

**Présentation au Comité permanent de la santé  
(Canada) de la Chambre des communes  
concernant son examen du *Plan décennal pour  
consolider les soins de santé***

Par Paul Moist, président national  
Syndicat canadien de la fonction publique

Le 13 mai 2008

## Introduction

Le Syndicat canadien de la fonction publique représente environ 570 000 travailleurs de la fonction publique dans l'ensemble du pays. Il y a 170 000 de nos membres qui sont des travailleurs de la santé qui évoluent dans des hôpitaux, des centres d'accueil, des organismes de soutien à domicile ainsi que dans d'autres milieux de soins de santé. Ce sont notamment des travailleurs en diététique, des infirmiers auxiliaires autorisés, des nettoyeurs, des ingénieurs d'exploitation, des secrétaires, des commis de salle commune, des porteurs, des charpentiers, des cuisiniers, des préposés aux services de soutien à la personne et des assistants de laboratoire qui assurent quotidiennement des services de santé essentiels. Forts de cette expérience directe, nous croyons pouvoir contribuer de façon importante à l'examen du Plan décennal par le Comité.

Le présent mémoire abordera le manque de leadership du gouvernement fédéral dans les soins de santé ainsi que son incapacité à faire en sorte que les transferts vers les provinces prévus dans le Plan décennal soient dépensés conformément aux principes et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Le mémoire comportera également des recommandations de solutions publiques qui renforceraient le régime d'assurance-maladie et qui permettraient au gouvernement fédéral de faire preuve de leadership.

## *Loi canadienne sur la santé*

Notre principale préoccupation à l'égard de la mise en œuvre du Plan décennal a été le manque de responsabilisation et le refus du gouvernement d'imposer le respect des normes relatives au régime d'assurance-maladie. Le gouvernement fédéral a fixé peu de conditions sur les transferts contenus dans le Plan décennal et, comme il fallait s'y attendre, il y a eu très peu de comptes rendus sur ce financement.

Le Conseil canadien de la santé a été chargé de rendre compte des progrès accomplis dans le cadre du Plan décennal, mais plusieurs facteurs ont entravé ses efforts, comme en témoignent les rapports non scientifiques, pour la plupart, qui ont été communiqués jusqu'à présent. L'Alberta et le Québec ne participent même pas au Conseil canadien de la santé, deux provinces qui ne sont aucunement obligées de rendre des comptes sur le Plan décennal.

Pour citer le dernier rapport annuel du Conseil canadien de la santé diffusé en février 2007 :

« Nous ne pouvons pas préciser où les provinces et territoires investissent les fonds de transferts fédéraux en matière de santé, car le détail n'est pas donné<sup>1</sup>. »

Le Plan décennal relève de la *Loi canadienne sur la santé* et pourtant, le Parlement et les Canadiens ont observé une surveillance et des rapports irréguliers en vertu de la *Loi* et son application demeure laxiste.

Chaque année, le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé* déçoit, en ignorant complètement le transfert de l'assurance-maladie vers des organisations à but lucratif dans certaines provinces ou en donnant des détails insignifiants pour d'autres. Et chaque année, le gouvernement fédéral ne fait à peu près rien à propos du ticket modérateur, de la surfacturation et des autres violations des droits garantis par le régime d'assurance-maladie.

Voici quelques exemples concrets des secteurs où l'assurance-maladie est confiée à des organisations à but lucratif, des incidences de ce transfert sur les patients et des rapports de ce transfert avec la *Loi canadienne sur la santé*.

### Cliniques privées, frais illégaux et resquillage

Depuis la ratification du Plan décennal, il y a près de quatre ans, le nombre de cliniques à but lucratif qui assurent des services médicalement nécessaires au Canada a probablement doublé. Il n'y a pas de données sûres sur les cliniques privées; le gouvernement fédéral refuse de recueillir ces données, ce qui contrevient à la *Loi canadienne sur la santé*.

Les entrepreneurs mettent sur pied des cliniques de chirurgie et de diagnostic à un rythme toujours croissant; plusieurs d'entre eux sont subventionnés par l'État et les plaintes au sujet du ticket modérateur et de la surfacturation se multiplient. Pendant tout ce temps, le gouvernement fédéral ferme les yeux ou approuve tacitement les pratiques illégales.

Comme le gouvernement manquait à son devoir de surveiller, de rendre compte et d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé*, en février dernier, le SCFP a publié un guide sur les lois de l'assurance-maladie à l'intention des citoyens<sup>2</sup> et s'est associé à la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers dans le but de lancer un site Web ([soinwdesanteundroit.ca](http://soinwdesanteundroit.ca)) qui encourage les patients à signaler les infractions à la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis le mois de février, nous avons distribué plus de 4 000 guides et notre site Web a été consulté par près de 5 000 personnes.

Les gens sont abasourdis de constater à quel point notre système public se désagrège. Il y en a qui nous ont relaté des situations troublantes où on leur a imposé des frais modérateurs ou offert un accès plus rapide contre une rémunération. En voici quelques exemples :

- Un Québécois nous a dit qu'il pouvait déboursier 1 000 \$ pour subir un tomodynamogramme sur-le-champ ou bien attendre pendant huit mois.
- Un autre Québécois a dû payer 20 \$ en frais de « services professionnels » pour chaque rendez-vous avec son ophtalmologiste.
- On a demandé à une Ontarienne de payer des honoraires forfaitaires annuels de 250 \$ pour des soi-disant « frais accessoires ».
- Une mère de la Colombie-Britannique nous a dit qu'elle ne pouvait pas se permettre de payer les 440 \$ que le podiatre exigeait pour retirer les ongles

- incarnés de son fils. Comme elle nous l'a expliqué : « Je suis une femme monoparentale et je ne dispose pas d'une telle somme... C'est injuste. »
- De nombreuses personnes de différentes provinces nous ont écrit au sujet des médecins de famille qui les ont éliminés après leur avoir fait passer une première entrevue<sup>3</sup>.

