choisi de nous consacrer à l'**impact du Projet de loi sur les femmes**. Nous ne reprenons donc pas l'analyse détaillée de chacune des mesures proposées. Nous reprenons plutôt à notre compte les avis et recommandations déjà soumis à la Commission par différents acteurs et experts. Ainsi nous ne traiterons pas de risques majeurs dus à :

- ✓ la concentration du contrôle direct du ministre de la santé sur le système de soins¹

¹ - Le risque principal est que la centralisation crée des demandes irréalistes sur les systèmes de communication (...) (sans) renforcer l'imputabilité réelle des institutions : Mémoire présenté à la Commission par M. Damien Constandriopoulos et al. le 20 octobre 2014, p. 10-11.
<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-25777/memoires-deposes>

- ✓ la centralisation des structures²
- ✓ des conseils d'administration sans participation réelle du personnel et de la population³
- ✓ la politisation, l'abolition des principaux contre-pouvoirs et le potentiel accru de conflits d'intérêt, de trafics d'influence et du pouvoir des lobbys⁴
- ✓ la privatisation accentuée des services publics.

Pour être en mesure de saisir l'impact de la réforme proposée, il convient en premier lieu d'aborder les **liens intimes et essentiels entre femmes et santé**; en second lieu, d'en analyser les **impacts** les plus préjudiciables, pour finalement conclure sur une **réorientation** autant salutaire que nécessaire.

- Selon le Protecteur du citoyen, « la transition structurelle (...) ne risque-t-elle pas, à court terme d'accélérer le processus de nivellement par le bas de l'offre de services résultant de l'intégration des politiques régionales ? » Mémoire du Protecteur du citoyen, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux le 27 octobre 2014, p. 11.

http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/Memoire_projet_de_loi/2014/2014-10-27-Memoire_PL10_agences-sante-services-sociaux.pdf

- Selon les Médecins Québécois pour un Régime Public (MQRP), ceci correspond à « un modèle de gestion autocratique, inadapté à un système complexe et en constante évolution. »

² « L'AMQ s'inquiète du caractère extrêmement centralisateur de la prise de décision vers le Ministère, et non vers une prise en charge populationnelle. Cette poussée centralisatrice va à l'encontre d'une tendance lourde qu'on observe dans l'ensemble des systèmes de santé occidentaux. En effet, les modes de fonctionnement privilégiés sont ceux qui rapprochent la prise de décision des milieux cliniques où se donnent les services de santé, et non ceux dont les prises de décisions se font à un niveau gouvernemental. » Mémoire déposée par l'Association Médicale du Québec auprès de la Commission, le 20 octobre 2014.

<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-25777/memoires-deposes.html>

³ « On voit ici une stratégie héritée de la nouvelle gestion publique, soit choisir des gens du milieu des affaires pour gérer des institutions publiques (...). « La gouvernance est donc hors des mains de soignants ».

« En effet, en 2005 au Québec, il y avait près de 800 représentants de patients et de la population au sein des CA des établissements; post réforme il n'y en aura que... 28!" Voir note 2 à la fin, p. 8-9 du mémoire de l'AMQ.

⁴ « La politisation accrue du système de la santé et des services sociaux.

Même s'il n'est pas encore possible de mesurer toute l'ampleur et les conséquences de la concentration de ces pouvoirs entre les mains du ministre, il est possible de souligner les risques réels d'une politisation accrue du système de la santé. En ce qui concerne la nomination des membres des conseils d'administration des CISSS, ainsi que du PDG et du PDGA, il y a lieu de se questionner sur l'indépendance des personnes nommées et les risques de conflits d'intérêts. » Mémoire de l'AMQ, voir note 2.

PREMIÈRE PARTIE : LES FEMMES ET LA SANTÉ

PRENDRE SOIN

Depuis des millénaires, partout, les femmes ont pris soin de leurs proches, de leur village, leur tribu. Bien avant la professionnalisation de la médecine, qui a marqué une masculinisation du métier, les femmes étaient médecins, sage femmes et soignantes. Encore aujourd'hui, 82 % des emplois du secteur de la santé, toutes professions confondues, sont occupés par des femmes⁵. Encore aujourd'hui, dans l'informel, la responsabilité principale de la santé des enfants, des conjoint(e)s, des proches, des personnes vivant avec les limitations fonctionnelles et des parents vieillissants repose davantage sur les femmes.

