



Espace Santé

**Benoit Gareau**  
Groupe Espace Santé

## Éditorial

**Le prochain  
5 à 7  
conférence  
Espace Santé:**

**L'amélioration  
de la  
performance  
en santé :  
mirage ou  
solution ?**

...

**Le mercredi  
8 octobre  
2008  
au Newtown**



En février 2008, le Groupe de travail Castonguay a déposé un mémoire au Ministre de la santé et des services sociaux de l'époque,

M. Philippe Couillard. Ce mémoire a été reçu avec beaucoup de scepticisme par le ministre et plusieurs observateurs du milieu de la santé. M. Michel Venne, directeur général de l'Institut du Nouveau Monde et coprésident du groupe de travail s'est vite dissocié de certaines recommandations contenues dans le rapport.

Mais, coup de théâtre, avant son départ de la vie politique en mai dernier, M. Philippe Couillard a agi de façon surprenante en ouvrant la porte toute grande pour que soit pratiqués plusieurs chirurgies en milieu privé sur le territoire du Québec. La décision a été prise presque en même temps

que ce dernier eut entrepris des pourparlers avec une firme de santé privée en vue d'une association d'affaire. D'aucuns diraient que ce dernier a agi de façon opportuniste.

Le rapport du Groupe Castonguay a été commandé par le gouvernement du Québec. Il a fait couler beaucoup d'encre. Nous avons pensé vous concocter une édition spéciale sur ce rapport. Dans cette édition du journal, vous trouverez un article rédigé par trois spécialistes du domaine de la santé M. Paul Lamarche, M. Raynald Pineault et M. Yvon Brunelle intitulé « Rapport Castonguay : les leçons à tirer du débat ». Vous pourrez aussi lire un texte que j'ai écrit sur le sujet. Enfin, vous trouverez un extrait d'un texte de Mme Antonia Maioni écrit pour la revue Options Politiques.

Un autre événement important a eu lieu en 2008, le dépôt du mémoire de la Table nationale sur la main d'œuvre en soins infirmiers. Nous avons inclus un texte de

Mme Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec intitulé « La montagne a-t-elle accouché d'une souris? ».

Nous espérons que vous trouverez matière à réflexion.

Bonne lecture,

Benoit Gareau  
Président du Groupe Espace Santé

## Table des matières

Éditorial .....	Benoit Gareau, p. 1
Rapport Castonguay : les leçons à tirer du débat .....	Paul A. Lamarche, Raynald Pineault et Yvon Brunelle, p. 2
Retour sur le rapport du Groupe de travail Castonguay.....	Benoit Gareau, pp. 3-4, 9-10
The Castonguay report: Quebec's quiet revolutionary strikes again .....	Antonia Maioni, p. 5
Photos des 5 à 7 Conférences .....	p. 6
La montagne a-t-elle accouché d'une souris?.....	Gyslaine Desrosiers, pp. 7-8
Le Groupe Espace Santé, le Journal Espace Santé et le Conseil d'administration 2008-2009 .....	p. 11

*Le journal a été préparé par des membres d'Espace Santé. Les vues exprimées sont celles des auteurs.*

[www.espacesante.ca](http://www.espacesante.ca)





## Rapport Castonguay : les leçons à tirer du débat

**Paul A. Lamarche**

*Professeur titulaire au Département d'administration de la santé à l'Université de Montréal*

**Raynald Pineault**

*Professeur émérite, Université de Montréal*

**Yvon Brunelle**

*MSSS*

*Les auteurs ont participé aux travaux du groupe de travail Castonguay - Article paru dans l'édition du 4 mars 2008 du quotidien Le Soleil.*

La lecture que fait le groupe de travail sur le financement des services de santé des problèmes prioritaires du système de soins est pour le moins contestée. Des débats qui ont suivi la parution de son rapport se dégagent un certain consensus sur un tout autre ordre de problèmes à régler en priorité.

Le problème le plus criant pour le groupe est celui du financement et, plus particulièrement, l'écart entre l'accroissement des dépenses publiques et celui de la richesse collective. Or, s'il y a un chapitre où le Québec a très bien performé au cours des vingt dernières années, c'est bien celui du contrôle des dépenses. C'est au Québec où les dépenses totales et publiques de santé par habitant se sont accrues le plus lentement au Canada.

Le Québec occupe maintenant le dernier rang des provinces quant à ces dépenses. Il occupait le cinquième au début des années 1980. La part de la richesse collective consacrée aux dépenses totales de santé n'a que légèrement augmenté. Cet accroissement est dû aux dépenses privées. La part de la richesse collective consacrée à ces dépenses est en augmentation constante tandis que celle consacrée aux dépenses publiques est relativement stable. Enfin, fonder la lecture du système de soins sur la part des dépenses publiques de santé sur les dépenses de programme du gouvernement n'attire aucune sympathie. L'augmentation de ce pourcentage est influencée autant par une baisse des taxes et des impôts, par le jeu des intérêts sur la dette accumulée que par un accroissement des dépenses de santé.