Ce que nous entendons n'est que la pointe de l'iceberg. La plupart des gens hésitent, tout naturellement, à signaler les infractions. Comme une personne nous l'a dit : « Je n'ose pas me plaindre publiquement parce que je devrai trouver un autre médecin un jour et je ne veux pas risquer de m'en mettre à dos étant donné qu'ils se font rares par ici. »

Il y a des provinces – surtout en Colombie-Britannique et au Québec – où les cliniques privées ont le droit d'exiger des frais pour les services de diagnostic et de chirurgie qui sont clairement des services hospitaliers nécessaires au sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral ne fait à peu près rien pour contrer ces frais modérateurs, qui sont de plus en plus courants. Il refuse même, en fait, de faire un suivi approfondi du problème.

Certains médecins contournent l'interdiction dont sont frappés le ticket modérateur et la surfacturation en exigeant que les patients paient pour les services qui ne sont pas couverts, ce qui mène au resquillage et à des conflits d'intérêts possibles<sup>4</sup>. Par exemple, un examen IRM du corps au complet peut ne pas être considéré comme un service « nécessaire » pour une personne qui a des douleurs à la hanche. Par contre, avec l'acquisition d'un tel appareil, ce patient peut recevoir un diagnostic qui exige un remplacement de la hanche et être inscrit sur la liste plus rapidement pour une intervention couverte par les fonds publics.

D'autres médecins exigent des honoraires forfaitaires annuels – qui varient de 100 \$ à plusieurs milliers de dollars – pour des soi-disant services « accessoires » comme les consultations téléphoniques, le renouvellement des ordonnances et la préparation de documents. Ces frais constituent un obstacle financier important pour les patients qui ont besoin de soins médicaux – des patients qui sont dans une situation vulnérable à cause de leur santé et de la difficulté de trouver un médecin. Les honoraires forfaitaires sont manifestement une violation du critère d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*, qui exige que les services de santé assurés soient assurés selon « des modalités uniformes ». Pourtant, le gouvernement fédéral ne fait rien pour contester la pratique, et les transferts dans le cadre du Plan décennal se poursuivent sans entraves.

Tous ces exemples sont des variations sur un même thème : le resquillage. Voici comment la Commission Romanow a décrit le problème :

Grâce à un nombre de plus en plus élevé d'établissements offrant des services diagnostiques sophistiqués, les gens peuvent dorénavant obtenir des services plus rapidement en les payant de leur propre poche et se servir ensuite des résultats pour obtenir les traitements nécessaires dans le système public sans avoir à « faire la file ». Bien que cette pratique ne soit pas courante, les Canadiens ont fait

savoir clairement à la Commission qu'ils craignent vivement qu'elle ne le devienne<sup>5</sup>.

Avec les nouvelles cliniques d'IRM et de tomographie assistée par ordinateur à but lucratif qui poussent comme des champignons d'un bout à l'autre du pays, sans parler de la croissance du tourisme médical, le resquillage est certainement devenu plus répandu. Le Comité contribuera-t-il à l'empêcher de devenir la norme?

Un reportage récent donne à entendre que le gouvernement fédéral actuel songe à encourager plutôt qu'à décourager le resquillage et les cliniques à but lucratif. Ce mois-ci, une mission commerciale parrainée par le gouvernement fédéral se rendra aux Caraïbes afin d'appuyer des cliniques privées qui vantent les mérites de leurs chirurgies aux Canadiens<sup>6</sup>. Pourquoi ce gouvernement encourage-t-il le resquillage au lieu d'investir dans des solutions publiques?

### Commercialisation liée aux « garanties sur les temps d'attente »

L'approche préconisée dans le Plan décennal des temps d'attente et du modèle de « garanties de soins » du gouvernement fédéral a, dans certaines provinces, accéléré la commercialisation de l'assurance-maladie et distortonné la planification de la santé. En outre, les provinces ne sont pas foncièrement tenues de rendre des comptes au gouvernement fédéral sur les façons dont le fonds de transition pour les temps d'attente a été dépensé ou sur les résultats obtenus.

Le ministre de la Santé Tony Clement a fait l'éloge de la « garantie de soins » québécoise – un modèle officialisé dans le projet de loi 33, qui a légalisé l'assurance privée pour certaines procédures médicalement nécessaires. Le projet de loi 33, qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, représente un changement profond dans la politique sur l'assurance-maladie et une violation des critères d'*accessibilité* et d'*universalité* de la *Loi canadienne sur la santé*. En plus de légaliser l'accès élitiste aux services assurés, le projet de loi 33 prépare le terrain pour l'impartition de ces services.

Dans le premier contrat de ce genre, l'Hôpital du Sacré-Cœur loue de l'espace, du matériel et du personnel infirmier à la clinique privée Rockland MD. Comme il était mentionné dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* du mois dernier :

[traduction] « Lors de la toute première chirurgie à la clinique, une infirmière a administré par erreur une dose potentiellement mortelle d'analgésique par voie intraveineuse au lieu de faire une injection intramusculaire. Le patient a subi une diminution massive de pression artérielle et a dû être retourné en ambulance à l'Hôpital du Sacré-Cœur afin d'y recevoir un traitement d'urgence. Malgré cet incident, le gouvernement du Québec a affirmé qu'au moins cinq autres hôpitaux dans la province sont à négocier des contrats similaires afin d'avoir accès à des salles d'opération et à du personnel dans des cliniques privées<sup>7</sup>. »

Refiler les complications au système public n'est qu'un des nombreux problèmes engendrés par les cliniques à but lucratif. Il y a des preuves irréfutables que la prestation à but lucratif prolonge les temps d'attente, augmente les frais d'administration et diminue la qualité des soins<sup>8</sup>.