En conséquence, comme deux vases communicants, tout ce qui touche au système de santé affecte particulièrement les femmes. C'est pourquoi, lors de la Révolution tranquille, lorsque le Québec s'est doté d'un système de santé public, gratuit et accessible, cela a constitué un facteur majeur d'émancipation et d'égalité. Les femmes ne devant plus rester à la maison pour prendre soin des malades, elles ont pu investir temps et argent dans leur éducation et dans l'accès au marché du travail.

Pour s'assurer de prendre en compte cette réalité, toute réforme de la santé ne saurait se passer d'analyse différenciée selon le sexe (ADS)⁶, sous peine de provoquer des effets discriminatoires majeurs, contraires à la Charte des droits et libertés de la personne, à la Charte canadienne des droits et aux protocoles et traités internationaux ratifiés. Or, de toute évidence, considérant ses effets délétères sur les femmes, cet exercice n'a pas eu lieu.

PRINCIPALES UTILISATRICES

Les femmes constituent la moitié de la population. Cela semble une évidence, qu'il est néanmoins pertinent de rappeler pour éviter de les confiner dans une catégorie/clientèle particulière ou un programme particulier, comme c'est le cas actuellement.

⁵ Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Emplois-occupes-selon-la-categorie-professionnelle-et-selon-le-sexe>

⁶ Selon la politique en vigueur, l'ADS est obligatoire pour élaborer tout programme, politique ou réforme gouvernementale. Secrétariat à la condition féminine, *Plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes 2011-2015*, Québec, 2011, http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/politique/ADS_complet_2011-06-13.pdf

Au-delà de leur diversité, elles sont les principales utilisatrices des services de santé et des services sociaux, surtout au cours de leur vie reproductive⁷.

Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène :

- Dès la puberté, consultation auprès des professionnelles de la santé pour la contraception et la sexualité
- Consultations pour les proches, enfants, parents, etc.
- Tendance à exprimer plus souvent leur vécu et leur souffrance, donc à recevoir plus de prescriptions de médicaments
- Consommation accrue de médicaments et plus du double pour les psychotropes et autres⁸
- Médicalisation des étapes naturelles de la vie: la périnatalité, la ménopause et la vieillesse⁹
- Souffrent davantage de maladies chroniques¹⁰

⁷ Les femmes consultent davantage au cours de leur vie reproductive mais le taux de consultation est presque égal après 65 ans. <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consultation-dun-medecin-selon-lage-et-le-sexe&print=1>

⁸ Les femmes consomment plus du double de psychotropes. Concernant la consommation d'antidépresseurs, les femmes ont une consommation (7,0 %) de plus du double de celle des hommes (3,3 %). De plus, bien que les médicaments servant à réguler l'humeur (1,6 %) et à traiter les comportements psychotiques (0,5 %) soient très peu utilisés par les femmes, les taux de consommation de ces médicaments présentés par les femmes sont respectivement 3 et 5 fois plus élevés que ceux présentés par les hommes.

Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consommation-de-medicaments-liee-a-des-problemes-de-sante-mentale-selon-le-sexe&print=1>

Les femmes consomment plus de médicaments que les hommes, peu importe leur âge, y compris les plus jeunes femmes.

<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consommation-dau-moins-3-medicaments-differents-selon-lage-et-selon-le-sexe>

⁹ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, « La ménopause n'est pas une maladie. » <http://rqasf.qc.ca/menopause/menopause-approche-globale>

¹⁰ Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à souffrir de problèmes de santé chroniques, à l'exception des maladies cardiaques et du diabète. <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Principaux-problemes-de-sante-chroniques-selon-le-sexe>

- Tensions et maladies accrues par le cumul des rôles sociaux : travailleuse- mère-éducatrice-soignante-responsable des charges domestiques-proche aidante-pressions reliées à l'image corporelle.

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ APPLIQUÉS AUX FEMMES

Depuis plus d'un siècle et demi, nous savons que la santé d'une population est principalement déterminée par les conditions de vie et le contexte social. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ces déterminants sont les suivants : alimentation, écosystème stable, éducation, émancipation des femmes, équité, justice sociale, logement, paix, relations sociales, respect des droits, revenu, sécurité sociale, utilisation judicieuse des ressources.

« Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local.

Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde. »

Source : OMS

http://www.who.int/social_determinants/fr/

Une analyse différenciée selon le sexe des différents déterminants révèle les inégalités de santé encore vécues par les femmes. Prenons pour exemples quatre des déterminants les plus substantiels.

