



**Confédération  
des syndicats nationaux**

**Présentation de la  
Confédération des syndicats nationaux (CSN)**

**dans le cadre de la consultation  
du Groupe de travail sur le financement  
du système de santé**

**16 Octobre 2007**



## Table des matières

Notes sur l'assurance maladie privée.....	5
Notes sur le coût des régimes d'assurance collective au Québec.....	9
Les enjeux dans les services de santé et les services sociaux.....	19
1. Les principes directeurs devant guider l'organisation des services sociaux et de santé dans un cadre public.....	19
2. Quelques défis qui interpellent les syndicats oeuvrant dans les services sociaux et de santé.....	21
Le financement de la santé.....	23
I. Dépenses de santé et finances publiques du Québec.....	23
II. Sources de financement supplémentaires.....	24
Pistes de solution pour financer la santé.....	25
III. Positions CSN sur les pistes de solutions envisagées par le comité de travail.....	26
Autres pistes de solutions CSN.....	27
Notes sur l'absentéisme dans le réseau de la santé et des services sociaux....	31

*Note : Le document actuel est composé de fiches sur chacun des sujets. Elles peuvent être utilisées de façon séparée. Ceci explique que certains arguments ou certaines données peuvent être répétés d'une fiche à l'autre.*





*Groupe de travail sur le financement  
du système de santé*

## Notes sur l'assurance maladie privée

1. Actuellement, le régime public d'assurance maladie du Québec couvre les services médicaux. Les frais hospitaliers sont aussi couverts par l'assurance publique. Dans l'état actuel des choses, il est interdit aux régimes privés d'assurance de couvrir les services qui sont déjà assurés par le régime public, sauf pour trois exceptions : les chirurgies de la hanche, du genou et des cataractes. Ces exceptions ont été introduites récemment par voie législative dans les suites du jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli. Le débat qui a cours depuis ce jugement et qui sera remis à l'ordre du jour avec les travaux du groupe de travail dirigé par Claude Castonguay se résume dans la question suivante : doit-on élargir la couverture des régimes privés d'assurance maladie et leur permettre de couvrir les services déjà assurés par le régime public ?
2. L'argumentation des promoteurs de l'assurance maladie privée peut se résumer de la manière suivante : les assurances privées soulageraient le système public. Celles-ci couvriraient les soins offerts dans des établissements privés qui se développeraient en parallèle au système public. Ce développement aurait comme conséquence de réduire les listes d'attente dans le réseau public. De plus, les assurances privées permettraient de diminuer les pressions à la hausse sur les dépenses gouvernementales en matière de santé. Que penser de ces arguments ?
3. Un premier aspect à considérer : les pénuries de personnel. Régulièrement, les médias rapportent le manque d'effectifs médicaux et infirmiers dans les établissements de santé du Québec. Selon une étude du Collège des médecins (2002), il manquerait près de 1 000 médecins au Québec pour répondre aux besoins. Rappelons que présentement 25 % de la population québécoise, soit près de 1,5 million de personnes, n'a pas de médecin de famille. Autre donnée révélatrice : selon l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 2 000 postes d'infirmières sont vacants actuellement dans les établissements publics de l'île de Montréal. Ce manque d'effectifs se constate ailleurs au Québec.
4. Alors, d'où viendraient les médecins, infirmières et autres professionnels nécessaires aux opérations des nouveaux établissements privés de santé ?

Ils proviendraient du réseau public où ils se trouvent actuellement. Nécessairement, le développement d'établissements privés de santé se ferait en concurrence avec le réseau public. Les professionnels y seraient attirés par des conditions plus avantageuses rendues possibles par la capacité de payer de leur clientèle. Dans une telle éventualité, les pénuries de personnel s'aggraveraient dans le réseau public, ce qui aurait des conséquences néfastes sur les listes d'attente des établissements publics.