Les stratégies financées par le gouvernement fédéral afin de diminuer les temps d'attente en Ontario et en Colombie-Britannique ont fait place à une autre forme de commercialisation : le financement établi suivant le principe de « l'utilisateur payeur » et les marchés internes pour les hôpitaux. Le financement établi suivant le principe de l'utilisateur payeur et la concurrence axée sur le marché dans le domaine des soins actifs constituent un modèle qui, de l'avis des médecins du Royaume-Uni, engendre des frais d'administration plus élevés ainsi qu'une fragmentation et une déstabilisation du système de soins de santé<sup>9</sup>. Nombre de Canadiens se demanderont si le modèle ne désavantage pas en particulier les hôpitaux qui sont de plus petite taille et qui sont situés dans des régions rurales. Même les promoteurs reconnaissent que mettre une étiquette de prix sur les patients est un cheppied vers un plus grand nombre d'hôpitaux à but lucratif<sup>10</sup>.

### Partenariats public-privé

En dehors des cliniques commerciales, de l'assurance et des modèles de financement, un autre secteur où les organisations à but lucratif font des percées dans le système de soins de santé du Canada – avec des répercussions néfastes pour les soins et l'accès des patients – est celui des partenariats public-privé (les 3P). Les 3P sont des contrats qui s'étendent sur plusieurs décennies et qui portent sur l'exploitation privée des hôpitaux. Il y a 38 hôpitaux 3P à venir ou en cours dans quatre provinces, soit en Colombie-Britannique, en Ontario, au Québec et au Nouveau-Brunswick. Les centres d'accueil 3P sont encore plus répandus.

Il y a des données considérables et grandissantes qui prouvent que les hôpitaux 3P coûtent plus cher et offrent des soins de moins bonne qualité que les hôpitaux publics<sup>11</sup>. Le SCFP estime que cette érosion de la qualité et que ce gaspillage d'argent avec les projets 3P devraient constituer une priorité clé pour le gouvernement fédéral ainsi que pour ce comité parlementaire et, avec la collaboration d'autres syndicats et coalitions communautaires, nous avons proposé un rôle repensé pour le gouvernement fédéral dans le financement des infrastructures des hôpitaux publics<sup>12</sup>.

Les hôpitaux 3P ouvrent la porte aux soins de santé à deux vitesses de plusieurs façons. Premièrement, les contrats de ce genre permettent généralement aux sociétés d'établir des cliniques et d'autres entreprises à l'intérieur de l'hôpital. La colocation augmente considérablement les possibilités d'écroumage, de renvois directs, de ristournes clandestines et autres conflits d'intérêts pour les fournisseurs de soins de santé qui travaillent des deux côtés du couloir. Les risques pour ce genre d'abus sont beaucoup plus grands compte tenu du manque de transparence qui caractérise ces régimes contractuels et locatifs complexes.

La complexité et la confidentialité des projets 3P présentent un autre risque pour les soins de santé à une vitesse. Contraints par des arrangements de location et des contrats de services à long terme, les conseils d'administration des hôpitaux, de même que les gouvernements provinciaux, ont une très petite marge de manœuvre pour faire en sorte que leurs homologues du secteur privé fonctionnent en conformité avec les lois qui régissent l'assurance-maladie. Plusieurs d'entre eux ne connaissent même pas tout le contenu des contrats. Par exemple, le projet contractuel 3P de l'hôpital de Brampton fait plus de deux mille pages; ses principales clauses sont gardées secrètes et même le ministère de la Santé provincial a empêché que des détails importants ne soient révélés.

Si le gouvernement fédéral commençait à prendre les responsabilités qui lui sont attribuées par la *Loi canadienne sur la santé* au sérieux, il s'apercevrait peut-être que les structures de gestion ont bifurqué et que les arrangements légaux complexes que renferment ces projets 3P font en sorte qu'il est difficile même de savoir ce qui se passe sur ces sites. Où est l'obligation de rendre compte?

Comment se fait-il que le gouvernement fédéral permette que les hôpitaux soient découpés et mis à contrat, apparemment sans songer à se conformer à la *Loi canadienne sur la santé*, et certainement sans consulter la population? En fait, par l'entremise de la société P3 Canada inc. et d'autres initiatives, le gouvernement fédéral fait activement la promotion du modèle 3P dans d'autres secteurs. Nous considérons que les hôpitaux 3P méritent une enquête immédiate ainsi qu'une intervention par le Comité, par la vérificatrice générale du Canada et par le Parlement actuel.

### Nettoyage et superbactéries

Un autre aspect des services hospitaliers qui est de plus en plus privatisé, par le biais de projets 3P et de contrats indépendants, est le nettoyage des hôpitaux. Cela devrait préoccuper le Comité pour deux raisons. Premièrement, la prestation à but lucratif des services de soutien hospitaliers contrevient aux critères de « gestion publique » de la *Loi canadienne sur la santé*. Deuxièmement, le nettoyage privatisé pose un risque majeur pour la sécurité des patients, l'une des questions abordées dans le Plan décennal.

Chaque année, au Canada, plus de 220 000 infections nosocomiales causent entre 8 000 et 12 000 décès<sup>13</sup>. Au moins 30 p. 100 de ces infections sont évitables<sup>14</sup>. Les taux d'infection croissants augmentent les taux de morbidité et de mortalité, la durée des séjours hospitaliers, les coûts des soins de santé ainsi que les placements dans des établissements<sup>15</sup>.

Il y a de plus en plus de données probantes qui donnent à entendre que le manque de personnel et que l'impartition des services de nettoyage dans les hôpitaux ont contribué à la hausse des taux d'infection<sup>16</sup>. Des taux d'occupation dangereux en sont un facteur apparenté<sup>17</sup>.