LA PAIX

La paix est le plus important des déterminants. Or selon Santé Canada, une canadienne sur huit sera victime d'abus sexuels graves avant l'âge de 18 ans. Au Québec, dans un contexte conjugal, 80 % des victimes de violence sont des femmes¹¹. Ceci est consolidé par la comparaison entre les catégories d'infractions: elles sont beaucoup touchées par les infractions les plus graves (homicides, tentatives de meurtre, agressions sexuelles...).

LA SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE

Malgré de nettes améliorations depuis une cinquantaine d'années, la situation socioéconomique des femmes est encore beaucoup plus précaire que celle de leurs vis-à-vis masculins. L'analyse comparative des statistiques sur le salaire moyen¹², l'absence de parité « à travail égal, salaire égal »¹³, les différences de salaire pour un même niveau d'éducation¹⁴, le nombre des chefs de famille monoparentale¹⁵, la surreprésentation

¹¹ Ministère de la Sécurité publique du Québec, *Criminalité dans un contexte conjugal au Québec -Faits saillants 2012*, p. 11.

¹² En 2002, le salaire moyen des femmes représentait 84,0 % de celui des hommes. Boulet, Maude. *Même profession, salaires différents : les femmes professionnelles moins bien rémunérées*, Institut de la statistique du Québec, mars 2014, 6 p., www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/travail-remuneration/industries/differe-rence-salaire-homme-femme.pdf cité dans <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait-des-quebecoises-en-8-temps-edition-2014.pdf>

¹³ En 2011, le revenu d'emploi des femmes travaillant à temps plein toute l'année correspond à 75,3 % de celui des hommes, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 76,2 % en 2007. Statistique Canada, Gains moyens des femmes et des hommes, et ratio des gains des femmes par rapport à ceux des hommes, selon le régime du travail, dollars constants de 2011, CANSIM. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=fra&id=2020102&pattern=2020102&searchTypeByValue=1&p2=35> cité dans <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait-des-quebecoises-en-8-temps-edition-2014.pdf>

¹⁴ Alors que 41,2 % des femmes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires touchent un revenu d'emploi inférieur à 20 000\$, bien qu'elles travaillent à temps plein toute l'année, c'est le cas de 24,9 % des hommes dans la même situation. Statistique Canada, Enquête sur la dynamique du travail et du revenu, compilation spéciale pour le Conseil; ISQ, Seuils du faible revenu, MPC, selon le type de collectivité rurale ou urbaine, Québec, 2000-2010. www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/revenus_depense/revenus/seuilsmpc_qc.ht

dans les ghettos d'emploi ¹⁶ et le travail précaire (sur appel, à temps partiel, non syndiqué), le démontre.

LE POUVOIR

L'état des connaissances en santé publique et les travaux de l'OMS sont formels : le pouvoir et la participation des collectivités et des individus aux décisions qui concernent leur santé sont eux-mêmes des facteurs de santé. Or les femmes sont encore loin de partager à parts égales les postes de pouvoir gouvernementaux (provincial, municipal ou local), et elles sont pratiquement absentes des conseils d'administration des grandes entreprises¹⁷.

[m](https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait-des-quebecoises-en-8-temps-edition-2014.pdf) cité dans <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait-des-quebecoises-en-8-temps-edition-2014.pdf>

¹⁵ En 2011, 76,0 % des familles monoparentales sont dirigées par une femme. Institut de la statistique du Québec, Familles selon la structure, la présence d'enfants et l'âge des enfants, Québec, 1986-2011.

http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/familles-menages/tableau_30.htm cité dans <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait-des-quebecoises-en-8-temps-edition-2014.pdf>

¹⁶ La proportion de femmes dans les dix catégories professionnelles traditionnellement féminines (dans les secteurs de la vente, des services, des soins aux personnes, du travail de bureau) s'élève à 81,3 % en 2006, tandis qu'on trouve 70,2 % d'hommes dans les dix catégories d'emploi traditionnellement masculines. Cité dans <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait-des-quebecoises-en-8-temps-edition-2014.pdf>

¹⁷ À la suite des élections générales du 7 avril 2014, 27,2 % des députés de l'Assemblée nationale sont des femmes. Le Conseil des ministres compte 8 femmes sur 27 membres depuis le 23 avril 2014. À la suite des élections municipales de 2013, les femmes représentent 32,0 % des conseillers municipaux et 17,3 % des maires. On note une légère amélioration par rapport aux taux de 2009, qui étaient respectivement de 29,3 % et de 16,1 %.