### Les patients

Le groupe n'a surtout pas accordé toute l'importance à un autre angle de la réalité du système de soins : celui des patients. C'est à ce chapitre que le système québécois rencontre les problèmes les plus importants. Le Québec est l'une des provinces où l'accessibilité aux services, surtout de première ligne, l'affiliation à un médecin de famille, l'utilisation des services, dont le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate et la satisfaction des soins de santé, sont les plus faibles. Ce qui aggrave la situation, c'est que le Canada performe très mal à ces égards en comparaison d'autres pays industrialisés. Il rivalise maintenant la dernière place aux États-Unis.

Le groupe propose aussi de limiter l'accroissement des dépenses publiques à celui de la richesse collective. Pour lui, l'objectif serait atteint si les dépenses publiques augmentaient selon le rythme suggéré même si les dépenses privées, et donc les dépenses totales, explosaient. Ce raisonnement laisse croire qu'il existe deux richesses au Québec : l'une pour les dépenses publiques et l'autre pour les dépenses privées. Si l'une d'elles ne peut payer sa part, l'autre peut prendre la relève. Ce n'est évidemment pas le cas.

### La question des sources de revenus

Enfin, le groupe donne l'impression que les vraies solutions sont du côté des nouvelles sources de revenus : un pourcentage de la TVQ dédié à la santé et une franchise annuelle (lire impôt-santé) sur le coût des visites médicales. Il y a des objections majeures à ces propositions. Il n'existe aucun lien entre la qualité du service

offert par les systèmes et leur niveau de financement. Cette absence de lien s'observe autant entre les provinces canadiennes qu'entre les pays industrialisés. Les principaux utilisateurs des services médicaux sont évidemment des personnes malades et surtout pauvres et âgées. La franchise consiste dans les faits à imposer les caractéristiques de grande vulnérabilité des personnes. Enfin, cette franchise vise à combler un manque à gagner annuel. Pour qu'elle produise les effets escomptés, le montant doit s'additionner année après année. Son application devient alors très rapidement intenable pour les personnes qui la subissent. Elle ne peut donc assurer la pérennité du système de soins.

Il y d'importantes leçons à tirer de ce débat. La priorité doit être accordée à améliorer le service aux citoyens. C'est dans ce domaine que la performance du Québec est la moins bonne. C'est lui qui fait l'objet de consensus. Toute tentative de limiter les dépenses doit porter sur les dépenses totales et non uniquement sur les dépenses publiques. C'est la même richesse, la poche des citoyens, qui paie les deux dépenses. L'application du principe d'utilisateur-payeur pour trouver de nouvelles sources de revenus ne reçoit que très peu d'appui au Québec. Si des sources nouvelles doivent être trouvées, elles doivent l'être en lien surtout avec la capacité de payer des personnes.

Enfin, la seule voie pour assurer la pérennité du système est la réorganisation des services. Si de l'argent neuf est disponible, il doit l'être pour et suite à une réorganisation de services et non pour son remplacement.

*" Il y d'importantes leçons à tirer de ce débat. La priorité doit être accordée à améliorer le service aux citoyens. C'est dans ce domaine que la performance du Québec est la moins bonne. C'est lui qui fait l'objet de consensus. "*



## Retour sur le rapport du Groupe de travail Castonguay

**Benoit Gareau**

*DMD, Msc administration de la santé.*



Au printemps 2007, la présidente du Conseil du trésor, Mme Monique Jérôme-Forget, annonçait en grande pompe la

mise sur pied d'un groupe de travail qui étudierait les questions de financement du système de santé québécois. Le groupe de travail allait être présidé par M. Claude Castonguay, ancien ministre de la santé dans les années 70 lequel serait secondé par deux coprésidents, M. Michel Venne, directeur général de l'Institut du Nouveau Monde et Mme Johanne Marcotte, réalisatrice de documentaire "L'illusion tranquille".

Le 20 février 2008, le président du groupe de travail, Claude Castonguay, faisait état du travail et des recommandations de son équipe devant la Chambre de commerce du Montréal métropolitain. De ce rapport, Michel Venne faisait parvenir une lettre dans laquelle il se dissociait de trois recommandations : 1) sur la mixité des pratiques médicales, 2) sur les assurances privées en santé et 3) sur la gestion déléguée à des firmes privées de l'organisation publique. Le jour même, en conférence de presse, le Ministre de la santé et des services sociaux, M. Philippe Couillard, se dissociait des principales recommandations du rapport portant sur le financement et la privatisation du réseau. Ce dernier les jugeant non applicables au contexte actuel.

Les discussions étaient entamées dans un climat de confrontation. Les réactions des médias et des groupes d'intérêt ont été multiples et divisées. Les uns applaudissant le rapport, les autres le pourfendant.

### **Le rapport**

Le mandat tel qu'édicté par décret par le

gouvernement, le 27 juin 2007, consistait à formuler des recommandations sur les meilleurs moyens à prendre pour assurer un financement adéquat du système de santé. Dans le décret, le gouvernement précisait que les recommandations devaient être compatibles aux principes qui caractérisent le système de santé québécois:

- a) le maintien d'un régime public de santé fort;
- b) la protection des plus démunis;
- c) le maintien de critères de qualité élevés pour le secteur public et la prestation privée.