À titre d'exemple, l'enquête du coroner sur les décès à l'Hôpital Honoré-Mercier provoqués par le C. difficile en est venue à la conclusion, l'an dernier, que la décision de

l'établissement de lésiner sur les mesures d'hygiène adéquates afin de réduire les coûts a été un facteur déterminant<sup>18</sup>. Cette pratique est encore plus répandue lorsque des entreprises à but lucratif s'occupent du nettoyage. Des données probantes montrent clairement que les risques de contracter des infections nosocomiales sont accrus lorsque les services de nettoyage sont impartis<sup>19</sup>.

Les mesures de santé publique prévues dans le Plan décennal n'ont pas réussi à venir à bout des infections nosocomiales. Même les efforts consentis par le gouvernement fédéral pour faire un suivi de ces infections seraient sur le point de s'effondrer en raison du manque d'investissement<sup>20</sup>.

### Soins prolongés

Le Plan décennal représentait des progrès modestes au chapitre des soins à domicile, avec l'objectif de la couverture au premier dollar pour certains soins à court terme et de fin de vie, mais il était très loin de répondre aux besoins. Le problème est triple.

Premièrement, il n'y a pas d'évaluation fiable des progrès réalisés par rapport aux objectifs convenus et il n'est pas près d'y en avoir, à en juger par les rapports du Conseil canadien de la santé sur les soins à domicile et les faibles exigences en matière de reddition de comptes contenues dans le Plan décennal<sup>21</sup>. Dans son rapport du mois de janvier, le Conseil déclare carrément que :

« Comme c'est le cas des soins de santé primaires, les efforts pour surveiller et pour rendre publics les progrès du renouvellement des soins à domicile restent insuffisants<sup>22</sup>. »

Deuxièmement, le Plan ne prévoyait pas de services de soutien à domicile, comme les travaux ménagers et la préparation des repas – des services qui, selon le dernier sondage du Conseil et le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, seraient très en demande<sup>23</sup>, qui sont indispensables pour aider les gens à la maison et qui sont gravement sous-financés dans chaque compétence.

Troisièmement, le Plan décennal a omis d'exiger que les provinces consacrent les fonds alloués aux soins à domicile à des fournisseurs de soins à domicile à but non lucratif. Les appels d'offres nuisent aux patients et détournent l'argent des soins directs aux clients au profit des entreprises. Uniquement en Ontario, le transfert à partir d'organismes communautaires de longue date, comme les Infirmières de l'Ordre de Victoria, vers des organisations à but lucratif, dont certaines sont des multinationales qui appartiennent à des investisseurs, a entraîné une diminution des services, une moins grande coopération et un gonflement des frais d'administration<sup>24</sup>. Les taux de roulement dans cette province frôlent maintenant 60 p. 100<sup>25</sup>.

Les soins de longue durée en établissement sont tout aussi urgents pour les Canadiens et totalement absents du Plan décennal. Malgré le besoin évident et grandissant de soins dans les centres d'accueil et liens de ce besoin avec les temps d'attente dans le secteur



des soins actifs, les premiers ministres ne se sont pas attaqués au problème il y a quatre ans et le gouvernement fédéral n'a rien fait depuis pour combler cette lacune. Des milliers d'aînés canadiens sont sur des listes d'attente de centres d'accueil et des milliers d'autres se rapprochent avec impatience de ce jour, en sachant à quel point il est difficile de trouver des soins de longue durée accessibles.

Le SCFP représente environ 56 000 travailleurs du secteur des soins de longue durée dans l'ensemble du pays et ces membres sont à la fois attristés et indignés par les conditions déplorables dans les établissements de soins de longue durée, surtout dans les centres à but lucratif<sup>26</sup>. Nos membres font tout leur possible pour les résidents, mais ils doivent constamment se battre pour obtenir des choses comme des couches adéquates, du temps pour donner le bain aux résidents, des conditions de vie décentes – des choses qui devraient être des droits fondamentaux pour nos aînés.

### Soins de santé primaires

Dans le Plan décennal, les premiers ministres ont convenu de partager uniquement l'information sur les pratiques exemplaires et de faire avancer les dossiers de santé électroniques, et ce, sans condition et sans vision pour la réforme des soins de santé primaires. Le Conseil canadien de la santé a fait état de certains progrès, mais les soins de santé primaires demeurent un ensemble de mesures disparates d'un bout à l'autre du pays<sup>27</sup>. Quant à l'accès 24 heures par jour et sept jours par semaine, un plus grand nombre de patients peuvent maintenant consulter des lignes d'assistance, mais ils ont peu souvent l'occasion de communiquer avec le fournisseur de soins primaires<sup>28</sup>. Les équipes de soins primaires sont plus nombreuses, mais elles sont rarement multidisciplinaires à part entière, et seulement une poignée d'entre elles sont axées sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'habilitation de l'individu ou de la collectivité, comme le préconise la Déclaration de Montevideo adoptée par l'OPS et l'OMS en 2005, que le Canada a signée<sup>29</sup>.

Entre-temps, mis à part quelques exceptions, le soutien du gouvernement à l'égard des centres de santé communautaire a stagné ou reculé. Les deux seules provinces qui semblent progresser avec ces centres sont l'Ontario et le Nouveau-Brunswick et même là, ils restent en marge. Le gouvernement du Québec a démantelé la gouvernance communautaire des CLSC, ce qui a miné leur capacité à atteindre les objectifs plus généraux d'équité sanitaire et d'inclusion sociale qui sont indispensables à la réforme des soins de santé primaires.

### Ressources humaines de la santé

Le Plan décennal prévoyait des mesures pour régler les problèmes de ressources humaines de la santé, mais il ne reste aucune stratégie pancanadienne détaillée. En fait, l'approbation, par le gouvernement fédéral, des soins de santé privés en parallèle aggrave les pénuries.