En 2013, les femmes occupent 19,8 % des sièges dans les conseils d'administration des plus grandes sociétés québécoises. Ce taux place le Québec au troisième rang des provinces canadiennes, derrière la Nouvelle-Écosse (25,7 %) et la Saskatchewan (23,2 %). Cité dans <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait-des-quebecoises-en-8-temps-edition-2014.pdf> p. 22-23.

« Comblé le fossé (en santé) en une génération: comment faire?

Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources

L'inégalité des conditions de vie quotidiennes est le fait de structures et de processus sociaux profonds. La production d'inégalités est systématique; elle est le résultat de normes, de politiques et de pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables. »

Source : OMS, Commission des déterminants sociaux

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/fr/index2.html

LE CUMUL DES RÔLES SOCIAUX

Travailleuse, mère, éducatrice, soignante, principale responsable des charges domestiques, proche aidante; jongler avec toutes ces charges a **un prix pour les femmes : leur santé**. Comment assumer tout cela et en même temps être svelte, en forme, sexy et avoir l'air jeune en tout temps ?

Si nous ajoutons à ce portait la violence et la situation socioéconomique précisées plus haut, il ne faut guère s'étonner que les femmes consomment plus du double d'antidépresseurs et d'anxiolytiques que les hommes¹⁸.

Pourtant la solidarité familiale fonctionne : autour de 75 % des proches aidantes sont des femmes. Elles assument aussi plus d'heures, plus de tâches et des tâches plus lourdes que leurs vis-à-vis masculins¹⁹. Ce sont elles qui compensent pour les

¹⁸ Voir note 8.

¹⁹ Conseil du statut de la femme, *Portait des Québécoises en 8*, édition 2013, gouvernement du Québec, p. 21.

dysfonctionnements du système public de santé et du programme de soutien à domicile, épargnant ainsi des milliards de dollars aux contribuables, au prix de leur travail et de leur santé.

Lorsque, pour le bien commun, l'État instaure certaines mesures de conciliation travail-famille, tel que les garderies à 7\$, la gratuité et l'accessibilité universelle du système de santé et d'éducation et le régime d'assurance parentale, le fardeau est quelque peu réduit. Qu'en sera-t-il lorsque ces programmes seront abolis ou dramatiquement réduits avec les réformes d'austérité en cours?

Force est de constater que le terrain n'est pas nivelé : les femmes et les hommes ne sont **pas égaux en matière de santé**. Ainsi toute intervention clinique ou étatique qui n'incorpore pas cette donnée **perpétue les inégalités de santé ou pire, les aggrave**.

“Male-dominant neighbourhood-level gender inequality tended to be present for average employment income, labour force participation, employment rate, and employment in managerial positions. Female-dominant gender inequality tended to be present for divorce, single-headed households, and participation in unpaid housework, child and elderly care. Neighbourhood-level gender inequality tended to vary across metropolitan areas, mid-sized cities, and rural areas.”

TAMAMBANG, Lum, AUGER, Nathalie, LO, Ernest et Marie-France RAYNAULT, «Measurement of gender inequality in neighbourhoods of Quebec, Canada», *International Journal for Equity in Health*, 10,52, 2011 doi: 10.1186/1475-9276-10-52,

<https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait-des-quebecoises-en-8-temps-edition-2013.pdf>

Les femmes consacrent plus d'heures de travail non rémunéré pour prendre soin d'un proche.

<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?soins-et-aide-fournis-par-des-proches-a-des-personnes-agees&print=1>

DEUXIEME PARTIE : LA RÉFORME PROPOSÉE

DES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES PLUTÔT QUE DES ÉCONOMIES

MIEUX VAUT PRÉVENIR QUE GUÉRIR

Ce vieil adage n'est pas seulement pertinent en ce qui concerne les soins; il s'applique aussi aux coûts de santé. Jusqu'à présent, seulement 2 % du budget en santé du Québec était consacré à la prévention. Tout le reste des ressources était consacré au volet curatif plutôt que préventif. Or tout récemment, le ministre de la santé vient de décréter des coupures de 30 % au budget familial de la santé publique²⁰.