5. Un deuxième aspect à considérer renvoie justement à la capacité de payer des personnes. Un des principes fondateurs de l'exclusivité d'un régime public de santé est l'égalité d'accès aux services indépendamment de la condition socio-économique des personnes ou de leur capacité de payer. Or le développement d'un système privé parallèle risquerait fort de battre en brèche ce principe. Les personnes qui seraient en mesure de se payer des assurances privées le feraient pour obtenir des avantages supérieurs au régime public. Ils le feraient en particulier pour contourner les listes d'attente du réseau public et obtenir des soins plus rapidement dans les établissements privés de santé. C'est pour cette raison que ce double système est qualifié de système à deux vitesses. L'accès aux services serait désormais conditionné par la capacité de payer des personnes, les plus riches pouvant obtenir des services plus rapidement.
6. L'exemple américain peut être utile pour illustrer les conséquences de la mainmise du privé sur les services de santé. Contrairement au Canada et au Québec, les États-Unis n'ont pas de régime public universel d'assurance maladie. La majorité de la population est couverte par des régimes privés d'assurance. Le régime public (Medicaid et Medicare) s'adresse principalement aux personnes âgées de plus de 65 ans, aux personnes les plus défavorisées et aux handicapés. Il touche environ le quart de la population américaine. Près de 15 % de la population, soit environ 44 millions d'Américains et d'Américaines, ne bénéficie d'aucun système de protection en cas de maladie, ni de la part du régime public, ni de la part des assurances privées.
7. Selon le journal économique français en ligne *Les échos.fr* (25/01/07), près de 41 % des Américains et des Américaines se sont trouvés dépourvus d'assurance à un moment donné au cours de l'année 2005, contre 28 % en 2001. Selon le journal de l'*Institute of Medicine*, près de 20 000 personnes non assurées meurent prématurément chaque année, faute d'avoir reçu les soins élémentaires adaptés. Paradoxalement, aux États-Unis, les coûts des services de santé sont parmi les plus élevés au monde (16 % du PNB). Plus de 55 % des faillites personnelles sont causées par des dettes de frais de santé et dans les trois quarts des cas, les personnes concernées ont une assurance santé.

8. Comme il y a très peu de protection publique, les primes payées pour les assurances privées sont considérables. À titre illustratif, selon une analyse faite par la CSN à partir de données compilées par la firme *Runzheimer International* en janvier 2003, le prix payé aux États-Unis (Boston et Philadelphie) pour une assurance maladie privée offrant une protection équivalente au régime public québécois varie annuellement entre 6 000 \$ et 7 000 \$ pour une personne seule et entre 14 000 \$ et 17 000 \$ pour une famille (2 adultes et 2 enfants).
9. Pour les Américains et les Américaines qui détiennent un emploi, une part significative de la prime d'assurance est payée, règle générale, par l'employeur. Par exemple, selon CNN, le coût payé par *General Motors* (GM) pour l'assurance maladie de ses 73 000 employé-es ainsi que de ses 340 000 retraité-es est estimé à 5,6 milliards \$ par année (dont 4 milliards \$ pour les retraité-es). Ce coût représenterait un montant d'environ 1 500 \$ par voiture GM. Selon la compagnie, ces charges importantes nuisent aujourd'hui à sa compétitivité sur les marchés internationaux (particulièrement par rapport à la concurrence japonaise). Lors des dernières négociations avec les Travailleurs unis de l'automobile, la compagnie s'était donné comme objectif de réduire le coût de sa contribution à l'assurance maladie. Selon GM, le règlement conclu à la fin de septembre dernier lui permettra de réduire ses coûts d'assurance de 1 milliard \$ par année. Les observateurs prédisent que ces réductions de coût iront en s'accroissant et se répéteront chez bon nombre d'employeurs opérant en sol américain.
10. Ce genre de problème existe beaucoup moins au Québec à cause du régime universel d'assurance maladie. En réalité, celui-ci n'assure pas seulement l'égalité d'accès aux services de santé, il contribue aussi à la compétitivité des entreprises opérant au Québec. Cela dit, on sait que le Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne couvre pas tous les soins (par exemple, les soins dentaires et optométriques). Il ne couvre pas non plus le coût des médicaments. Pour une majorité de Québécois et de Québécoises, surtout celles et ceux qui ont un emploi, ces coûts sont en partie couverts par les régimes privés d'assurance collective. Ceux-ci éprouvent aussi des difficultés.
11. Ainsi, le coût de ces régimes privés a connu une croissance importante au cours des dix dernières années, due principalement à l'augmentation du coût des médicaments. Par exemple, chez l'assureur SSQ, la prime d'assurance collective moyenne par adhérent, seulement pour la portion d'assurance maladie comprenant les médicaments, a augmenté de 111 % entre 1996 et 2006. Autre exemple : dans un des contrats d'assurance analysés par la CSN en 2005, le coût mensuel de la prime d'assurance maladie pour une famille est passé de 149 \$ en 2001 à 234 \$ en 2004, un bond de 57 % imputable pour l'essentiel au coût des médicaments. L'impact de