Le Plan décennal réclamait un recrutement plus intensif de professionnels de la santé formés à l'étranger. Le SCFP est favorable au recyclage, à la formation linguistique et à la reconnaissance des diplômes des travailleurs de la santé formés à l'étranger, y compris des travailleurs qui sont déjà au Canada et dans le domaine des soins de santé. En fait, de nombreux infirmiers, médecins et paraprofessionnels, qui sont sous-employés au Canada, font partie de notre syndicat et sont constamment confrontés à des obstacles à la formation et à l'agrément professionnel. Les programmes de mobilité verticale qui permettent, par exemple, aux auxiliaires de devenir infirmiers, sont sous-financés de la même manière.

Pendant ce temps, les employeurs de la santé pillent des travailleurs de la santé qui proviennent de pays en développement et font de plus en plus appel aux travailleurs migrants. En fait, le gouvernement fédéral a élargi, sans débat public, le Programme des travailleurs étrangers temporaires – un programme dans lequel les travailleurs sont assujettis à des frais de recrutement abusifs, à des retenues sur leurs paies et à des conditions de vie et de travail souvent lamentables, sans droit universel de demander le statut de résident permanent au Canada<sup>30</sup>.

Plutôt que de piller des travailleurs de l'étranger et de créer une sous-classe encore plus grande de travailleurs migrants, le gouvernement fédéral devrait favoriser et mettre en œuvre une politique de recrutement éthique de l'Organisation mondiale de la Santé, suspendre le Programme des travailleurs étrangers temporaires et s'attaquer aux abus répandus qui sont commis dans le cadre de ce programme.

Le gouvernement devrait également chercher des stratégies d'équité en emploi. Nous aimerions aussi savoir, par exemple, quels ont été les progrès réalisés en ce qui concerne le recrutement et la formation des travailleurs de la santé autochtones depuis la ratification du Plan décennal. Le SCFP fait partie d'une stratégie révolutionnaire axée sur une « force active représentative » en Saskatchewan qui a fait passer le taux de participation des effectifs de la santé des membres des Premières nations de moins de 1 p. 100 à plus de 6 p. 100, ce qui représente 2 100 nouvelles recrues depuis 2003. La stratégie a également permis de former 75 p. 100 des effectifs en soins de santé existants ou 21 000 travailleurs, en les préparant à constituer une population active plus diversifiée. Grâce à des mesures comme celles-là et comme d'autres, le taux de rétention est passé de 4 p. 100 à 96 p. 100<sup>31</sup>. Nous sommes d'avis que le gouvernement fédéral devrait soutenir et étendre cette stratégie en dehors de la Saskatchewan.

Une stratégie de ressources humaines pancanadienne doit également aborder les mauvaises conditions de travail et les écarts de salaire importants qui caractérisent le secteur des soins de santé. Un travailleur de soutien sur dix au Canada a un revenu inférieur au seuil de la pauvreté déterminé par Statistique Canada. Les deux tiers de ces travailleurs ne possèdent pas de régime de retraite et moins de la moitié d'entre eux jouissent d'une assurance santé ou dentaire supplémentaire<sup>32</sup>. Dans le prolongement de l'impartition, les salaires des travailleurs de soutien du secteur des soins de santé en Colombie-Britannique sont maintenant les mêmes qu'en 1968<sup>33</sup>.

Les salaires et les conditions de travail en tant que facteurs d'influence sur la rétention et le recrutement ont fait l'objet d'études sur le secteur des ressources humaines de la santé commandées par le gouvernement fédéral. Qu'a-t-on fait pour mettre en œuvre les recommandations de ces études, en particulier de celle sur le secteur des soins à domicile qui semble avoir été mise en veilleuse malgré les problèmes de recrutement et de rétention qui sont graves et qui empirent dans ce secteur?

### Premières nations

Dans le Plan décennal, le gouvernement fédéral s'est engagé à améliorer l'accès aux soins de santé dans le Nord canadien. Un fond de transition de 200 millions de dollars sur cinq ans pour la santé autochtone a été annoncé lors d'une réunion spéciale, en septembre 2004, entre les premiers ministres et les dirigeants nationaux autochtones. Puis, en novembre 2005, le gouvernement fédéral a affecté 5 milliards de dollars échelonnés sur cinq ans afin d'améliorer les soins de santé, le logement et l'éducation des Autochtones, en promettant de se servir du *Plan directeur pour la santé des Autochtones* pour concevoir les programmes de santé autochtone.

Comme l'a déclaré le Conseil canadien de la santé, en février 2007 : « Aucune orientation claire n'a été donnée quant à l'avenir du *Plan directeur pour la santé des Autochtones* et de l'Accord de Kelowna<sup>34</sup>. »

Le financement fédéral annoncé dans le budget 2008 était très loin de respecter les engagements de l'Accord de Kelowna, et le gouvernement continue, indubitablement, à sous-financer sérieusement les soins de santé destinés aux Premières nations<sup>35</sup>. Le gouvernement ne soutient pas non plus adéquatement les programmes et les infrastructures qui amélioreraient la santé des membres des Premières nations, comme des logements décents, de l'eau propre et le développement économique des communautés.

Comme le mentionnait le président de l'Association des facultés de médecine du Canada, le D<sup>r</sup> Nick Busing :

[traduction] « Le gouvernement du Canada doit adopter une approche plus systématique de la santé et du bien-être des communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis au Canada, dans les réserves comme en dehors des réserves. Les problèmes auxquels ces communautés sont confrontées sont inexcusables dans un pays aussi prospère que le Canada au XXI<sup>e</sup> siècle<sup>36</sup>. »

Les femmes autochtones et métisses n'ont même pas été mentionnées dans le dernier budget fédéral<sup>37</sup>.