Le mandat de ce groupe de travail comportait quatre grands volets:

- a) proposer au gouvernement des sources additionnelles de financement pour la santé;
- b) préciser le rôle du secteur privé;
- c) proposer un compte santé;
- d) examiner des modifications à la loi canadienne de la santé.

Dans le présent article, j'essaierai de faire ressortir les principales orientations du rapport à partir des objectifs édictés dans le mandat du groupe de travail. Le rapport du groupe de travail Castonguay n'est pas une étude exhaustive faite à partir de données probantes ou des appréciations scientifiques de situations particulières. Le rapport est constitué d'observations et d'arguments faits à partir de données du ministère et de commentaires d'acteurs du réseau.

### **A) Proposer au gouvernement des sources additionnelles de financement pour la santé**

Le premier objectif du groupe de travail consistait à proposer des sources additionnelles de financement pour la santé. Pour l'exercice 2007-2008, le budget de la santé du gouvernement du Québec s'élevait à 23,9 milliards de dollars. Ce

montant représente 43% des dépenses de programmes du gouvernement du Québec. À titre de comparaison, l'éducation accapare 24,9% des dépenses de programmes.

Pour le groupe de travail, la croissance des dépenses en santé, évaluée à 5-6% par année, crée une pression énorme sur les finances du gouvernement du Québec. Selon lui, la croissance des revenus du gouvernement, évaluée à 3-4% par année, est insuffisante pour soutenir la croissance des dépenses en santé.

Pour soutenir cette croissance des dépenses en santé, le groupe de travail recommande la création d'un fonds de stabilisation dédié à la santé. Ce fonds apparenté à la Caisse santé serait capitalisé, puis réinvesti graduellement afin de tenir compte du manque à gagner entre la croissance des dépenses en santé et la croissance des revenus du gouvernement. Le financement de ce fonds proviendrait de deux sources: 1) à partir d'une franchise appliquée en fonction de l'utilisation des services médicaux et du revenu familial, et 2) en augmentant le pourcentage de la taxe de vente du Québec. Le groupe de travail mentionne que le financement par impôt a une capacité plus grande de contrôler la croissance des coûts et qu'il est moins coûteux à administrer.

Dans le rapport, le groupe de travail rejette l'idée d'un régime contre la perte d'autonomie. Il le rejette pour des raisons de principes. Pour le groupe de travail, la création d'un régime distinct visant à garantir séparément et davantage une partie de la population serait

...





## Retour sur le rapport du Groupe de travail Castonguay

... la suite par **Benoit Gareau**

tout à fait contraire au principe fondamental de solidarité de l'assurance maladie. Le groupe de travail abandonne également l'idée d'un ticket modérateur. Le groupe considère le ticket modérateur comme une façon de lier le financement des soins de santé à la consommation.

Lors du dépôt du rapport du groupe, le ministre de la Santé, Philippe Couillard, a rejeté deux des principales recommandations sur le financement de la santé, soit l'augmentation de la taxe de vente et l'imposition d'une franchise annuelle aux citoyens, une mesure qu'il qualifie de "difficilement applicable". Selon M. Couillard, le gouvernement préfère améliorer la productivité du réseau de la santé plutôt que d'imposer des mesures de prélèvements fiscaux. Québec n'a pas l'intention d'augmenter la taxe de vente provinciale à cause de son engagement de diminuer le fardeau fiscal des contribuables québécois.

### **B) Préciser le rôle du secteur privé**

Le deuxième objectif du groupe de travail était d'évaluer la place du privé en santé et de préciser son rôle.

Selon des données recueillies par le ministère, la part du privé au Québec s'établissait à 28,4% comparé à 12,9% en Grande Bretagne et à 20,2% en France. Aux États Unis où il n'y a pas de couverture universelle publique, la part du privé représente 54,9%. Pour ce qui est des assurances privées, l'OCDE évalue que les assurances privées en santé constituent en moyenne 6,3% des dépenses totales de santé des pays de l'OCDE. Au Québec et au Canada, 12-13% des dépenses totales de santé proviennent d'assurances privées individuelles ou contractées sur une base collective. Dans un pays comme la Grande Bretagne dont le système de santé ressemble à ce qu'il y a au Canada, les assurances privées correspondent à 3,3% des dépenses to-

tales. En France, les assurances privées représentent 12,4% des dépenses totales.

Devant le groupe de travail Castonguay, les représentants du patronat ainsi que ceux des grandes centrales syndicales ont attiré l'attention des membres du comité sur les régimes d'assurances collectives financés conjointement par les travailleurs et leurs employeurs. Selon eux, au cours des vingt dernières années, les primes des régimes collectifs d'assurance maladie et dentaire ont crû rapidement. Alors que l'inflation progressait de 3% par année de 1987 à 1997 et de 2% par année de 1997 à 2007 au Québec, les primes de ces régimes ont augmenté de 8 à 13% par année. Aux États Unis, la croissance des primes d'assurances privées a été similaire de 8 à 14% par année (Reinhardt et coll., 2004).