Considérer la prévention comme un luxe va directement à l'encontre des objectifs de la réforme proposée. En effet, il est établi que la prévention permet d'engranger des économies substantielles. Il suffit pour cela d'adopter une vision à moyen ou long terme²¹, plutôt que de courte vue. (Voir l'encadré plus bas)

²⁰ <http://www.ledevoir.com/societe/sante/422844/la-sante-publique-menacee>

«Compressions : la Santé publique menacée, les budgets seraient amputés de 30 %, compromettant la prévention», *Le Devoir*, édition du 4 novembre 2014, par [Amélie Daoust-Boisvert](#)

²¹ Autres exemples d'économie par la prévention :

- Intervention pour la prévention de l'anxiété et de la dépression chez les personnes âgées
ICIS, (2009) https://secure.cihi.ca/free_products/roi_mental_health_report_fr.pdf
- Programmes d'éducation et de formation des parents en matière de troubles du comportement
Royaume-Uni : Dretzke et coll. (2005) 65, (2005) 65 Dretzke, J. et al. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Parent Training/Education Programmes for the Treatment of Conduct Disorder, Including Oppositional Defiant Disorder, in Children." *Health Technology Assessment* 9, 50 (2005): p. 1–233.
- Programme de prévention du suicide chez les Autochtones
USA : Zaloshnja et coll. (2003) 73 Zaloshnja, E. et al. "Reducing Injuries Among Native Americans: Five Cost-Outcome Analyses." *Accident Analysis & Prevention* 35, 5 (2003): p. 631–639.

« La prévention, un investissement rentable

Pour chaque dollar investi, le retour serait de :

- Développement de la petite enfance : 2 à 16 \$
- Promotion des saines habitudes de vie : 3 \$
- Promotion de la santé en milieu de travail : 2,75 à 4 \$
- Prévention de l'alcoolisme : 4 à 5 \$
- Port du casque obligatoire à vélo : 30 \$
- Détection et traitement précoces de la chlamydia et de la gonorrhée : 12 \$
- Prévention du VIH : 51 \$
- Éducation à la protection contre les rayons UV : 2 à 4 \$ »

Source: Revue de la littérature scientifique, direction générale de la santé publique, MSSS, septembre 2014. Cité dans *Le Devoir*, édition du 4-11-2014

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/422844/la-sante-publique-menacee>

MÉDICALISATION ACCRUE À L'HORIZON

Le projet de loi resserre la dispensation des services autour de la mégastructure des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de leur mission médico-hospitalière²². En 2010, l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) des impacts de la réforme de 2004 – qui réduisait déjà les autres missions du MSSS (la santé communautaire, la santé mentale et les services psychosociaux) – a démontré que cette réforme structurelle entraînait la médicalisation comme réponse à

²² Mémoire du Protecteur du citoyen, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux le 27 octobre 2014, p. 10.

http://www.protecteurducitoyen.gc.ca/fileadmin/medias/pdf/Memoire_projet_de_loi/2014/2014-10-27-Memoire_PL10_agences-sante-services-sociaux.pdf

des besoins avant tout psychosociaux²³. Une récente enquête du RQASF constatait les mêmes effets²⁴. Il est donc prévisible que la réforme proposée entraîne une plus grande consommation de médicaments et de tests pour ces problèmes, avec une **augmentation substantielle des coûts**, sans pour autant les régler.

Or le coût des médicaments a doublé en l'espace de 20 ans. Il engloutit plus de 20 % des dépenses (publiques et privées) de santé. Il a atteint un sommet de 8,5 milliards de dollars en 2012 et la tendance se maintient²⁵.

« Le surdiagnostic survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne causera jamais ni symptôme, ni mort, ou qu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement ».

Source : Association Médicale du Québec

Le surdiagnostic : Constats et Plan d'action, 2014

<http://www.amq.ca/images/stories/documents/m%C3%A9moires/surdiagnostic-planaction-fr.pdf>

Tout comme le souligne l'Association médicale du Québec (AMQ), en termes de coûts, le problème majeur actuel du système de santé réside dans le surdiagnostic. Ajoutant sa voix au courant mondial contre le surdiagnostic, le surtraitement et la médicalisation à outrance, l'AMQ préconise dans son mémoire à la Commission une série de mesures qu'il aurait été pertinent d'incorporer dans une réforme du système de santé²⁶.

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 2010, p. 77-78.

²⁴ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes - *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires à la croisée des chemins*, 2011. <http://rqasf.qc.ca/sante-mentale/la-situation-actuelle>
<http://rqasf.qc.ca/sante-mentale/ancrages-biopsychosociaux-de-la-sante-et-de-la-maladie>

²⁵ <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201211/19/01-4595571-la-facture-en-medicaments-a-double-en-10-ans-au-quebec.php> ; St-Onge, J.-Claude, *Tous fous ?*, Écosociété, 2013, p. 29-41 et 121-212.