## Assurance-médicaments

Les premiers ministres ont convenu, en septembre 2004, d'élaborer et de mettre en place une stratégie nationale pour les produits pharmaceutiques, et un groupe travail constitué de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux a été formé. Les premiers ministres ont diffusé un rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP) en septembre 2006. Aucun progrès n'a été accompli sur l'expansion de l'assurance-médicaments et la stratégie globale relative aux produits pharmaceutiques semble piétiner en raison du manque d'engagement financier de la part du gouvernement fédéral ou même d'une volonté de convoquer des réunions.

En attendant, les sociétés pharmaceutiques continuent d'enfreindre impunément l'interdiction de faire de la publicité directe aux consommateurs, et le gouvernement propose des modifications à la *Loi sur les aliments et drogues* qui ne feraient qu'exacerber les problèmes liés à l'innocuité des médicaments en formalisant en droit l'accélération de l'approbation des médicaments.

## Conclusion et recommandations

Le SCFP ainsi que d'autres syndicats et groupes de justice sociale ont lutté pour l'assurance-maladie il y a des dizaines d'années, et nous sommes indignés de constater que notre gouvernement fédéral laisse le pays retourner à une époque où l'accès aux soins de santé était dicté par la richesse. Et pour comble, les fonds publics qui devraient être alloués aux soins directs prodigués aux patients sont en train de se faire détourner au profit des investisseurs dans les cliniques privées, des projets 3P, des entrepreneurs de services, des entreprises de soins prolongés et de l'industrie de l'assurance privée.

Le SCFP est très fier de sa tradition de longue date, qui consiste à lutter pour que les soins de santé soient de grande qualité, universels, accessibles, complets, financés par l'État et assurés par le gouvernement. Nous demandons aux membres du Comité permanent de la santé de presser le gouvernement fédéral de mettre en œuvre les solutions publiques suivantes :

Appliquer la *Loi canadienne sur la santé* et tourner le dos à la privatisation de notre système de soins de santé. Les membres du Comité devraient demander au gouvernement ce qu'il a l'intention de faire pour s'assurer que les gens ne paient pas deux fois pour l'assurance-maladie et pour que les gouvernements provinciaux respectent les exigences de la *Loi canadienne sur la santé* – en commençant par transmettre des détails sur les cliniques et les hôpitaux à but lucratif. De plus, les transferts fédéraux devraient uniquement servir à la prestation de soins à but non lucratif.

Créer un programme national de soins de longue durée qui prévoit un financement ciblé et des normes nationales pour les soins à domicile et dans les établissements, y compris des normes de dotation minimales. Tous les nouveaux financements et les nouveaux contrats devraient être dirigés vers la prestation de soins à but non lucratif, et les ventes des organisations à but lucratif ne devraient pas être permises.

Mettre en œuvre une stratégie de réduction des temps d'attente qui garantit des améliorations dans le secteur public, et non une assurance privée ou une impartition vers les cliniques à but lucratif<sup>38</sup>. La stratégie devrait :

- combiner et mieux gérer les listes;
- utiliser pleinement les salles d'opération des hôpitaux;
- développer le travail d'équipe et la prise en charge;
- étendre les soins primaires et les soins prolongés;
- régler les problèmes de rétention et de recrutement.

Mettre en place un programme d'assurance-médicaments national qui permet un accès équitable à des médicaments sûrs et efficaces tout en contenant la hausse des prix. Le programme devrait prévoir une couverture au premier dollar pour les médicaments essentiels qui figurent sur un formulaire national, des achats en vrac, des normes de sécurité plus rigoureuses, des ordonnances fondées sur l'expérience clinique ainsi que des contrôles plus stricts du marketing des entreprises pharmaceutiques<sup>39</sup>.

Créer un fonds d'infrastructure national afin d'ériger et de réaménager des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée. Le financement de toutes les infrastructures de soins de santé doit être rattaché à la possession, au contrôle, à la gestion et à l'exploitation publique à but non lucratif des établissements, du matériel et des services<sup>40</sup>.

Respecter les engagements qui ont été pris dans l'Accord de Kelowna et dans le *Plan directeur pour la santé des Autochtones*. Le SCFP et plusieurs autres organismes, dont l'Assemblée des Premières nations, ont approuvé l'Alternative budgétaire pour le gouvernement fédéral 2008 du Centre canadien des politiques alternatives, qui allouerait 4,2 milliards de dollars pour le logement, les soins de santé et l'éducation des communautés des Premières nations ainsi que 800 millions de dollars supplémentaires pour l'aide aux Autochtones qui vivent dans des centres urbains<sup>41</sup>.

Dresser une stratégie nationale pour combattre les infections nosocomiales. Le gouvernement fédéral devrait former un groupe de travail fédéral-provincial pour :

- mettre en place une déclaration publique obligatoire des infections nosocomiales;
- concevoir des normes rigoureuses de lutte contre les infections, de nettoyage, de stérilisation et de désinfection;
- déterminer des niveaux améliorés pour l'entretien ménager et la dotation en personnel infirmier;
- fixer des taux d'occupation maximums dans les hôpitaux;
- augmenter les niveaux de dotation et mettre fin à l'impartition des services de nettoyage.

Élaborer et mettre sur pied une stratégie pancanadienne pour les ressources humaines de la santé qui vise à améliorer les conditions de travail, les programmes de formation et de recyclage ainsi que la parité salariale dans le but d'accroître la rétention et le recrutement

dans l'ensemble du secteur de la santé. Appuyer l'expansion des stratégies axées sur une « force active représentative » des Premières nations en dehors de la Saskatchewan. Cesser le maraudage immoral des travailleurs de la santé formés à l'étranger et l'exploitation des travailleurs migrants temporaires.

Appuyer la réforme des soins de santé primaires qui accomplit de réels progrès sur les plans de la prévention des maladies, de la promotion de la santé, de l'équité sociale et des objectifs d'habilitation de l'individu ou de la collectivité, comme en témoigne le modèle de centres de santé communautaire. Commencer par intégrer ces objectifs à la collecte de données, la surveillance et l'évaluation des progrès réalisés dans le cadre du Plan décennal et d'autres initiatives de soins de santé primaires du gouvernement fédéral.