Dans le rapport, le groupe de travail donne en exemple le cas de l'assurance médicament et affirme qu'il est possible que nombre de travailleurs (et donc d'employeurs) abandonnent les protections dont ils bénéficient actuellement faute de ne pouvoir assumer le coût des primes qui croissent de 13% par année. Les travailleurs n'auraient plus accès à un régime collectif pour ces soins.

Malgré les informations recueillies dans ce rapport, le groupe de travail recommande tout de même que le ministère autorise le recours à l'assurance privée de type duplicative pour des secteurs déjà couverts par le régime public. Pour le groupe de travail, l'apport du privé doit être considéré comme une ressource complémentaire au système public. Le groupe de travail va jusqu'à affirmer que « cette vision se situe aux antipodes d'une privatisation. »

Des membres du Groupe Espace Santé mentionnaient déjà en 2006 dans un article publié dans l'Actualité

médicale qu'il serait hasardeux d'ouvrir la voie à des assurances privées de type duplicative à cause du risque important de diluer les ressources du public vers le privé (Gareau et coll., 2005). Plusieurs articles sur le sujet dont Tapay, Colombo en 2004 et Hébert, Landry 2007 rapportent des effets limités voire négatifs associés à l'introduction des assurances privées duplicatives. Plusieurs articles sur le sujet rapportent des effets limités. Fait à noter, le groupe de travail Castonguay ne rapporte aucun exemple ni expérience positive pour justifier sa recommandation.

Le groupe de travail recommande également qu'un médecin puisse être autorisé à exercer selon une pratique mixte, à l'intérieur des limites prescrites et sous condition d'une entente avec son établissement. La mixité consiste à pratiquer à la fois dans le cadre du système public et de façon privée.

Le Ministre de la santé et des services sociaux, M. Philippe Couillard, avait rejeté cette proposition soulignant que cette recommandation ne prenait pas en considération le contexte actuel. Pour justifier sa décision, il avait utilisé des éléments contenus dans le rapport et les règles établies par le groupe de travail. Pour ce dernier, la mixité pourrait entraîner un drainage des effectifs du public vers le privé étant donné les problèmes de ressources et d'accès à des soins sur plusieurs territoires. Il ajoutait que les établissements de santé ont besoin des effectifs actuels pour répondre adéquatement à la demande de soins.

... la suite page 9

*" Dans un pays comme la Grande Bretagne dont le système de santé ressemble à ce qu'il y a au Canada, les assurances privées correspondent à 3,3% des dépenses totales."*



## The Castonguay report : Quebec's quiet revolutionary strikes again

**Antonia Maioni**

*Directrice du McGill Institute for the Study of Canada.*

*\_ Texte paru dans l'édition de mars 2008 du périodique Options politiques.*



(...) Health care reform in Quebec is a conundrum, no doubt about it. And Claude Castonguay has to be commended for

taking on the thankless job of trying to make sense of its challenges. His gravity about the deficiencies of the system and his belief in a parallel private system are blunt and forthright. Although Castonguay does not seem to be particularly interested in the larger political stakes at play, in *Getting Our Money's Worth*, the Liberal government may have received more than it bargained for politically. The real mystery is why the report was commissioned in the first place, when the government knew full well what Castonguay's thinking on the subject was. Many health policy observers would have been able to predict his recommendations on the day he was appointed. Why then did the government hang him out to dry ?

Perhaps, by allowing the father of Quebec medicare to float private sector panaceas to health care reform, Jean Charest was trying to beat the right-wing ADQ opposition at its own game. But this game is risky as it leaves the centre and left wide open for the Parti Québécois to appoint itself as the defender of the public system. The irony could not be more apt if the sovereignist party in Quebec ends up defending the principles that underpin the Canadian Health Act.

But the sombre fate of the report

shows the political stakes around deepening the tax burden and privatization. Perhaps, by allowing Castonguay to float private sector panaceas to health care reform, Jean Charest was trying to prime the electorate for future change, or maybe even beat the right-wing ADQ opposition at its own game. More likely, the report has shown that Quebecers are still not yet ready to swallow such drastic medicine. Like the « third way » in Alberta, appeals for more private sector involvement for physicians and insurers are political non-starters. And while public opinion polls may show that Quebecers are open in theory to the idea of private markets, user fees and the like, the actual bill for these initiatives, courtesy of Castonguay's precise ledger, has been met with vociferous opposition.

Still, while Castonguay's report has been shelved, the diagnosis and prescription are unlikely to fade from public debate. Quebec's health-care reform dilemma is one that resonates in every province. As with the Chaoulli court case, Castonguay's report will have lasting impact on the debate over health care reform in Canada. Not only does it add fuel to that combustible fire by providing heavy artillery to proponents of privatization, it also throws down the gauntlet to the federal government over the worthiness of the Canada Health Act.