²⁶ <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-25777/memoires-deposes.html>, p. 13.

MODE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Une autre hémorragie financière du système de santé est occultée par le projet de loi : la rémunération des médecins. Ces frais correspondent au quart des dépenses en santé de l'État. Il semblerait opportun de s'y attarder, comme le suggèrent des chercheurs respectés, comme M. Damien Constandriopoulos²⁷, dans leurs mémoires déposés devant la Commission.

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

Tout comme la population et beaucoup d'acteurs du milieu, le RQASF a constaté à la suite d'une large enquête de terrain, que l'accessibilité aux services sociaux et de santé se dégrade lentement mais sûrement depuis plus de deux décennies, en particulier pour la santé mentale²⁸. Constatation rapportée par de nombreux intervenants devant la Commission dont le Protecteur du Citoyen qui constate « l'effritement graduel de l'offre publique de services »²⁹.

À titre d'illustration, dans le Montréal métropolitain, une personne sur quatre n'a pas accès à un médecin de famille et dans certaines régions du Québec, les femmes doivent traverser plus de 1000 kilomètres pour pouvoir accoucher; ceci sans compter les segments de la population marginalisée, qu'elle soit récemment immigrée, itinérante, autochtone, avec des limitations fonctionnelles, ou anglophone vivant en milieu majoritairement francophone³⁰.

²⁷ <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-25777/memoires-deposes>, p. 14.

²⁸ Voir note 27, p. 39-42.

²⁹ Mémoire du Protecteur du citoyen, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux le 27 octobre 2014, p. 18.
http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/Memoire_projet_de_loi/2014/2014-10-27-Memoire_PL10_agences-sante-services-sociaux.pdf

³⁰ A cet effet, les organismes communautaires de femmes ont développé des méthodes innovantes, avec très peu de moyens, pour augmenter l'accessibilité de leurs services envers trois segments de la population marginalisée : les femmes immigrantes, les femmes autochtones et les femmes anglophones. Voir : RQASF, *L'accessibilité des services : Des pratiques qui ont fait leur preuve*, 2013, <http://rqasf.qc.ca/files/accessibilite-services-fr.pdf>

Compte tenu de l'état des connaissances et des expériences passées, il est fort probable qu'aucune disposition du projet de loi n'aura pour effet d'améliorer l'accessibilité, la gratuité ou la qualité des services. Le RQASF partage l'analyse et les conclusions des experts de l'Université de Montréal et de Sherbrooke, M. Constandriopoulos, Mmes Perroux, Brousselle et Breton³¹.

Au contraire, durant la période de transition de quelques années, les efforts considérables nécessaires pour implanter les changements administratifs vont détourner de précieuses énergies au détriment des soins.

³¹ Voir note 27. On retrouve, parmi les préoccupations exprimées par le Collège des médecins du Québec dans leur mémoire à la Commission : « le danger de fragmentation territoriale qui pourrait se traduire par une moins bonne accessibilité aux services pour le citoyen. »
<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-25777/memoires-deposes.html> p. 9.

CONCLUSION : D'ABORD NE PAS NUIRE

Le premier devoir du personnel professionnel en santé consiste à ne pas nuire³².

Ce n'est pas ce que s'apprête à faire le projet de loi 10.

Bien que légitime dans ses objectifs, la réforme proposée n'offre aucune possibilité de les atteindre. Elle ne respecte pas le principe de précaution et s'inscrit à contre courant des connaissances et des expériences actuelles. Il est fort à craindre que les femmes, intimement liées à la santé, en subissent davantage les contrecoups.

Pour améliorer la santé des femmes et celle de la population en une génération, le chemin est déjà tracé. Il suffit de le suivre :

«Veiller au bien-être des filles, des jeunes filles et des femmes

et améliorer les circonstances dans lesquelles les femmes mettent leurs enfants au monde,

privilégier le développement du jeune enfant et l'éducation des filles et des garçons,

améliorer les conditions de vie et de travail, adopter une politique de protection sociale qui profite à tous et créer des conditions permettant de bien vieillir.

Les politiques conçues pour atteindre ces objectifs doivent faire intervenir la société civile, les pouvoirs publics et les institutions mondiales.»

Commission des déterminants sociaux de la santé et Organisation mondiale de la santé (OMS), *Comblant le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, Rapport final*, OMS, 2009, 236 p.

³² Ce principe ferait partie du serment d'Hippocrate, médecin grec, considéré comme un des fondateurs de la médecine occidentale.