:nm\cope 491

T:\HC-NATIONAL\Government\Federal Government\Standing Cttee on Health\2008 Review\CUPE National Presentation - May 13 2008 (F).doc

---

## NOTES EN FIN DE TEXTE

<sup>1</sup> Conseil canadien de la santé. Février 2007. *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?* p. 1.

<sup>2</sup> Syndicat canadien de la fonction publique. Février 2008. *À la défense de l'assurance santé : Un guide concernant la législation et la réglementation canadiennes*. Téléchargé le 2 mai 2008 à l'adresse [www.soinsdesanteundroit.ca](http://www.soinsdesanteundroit.ca)

<sup>3</sup> Le British Columbia College of Physicians and Surgeons a signalé, le mois dernier, une pratique de plus en plus courante où les médecins refusent des patients en raison de leurs besoins complexes. [traduction] « Le ministre de la santé est contrarié par la tendance récente des médecins qui refusent de nouveaux patients qui ont des antécédents de cancer. » *Vancouver Sun*. Le mercredi 23 avril 2008. Page A1.

<sup>4</sup> Prémont, Marie-Claude (2002). *The Canada Health Act and the Future of Health Care Systems in Canada*. La Commission sur l'avenir des soins au Canada, document de discussion n° 4, p. 14.

<sup>5</sup> Romanow, R.J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – rapport final*. Ottawa : Bibliothèque nationale du Canada, p. 47.

<sup>6</sup> Laidlaw, S. « Trade mission to push surgery in Caribbean; Federally sponsored trip to look for ways to expand tropical treatments for Canadians who won't wait. » *The Toronto Star*, 5 avril 2008.

<sup>7</sup> Lett, Dan. « Private health clinics remain unregulated in most of Canada. » *Journal de l'Association médicale canadienne*. Le 8 avril 2008.

<sup>8</sup> Syndicat canadien de la fonction publique. Août 2005. *Inside the Chaoulli ruling: Assessing the international evidence*. Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : <http://www.cupe.ca/chaoulli/a430f4c632464f>

<sup>9</sup> Association des consultants du Service national de la santé. Le 16 août 2007. Lettre de l'Association des consultants du Service national de la santé à l'Association médicale canadienne. Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : <http://www.scfp.ca/healthcare/NHSCAletter>

<sup>10</sup> Bruce Strachan. « Make health funding results-oriented », *Prince George Citizen*, 9 août 2007.

<sup>11</sup> Ontario Health Coalition. Janvier 2008. *When public relations trump public accountability: The evolution of cost overruns, service cuts and cover-up in the Brampton Hospital P3*; Stuart Murray. Juin 2006. *Value for money? Cautionary lessons about P3s from British Columbia*. Centre canadien des politiques alternatives; Aiden R. Vining et Anthony E. Boardman. Décembre 2006. *Public-Private Partnerships in Canada: Theory and Evidence*. UBC Sauder School of Business. Document de travail 2006-04; Auerbach, L. Décembre 2002. *Questions soulevées par les partenariats public-privé dans le secteur hospitalier de l'Ontario*.

---

<sup>12</sup> British Columbia Health Coalition et al. Décembre 2005. *Re-establishing a Federal Role in Hospital Infrastructure Finance*. Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : [http://www.cupe.ca/p3s/Reestablishing\\_a\\_Fed](http://www.cupe.ca/p3s/Reestablishing_a_Fed)

<sup>13</sup> Zoutman et al. « The state of infection surveillance and control at Canadian acute care hospitals. » *American Journal of Infection Control*, 2003;31, 266-275.

<sup>14</sup> Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques. 2007. *Infection Prevention and Control Best Practices for Long Term Care, Home and Community Care including Health Care Offices and Ambulatory Clinics*. Consulté le 29 août 2007 à l'adresse : <http://www.ccar-ccra.com/english/pdfs/IPC-BestPractices-June2007.pdf>

<sup>15</sup> Murphy, Janice M. Novembre 2007. *The importance of cleaning in the fight against rising healthcare associated infections: A review of the evidence*. Article non publié.

<sup>16</sup> Idem. Voir en particulier Dancer, Stephanie J (2007). « Importance of the environment in methicillin-resistant Staphylococcus aureus acquisition: the case for hospital cleaning. » *The Lancet*. Publié en direct le 31 octobre 2007 DOI: 10.1016/S1473-3099(07)70241-4.

<sup>17</sup> Le ministère de la Santé en Angleterre a constaté que les taux d'infections à SARM sont 16 p. 100 supérieurs à la moyenne dans les hôpitaux où les taux d'occupation dépassent 85 p. 100 et 42 p. 100 supérieurs à la moyenne dans les hôpitaux où les taux d'occupation dépassent 90 p. 100. « Patients risking MRSA in crowded wards. » *Daily Telegraph*. Le 12 mars 2007.

<sup>18</sup> Rapport d'enquête de M<sup>e</sup> Catherine Rudel-Tessier, Coroner. Saint-Hyacinthe. Septembre 2007.

<sup>19</sup> Murphy, Janice M. Novembre 2007. *The importance of cleaning in the fight against rising healthcare associated infections: A review of the evidence*. Article non publié.

<sup>20</sup> « Canada's hospital-infection watchdog in need of help. » *Canadian Healthcare Technology*. Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : <http://www.canhealth.com/News796.html>

<sup>21</sup> Chaque compétence doit élaborer un plan de mise en œuvre, un rapport annuel destiné à ses propres citoyens ainsi qu'un rapport à l'intention des Premiers ministres d'ici le 31 décembre 2006. La mise à jour du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins à domicile, publiée en janvier 2008, décrit brièvement quelques initiatives, mais ne contient ni de données sur les dépenses consacrées aux soins à domicile, ni de résultats des programmes ni d'autres mesures concrètes des progrès réalisés.