*\* Reproduit avec la permission de l'Institut de recherche en politiques publiques (IRPP). Pour lire l'article en entier, consultez le site <http://www.irpp.org/po>*

*Cliquer ici pour le texte d'Antonia Maioni en format PDF*

*" While Castonguay's report has been shelved, the diagnosis and prescription are unlikely to fade from public debate. "*



## 5 à 7 Conférence du 11 mars 2008 "La rétention des jeunes infirmières dans un contexte de pénurie"



Allocution de Karine Gimmig avec les conférenciers  
Mme Francine Girard, Mme Mélanie Lavoie-Tremblay et M. Yvon Brunelle  
[Cliquer ici pour l'audio du 5 à 7 conférence](#)

## 5 à 7 Conférence du 10 juin 2008 "Diriger un centre hospitalier dans un contexte de pénurie de ressources"



Présentation du Dr Arthur T. Porter  
[Cliquer ici pour le vidéo du 5 à 7 conférence](#)





## Table nationale sur la main d'oeuvre en soins infirmiers. La montagne a-t-elle accouché d'une souris?

**Gyslaine Desrosiers**

*Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.*

*Article paru dans le Journal de l'OIIQ, Vol.5 No.5, mai-juin 2008.*



Au risque d'être rabat-joie, hélas, je réponds oui. Pour tout vous dire, il m'a semblé que ce n'était pas la première fois que je jouais dans ce

film... En fait, c'était au moins le troisième « remake ». En 1987, il y a eu le rapport CEMOSI<sup>1</sup> du Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers qui avait d'ailleurs suivi de près le rapport Sobeco<sup>2</sup> du nom de la firme qui l'avait rédigé. Puis, Pauline Marois avait rendu public, en décembre 2003, un rapport sur la planification des effectifs infirmiers<sup>3</sup>. Quelques jours plus tard, elle n'était déjà plus ministre de la Santé. Sans oublier la Commission Clair<sup>4</sup> qui faisait état de la morosité du personnel du réseau. Nous allons ainsi de rapport en rapport sans plan d'action. Quelle misère !

Pour améliorer la satisfaction professionnelle des infirmières, toutes les études et tous les rapports en arrivent aux mêmes conclusions : autonomie et valorisation professionnelle, respect et confiance mutuelle entre les employés et l'administration, ratios élevés de personnel, recherche de qualité et bonne communication entre les médecins et les infirmières. Brunelle (2008)<sup>5</sup> indique que les hôpitaux québécois et le système de santé qui les encadre font exactement le contraire des hôpitaux « magnétiques » américains qui réussissent à satisfaire et à maintenir en poste leur personnel infirmier en appliquant ces mesures depuis plus de 25 ans. Au moment où l'enjeu supposément le plus crucial est celui de la rétention du personnel infirmier,

aucun indicateur n'est actuellement disponible pour la mesurer au Québec. L'OIIQ a beaucoup insisté au cours des derniers mois pour que les données relatives à l'indicateur du taux de roulement du personnel infirmier soient consignées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et rendues publiques. Présentement, le MSSS s'intéresse surtout aux indicateurs financiers ou de productivité, tel celui des heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance. Il peut même arriver qu'un établissement soit considéré comme très « performant », alors que son taux de roulement est élevé et que ses coûts en personnel d'agences privées ne sont pas comptabilisés avec ses coûts en main-d'oeuvre.

Ma déception à l'égard des travaux récents du MSSS auxquels nous avons été conviés tient à ce que je ne vois pas le lien entre l'extrême gravité de la pénurie envisagée et les solutions proposées. Elle tient aussi à ce que plusieurs recommandations ressemblent à des vœux pieux, car elles ne sont pas assorties de mesures budgétaires. En guise d'exemple, on a recommandé d'améliorer l'accès à la formation continue et on a mandaté un sous-comité pour proposer un cadre de gestion et d'évaluation ! D'ailleurs, plusieurs sous-comités doivent poursuivre leurs réflexions au cours de 2008. Pendant ce temps, on estime à 63 % le nombre d'infirmières de plus de 50 ans qui envisagent de prendre leur retraite au cours des trois prochaines années. Un sondage interne de l'Ordre indique que trois infirmières sur quatre pourraient envisager de reporter leur retraite à certaines conditions, notamment, un

meilleur salaire, un travail à temps partiel, une diminution de la charge de travail, bref de meilleures conditions de travail. Ces seules données nous convainquent qu'il est urgent de passer à l'action.

Cela fait des années que l'on parle de mentorat, d'augmentation et de stabilisation des équipes et de différentes mesures de fidélisation des employés en fin de carrière. L'indifférence face aux départs des infirmières de plus de 50 ans, ou encore le fait de considérer ces départs comme inévitables me paraît scandaleux. Tout doit être fait pour les garder. Les établissements de santé du Québec devraient avoir des marges de manœuvre locales à cet effet. Brunelle<sup>6</sup> rappelle que des études estiment à 10 000 \$ le coût minimal par poste à remplacer et à 25 000 \$ le coût moyen, sans compter les dommages collatéraux : lits fermés, dysfonctionnement à l'urgence, augmentation des listes d'attente, démoralisation du personnel, etc. Si on ajoute le coût des heures supplémentaires et celui du personnel d'agences privées, il y a sûrement quelque part des fonds disponibles pour retenir les infirmières d'expérience.

Mais cela n'est pas seulement une question d'argent, c'est d'abord une question de valorisation. Dans le réseau public de la santé, tant que les infirmières seront considérées comme interchangeable, quelle que soit leur expertise ou leur formation, nous assisterons à une accélération des départs à la retraite et à un roulement élevé. Permettre à une infirmière d'expérience d'être délogée

...

*" Permettre à une infirmière d'expérience d'être délogée de ses fonctions et rémunérée pour former une infirmière de la relève, c'est démontrer toute la valeur qu'on accorde à son savoir-faire. "*



## Table nationale sur la main d'oeuvre en soins infirmiers. La montagne a-t-elle accouché d'une souris?

• • • la suite par **Gyslaine Desrosiers**

de ses fonctions et rémunérée pour former une infirmière de la relève, c'est démontrer toute la valeur qu'on accorde à son savoir-faire. Le ministère de la Santé de l'Ontario a annoncé dès 2005 un investissement de plus de 28 millions de dollars pour tester un projet de rétention des infirmières en fin de carrière. Après évaluation de l'impact positif du projet-pilote, il a mis de l'avant en mai 2007 un programme<sup>7</sup> permanent de maintien en poste des infirmières soignantes de plus de 55 ans : elles peuvent être libérées des soins directs et consacrer 20 % de leur temps à des fonctions de mentorat ou de formation. Les nouvelles fonctions doivent être d'une durée d'au moins trois mois. Au Québec, nous allons étudier la question pendant encore combien de temps avant d'agir ?

Nous sommes dans une conjoncture de l'emploi où il est prévisible que pour les quinze prochaines années, le marché demeurera plus favorable en termes de pouvoir de négociation aux employés qu'aux employeurs. Le secteur privé préconise la notion de « bon employeur ». La créativité est à l'œuvre : salle de gym, iPod et téléphone cellulaire à tout nouvel employé. D'ailleurs, les fameux hôpitaux « magnétiques » américains offrent les mêmes avantages que les bons employeurs. Pourtant, au Québec, dans le réseau de la santé, on ne semble pas encore avoir pris conscience de la nouvelle réalité. Des énoncés de gestion contraignants pour les infirmières prévalent encore, comme si les employeurs avaient encore le gros bout du bâton ! Qu'est-ce que je veux dire par contraintes ? Heures supplémentaires obligatoires, rotation obligatoire, congés d'études refusés, quart de nuit obligatoire, agences privées interdites, ratios de personnel imposés, affectation obligatoire des infirmières auxiliaires dans les blocs opératoires, participation refusée au colloque annuel des conseils

des infirmières et infirmiers... Or, en même temps, on constate une augmentation des infirmières qui passent aux agences privées pour échapper à ces contraintes. D'autres quittent tout simplement le Québec pour aller travailler dans d'autres provinces.

Les jeunes veulent la conciliation travail-études, les parents demandent la conciliation travail-famille et les préretraités désirent un revenu de retraite conciliable avec un poste à temps partiel. Je pense que le temps des contraintes est terminé, celui de la conciliation est arrivé. Et cela ne pourra rester de vains mots. Il faudra que cela se concrétise par des conditions de travail mieux adaptées aux différentes étapes de la vie. Les valeurs de la société sont en mutation et maintenant les individus veulent exercer des choix personnels. Choisir de devenir infirmière, c'est encore possible. Qu'avons-nous à offrir aux 3000 personnes par an dont nous avons besoin pour les encourager à faire ce choix ? Par ailleurs, plus de 3000 infirmières par an envisagent de partir à la retraite. Comment les inciter à choisir de poursuivre leur carrière ?

<sup>1</sup> COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS. La main-d'œuvre en soins infirmiers, Rapport du comité d'étude sur la main-d'œuvre en soins infirmiers, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987.

<sup>2</sup> GROUPE SOBECO. Rapport de recherche concernant les infirmières et infirmiers du réseau des Affaires sociales et Rapport de recherche concernant les infirmières auxiliaires du réseau des Affaires sociales, Québec, Secrétariat général des Affaires sociales, 1984.

<sup>3</sup> GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE. Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec

portant sur le choix du statut d'emploi, sur le potentiel de disponibilité et sur les perspectives de cheminement de carrière, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

<sup>4</sup> COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Clair). Les solutions émergentes - Rapport et recommandations, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.

<sup>5</sup> BRUNELLE, Y. Une source d'enseignements : les hôpitaux « magnétiques » américains, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, 2008.

<sup>6</sup> Y. Brunelle, op. cit.

<sup>7</sup> Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Guidelines for Application to the Late Career Nurse Initiative, 2007.

[En ligne: [www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing\\_sec/docs/late\\_nurse\\_gd\\_01\\_20070523.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing_sec/docs/late_nurse_gd_01_20070523.pdf)].





## Retour sur le rapport du Groupe de travail Castonguay

... la suite par **Benoit Gareau**

### C) Proposer un compte santé

Comme troisième objectif, le gouvernement a demandé au groupe de travail de lui proposer une structure pour un nouveau compte santé.