<sup>22</sup> Conseil canadien de la santé. Janvier 2008. *Refaire le fondement : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada*, p. 11.

<sup>23</sup> Idem, p. 29 et p. 32. Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Mars 2008. *Deuxième rapport provisoire : Une population vieillissante : enjeux et options*, p. 45. Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/39/2/parlbus/commbus/senate/com-f/agei-f/rep-f/repfinmar08-f.pdf>

<sup>24</sup> Ontario Health Coalition. Mars 2005. *Market Competition in Ontario's Homecare: Lessons and Consequences*. Voir également Ross Sutherland. 2001. *The Costs of Contracting Out Home Care: A Behind the Scenes Look at Home Care in Ontario*. Article non publié.



---

<sup>25</sup> Caplan, E. 2005. *Realizing the Potential of Home Care: Competing for Excellence by Rewarding Results*, p.23.

<sup>26</sup> McGregor, M. et al. « Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? » *Journal de l'Association médicale canadienne*. Mars 2005; 172 (5): 645; Ontario Health Coalition. Le 31 janvier 2008. *Long term care: Review of staffing and care standards for long-term care homes*; Janice D. Murphy. Novembre 2006. *Residential care quality: A review of the literature on nurse and personal care staffing and quality of care*. Préparé pour la Direction des soins infirmiers, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Article non publié.

<sup>27</sup> Conseil canadien de la santé, 2008. Brian Hutchison. 2008. « A Long Time Coming: Primary Healthcare Renewal in Canada ». *HealthcarePapers*. Vol. 8. N° 2.

<sup>28</sup> Conseil canadien de la santé, 2008, p. 7 de la version anglaise.

<sup>29</sup> Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la Santé. Déclaration régionale sur les nouvelles orientations en soins de santé primaires. (Déclaration de Montevideo) Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la Santé 46<sup>e</sup> conseil directeur 57<sup>e</sup> session du Comité régional. Septembre 2005. Consulté le 5 mai 2008 à l'adresse : <http://www.paho.org/French/gov/cd/cd46-13-f.pdf>

<sup>30</sup> Valiani, S. 2007. *Analyse, solidarité, action : le point de vue des travailleurs et travailleuses sur la demande croissance de la main-d'œuvre migrante au Canada*. Congrès du travail du Canada.

<sup>31</sup> Les chiffres sur le recrutement sont du 1<sup>er</sup> janvier 2007; les autres chiffres sont du 30 avril 2008. Source : Fred Dustyhorn, Coordonnateur des affaires autochtones au Conseil de la santé du SCFP-Saskatchewan.

<sup>32</sup> Pat Armstrong, Hugh Armstrong et Krista Scott-Dixon. 2006. *Critical to Care: Women and Ancillary Work in Health Care*, p. 35. National Network on Environments and Women's Health. Consulté le 5 mai 2008 à l'adresse : <http://www.womenandhealthcarereform.ca/publications/criticaltocarereport.pdf>

Pour obtenir de la documentation sur la violence dans les milieux de santé, voir Banerjee, Albert et al. Février 2008. « *Out of Control* »: *Violence against Personal Support Workers in Long-Term Care*. Université York et Université Carleton.

<sup>33</sup> Cohen, Marjorie Griffin et Marcy Cohen. 2004. *A Return to Wage Discrimination: Pay Equity Losses Through Privatization in Health Care*. Vancouver : Centre canadien des politiques alternatives. Page 4.

<sup>34</sup> Conseil canadien de la santé, 2008, p. 6 et p. 10 de la version anglaise.

<sup>35</sup> Centre canadien des politiques alternatives. *Alternative budgétaire pour le gouvernement fédéral 2008*. Page 31. Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : [http://www.policyalternatives.ca/documents/National\\_Office\\_Pubs/2008/AFB2008/AFB2008.pdf](http://www.policyalternatives.ca/documents/National_Office_Pubs/2008/AFB2008/AFB2008.pdf)

---

Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, **articles** 4 et 5.

Voir également l'Assemblée des Premières nations. Le 27 février 2008. « Le Chef national de l'APN qualifie le budget fédéral d'«amère déception» ». Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : <http://www.afn.ca/article.asp?id=4029>

<sup>36</sup> L'Association des facultés de médecine du Canada, 21 mars 2007.

<sup>37</sup> Ralliement national des Métis. « MNC Urges Passing of Kelowna Accord Bill ». Le 17 avril 2008. Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : <http://www.metisnation.ca/#>

Voir également l'Association des femmes autochtones du Canada. 2007. « Secteur Santé – Notre Histoire » (consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : <http://www.nwac-hq.org/fr/healthback.html>) et « Les mesures budgétaires sont encore insuffisantes pour les femmes autochtones ». Le 26 février 2008 (consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : <http://www.nwac-hq.org/fr/index.html>)

<sup>38</sup> Syndicat canadien de la fonction publique. Février 2007. *Document d'information : Solutions aux listes d'attente dans les soins de santé*. Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : [http://www.scfp.ca/waitinglists/Backgrounder\\_Solutio](http://www.scfp.ca/waitinglists/Backgrounder_Solutio)

<sup>39</sup> Coalition canadienne de la santé. Mis à jour en septembre 2007. *More For Less: A National Pharmaceutical Strategy*. Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : <http://www.healthcoalition.ca/learn.html>

<sup>40</sup> British Columbia Health Coalition et al. Décembre 2005. *Re-establishing a Federal Role in Hospital Infrastructure Finance*. Consulté le 2 mai 2008 à l'adresse : [http://www.cupe.ca/p3s/Reestablishing\\_a\\_Fed](http://www.cupe.ca/p3s/Reestablishing_a_Fed)

<sup>41</sup> Centre canadien des politiques alternatives, **p. 28 de la version anglaise**.