En juillet 2005, le comité Ménard proposait la mise en place d'un compte santé. Ce compte santé comprendrait des informations plus détaillées des dépenses et des revenus en santé afin de mieux suivre l'évolution et les changements dans le réseau de la santé. Ce compte santé aurait trois objectifs : 1) améliorer la transparence concernant à la fois l'allocation des sommes consacrées aux services de santé et des services sociaux et les revenus servant à les financer, 2) sensibiliser la population sur l'évolution des coûts réels de la santé et sur la pression qu'ils exercent sur le financement des autres missions de l'État, 3) constituer une base de discussion pour les débats publics des enjeux et des choix à faire afin d'assurer la pérennité du financement de la santé.

Pour le groupe de travail, le compte santé serait un outil de reddition de compte pour mieux connaître les dépenses et les revenus en santé. Il recommande de développer un compte santé selon les exigences proposées dans le rapport Ménard.

### D) Examiner des modifications à la loi canadienne de la santé

Finalement, le groupe de travail devait examiner les modifications qui pourraient être suggérées afin que les ajustements nécessaires soient apportés à la loi canadienne sur la santé.

Pour le groupe de travail, la loi canadienne sur la santé freine l'évolution à tel point que le Canada est à bien des égards en retard en matière de soins de santé sur la plupart des pays. Mais le groupe Castonguay prend bien

soin de spécifier que les orientations proposées dans son rapport respectent l'esprit des cinq critères.

Un bref retour sur les différentes lois fédérales en santé est nécessaire pour comprendre le propos. Avant les années 70, les Québécois n'avaient pas de couverture universelle des soins de santé. Les lois sur l'assurance hospitalisation de 1957 et sur les soins médicaux de 1966 du gouvernement fédéral ont poussé plusieurs gouvernements provinciaux à se doter de système de santé public. En 1985, le gouvernement fédéral adoptait la loi canadienne sur la santé. La loi canadienne sur la santé est un cadre visant à établir des conditions que les provinces doivent respecter. Les critères sont les suivants : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Le fédéral par la loi canadienne sur la santé cherche à s'assurer que des soins médicalement requis sont dispensés à tous les citoyens en temps opportun dans le respect de la capacité de payer et ce, à travers le pays. Les provinces doivent se conformer à cette loi sous peine d'être sanctionné au niveau des transferts fédéraux.

Dans son rapport, le groupe de travail sous-entend que la loi canadienne freine l'évolution du système de santé et qu'elle constitue un frein à l'amélioration de la qualité des services. Il n'y a toutefois aucune recommandation ni argument pour supporter ces affirmations. André Pratte, éditorialiste en chef au journal La Presse affirmait que « si, aux yeux de certains, le système de santé du Québec n'a pas évolué suffisamment, c'est en raison des décisions prises par les élus de l'Assemblée nationale, pas à cause de la loi fédérale. (...) Cela étant, on cherche en vain quelles réformes auraient voulu faire le gouvernement du Québec et qui auraient été bloquées par le gouvernement fédéral. » La loi canadienne

n'a pas d'emprise sur les relations de travail, sur l'organisation du travail, sur le développement des compétences ou sur la gestion des établissements. En fait, la loi canadienne sur la santé offre une latitude importante aux gouvernements provinciaux pour qu'ils organisent adéquatement les services de santé et de services sociaux sur leurs territoires selon des concepts d'amélioration continue et de performance organisationnelle.

### Conclusion

Le rapport du groupe de travail Castonguay est à plusieurs égards contradictoires et difficiles à suivre. Alain Dubuc de La Presse écrivait : « Au départ, leur mandat était assez pointu : réfléchir à un financement adéquat pour le système de santé, et se pencher sur des questions précises, comme le rôle du privé ou l'identification de sources additionnelles de financement. Mais le groupe de travail s'est en quelque sorte mué en commission royale d'enquête, et a accouché d'un document volumineux de 330 pages qui va dans toutes les directions. Le groupe avait peut être les ambitions d'une commission royale, mais il n'en avait ni le temps ni les moyens. Et ça paraît ».

Un mandat avec des objectifs clairs avait été édicté par le gouvernement, mais la direction a changé pour favoriser un survol presque complet de l'organisation du système de santé. À titre d'exemple, 85 pages sur un total de 280 sont consacrées aux objectifs du mandat. On discute dans ce rapport d'une panoplie de sujets comme de gouvernance, de clinique de première ligne, d'informatisation, de médicaments, du CHUM et CUSM et d'un nouvel institut d'évaluation des technologies et des médicaments. On trouve même des recommandations

...

*" Au-delà des querelles sur la bureaucratie et sur la place du privé en santé, n'oublions pas ces données recueillies par l'Institut de la statistique du Québec en 2007 indiquant que l'immense majorité des Québécois (93%) se disent satisfaits ou très satisfaits des services de santé rendus dans le système de santé public."*





## Le Groupe Espace Santé

L'organisation des activités du Groupe Espace Santé repose sur l'implication bénévole de membres issus de différents milieux, de professionnels de la santé et de citoyens ayant à cœur l'avenir du système de santé et de services sociaux du Québec.

Le Groupe Espace Santé est un organisme sans but lucratif qui cherche à réseauter une relève désireuse de contribuer à l'amélioration des services de santé en permettant aux acteurs du réseau de la santé, incluant les citoyens, d'aborder divers sujets d'intérêt tout en se familiarisant aux dimensions politiques de la santé. Pour ce faire, nous continuerons à organiser des conférences et d'autres événements, à favoriser le transfert de connaissances ainsi qu'à publier un journal.

Le Groupe Espace Santé est une occasion unique de faire rencontrer des acteurs et des intervenants du milieu pour développer un nouveau leadership en santé. Ce leadership se veut inclusif, interdisciplinaire et intergénérationnel.

Le Groupe Espace Santé s'imprègne de trois orientations centrales : la coopération interdisciplinaire, le partenariat avec les citoyens et la modernisation du système de santé et de services sociaux. Tout d'abord, la coopération interdisciplinaire implique le réseautage et la mise en commun des expériences des acteurs. Ces derniers gagneraient à se concerter davantage afin d'atténuer les barrières professionnelles et organisationnelles qui souvent bloquent le changement et le progrès. En second lieu, le partenariat avec les citoyens

apparaît une force; ce partenariat est considéré comme une façon d'améliorer les processus et permet de réduire le déficit démocratique trop souvent pointé du doigt dans notre société.

Finalement, le Groupe Espace Santé veut s'impliquer dans les débats de société qui ont pour objectif de moderniser l'organisation du système de santé et de services sociaux.

Le Groupe Espace Santé veut développer une conscience politique et une vision des défis que nous avons à surmonter pour améliorer l'organisation et le financement du système de santé et de services sociaux du Québec. Nous croyons fermement à l'importance de construire ce nouveau leadership et nous vous invitons à maintenir votre participation à nos activités.

### Conseil d'administration du groupe Espace Santé 2008-09

*PRÉSIDENT: Benoit Gareau, Dentiste en cabinet privé, M.Sc. en Administration de la santé,*

*VICE-PRÉSIDENTE: Christine Guérette, B.Sc., MBA, Infirmière, Coordonnatrice clinique et de recherche à la clinique Neuro Rive-Sud,*

*TRESORIÈRE: Karine Gimmig, B.Sc. Infirmière à l'Hôpital de Montréal pour Enfants, présidente du Regroupement des diplômés en science infirmière de l'Université de Montréal,*

*SECRÉTAIRE: Sylvain Lemieux, conseiller chez Raymond, Chabot, Grant, Thornton,*

*ADMINISTRATEUR: Louis Aucoin, M.A.P., Conseiller principal chez Octane stratégie,*

*ADMINISTRATRICE: Linda Cazale, Ph.D., chargée de projet, Institut de la Statistique du Québec,*

*ADMINISTRATEUR: Olivier Giroux, Physiothérapeute,*

*ADMINISTRATRICE: Marie-Sophie L'Heureux, B.Sc., Infirmière, étudiante à la maîtrise en administration de la santé,*

*ADMINISTRATRICE: Johanne Rioux, Médecin psychiatre à l'Hôpital Charles LeMoyné, administratrice à l'Association des jeunes médecins du Québec.*

## Le Journal Espace Santé

Le Journal Espace Santé est produit par le Groupe Espace Santé. Le Journal paraît 2 fois l'an. Le Journal est un outil d'information rapportant les activités réalisées par le Groupe Espace Santé. Le Journal est également un outil de réflexion, d'analyse et d'expression destiné aux acteurs, aux citoyens et aux intervenants du milieu de la santé et des services sociaux du Québec. Le Journal est disponible sur le site web du Groupe Espace Santé et est envoyé, lors des parutions aux membres de la liste d'envoi du Groupe Espace Santé.

Il est à noter que les vues exprimées dans les textes sont uniquement celles des auteurs.

it designs Conception et réalisation du journal Espace Santé  
www.it-designs.ca

#### Comité de lecture :

Louis Aucoin  
Linda Cazale  
Benoît Gareau  
Marie-Sophie L'Heureux  
Johanne Rioux

#### Collaborateurs à la présente édition :

Yvon Brunelle  
Gyslaine Desrosiers  
Paul Lamarche  
Antonia Maioni  
Raynald Pineault

#### Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 1913-6986

#### À vos plumes!

Vous êtes invité(e) à faire parvenir un texte au comité éditorial du Journal Espace Santé à l'adresse courriel [info@espacesante.ca](mailto:info@espacesante.ca). Ce texte peut traiter d'un sujet d'actualité, d'une problématique particulière ou d'une expérience que vous aimeriez partager.

La longueur des textes ne devrait pas excéder 1500 mots excluant les références et les figures. Veuillez prévoir un nombre maximum de 10 références et de 2 figures ou tableaux. Il est à noter que le comité éditorial ne s'engage pas à publier tous les textes reçus. Un processus de révision de chaque texte déposé est fait avec minimalement un des membres du comité de lecture.