ces augmentations sur les salarié-es a été non négligeable et a conduit certains groupes à réduire la couverture de leur assurance collective.

12. De telles augmentations, combinées aux autres garanties d'assurance, ont exercé une ponction substantielle sur les revenus du travail et ont poussé le coût des primes au-delà de 10 % du salaire dans le cas des salarié-es à faible revenu ou à statut précaire. Imaginons l'impact sur les régimes d'assurance collective s'il fallait ajouter de surcroît une protection de base en cas de maladie ou d'hospitalisation !
13. Les critiques de la CSN à l'égard d'une place accrue aux assurances privées dans la couverture des services médicaux et hospitaliers se fondent aussi sur des études réalisées par certains organismes. Il vaut la peine, en terminant, de citer celle réalisée par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) portant sur *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, publiée en novembre 2004. Cette étude reconnaît que les systèmes de santé parallèles au système public favorisent les personnes plus riches ainsi que celles qui sont plus jeunes, en meilleure santé ou qui ont des problèmes de santé moins coûteux à traiter. Cette étude démontre aussi que le développement de régimes privés d'assurance maladie a pour effet d'augmenter les dépenses totales de santé sans toutefois alléger la charge publique. Selon l'OCDE, plusieurs facteurs contribuent à cette situation, entre autres :
  - les autorités gouvernementales exercent moins de contrôle sur les activités et les prix du secteur privé. Des honoraires plus élevés dans le privé et la recherche de profits contribuent à augmenter les coûts ;
  - un système à payeur unique est en meilleure position que les assureurs privés pour négocier les prix et la qualité des soins ;
  - les interventions et les cas lourds ne sont généralement pas admissibles, et donc non couverts par l'assurance maladie privée. Elles demeurent aux frais du régime public.





*Groupe de travail sur le financement  
du système de santé*

## **Notes sur le coût des régimes d'assurance collective au Québec**

1. Au Québec, l'accroissement du coût des régimes d'assurance collective a été considérable depuis une dizaine d'années. Cette augmentation est en bonne partie imputable aux coûts des médicaments.

Par exemple, chez l'assureur SSQ, la prime d'assurance collective moyenne par adhérent, seulement pour la portion d'assurance maladie comprenant les médicaments, a augmenté de 111 % entre 1996 et 2006 (Tableau 1).

Autre exemple : dans un des contrats d'assurance analysés par la CSN en 2005 (il s'agit d'une municipalité), le coût mensuel de la prime d'assurance maladie pour une famille est passé de 149 \$ en 2001 à 234 \$ en 2004, un bond de 57 % dû essentiellement au coût des médicaments (Tableau 2). Dans un autre cas (un transporteur scolaire), la prime familiale d'assurance maladie a plus que doublé au cours de la même période (Tableau 3).

2. De telles augmentations, combinées aux autres garanties d'assurance, ont exercé une ponction substantielle sur les revenus du travail et ont poussé le coût des primes au-delà de 10 % du salaire dans le cas des salarié-es à faible revenu ou à statut précaire. On a même vu des groupes de travailleurs (par exemple, dans le transport scolaire) être forcés d'abandonner leurs protections d'assurance collective parce qu'ils ne pouvaient plus faire face à la hausse des primes. Ils se sont retrouvés au régime public d'assurance médicaments, mais en abandonnant d'autres types de protection comme l'assurance invalidité.
3. Une étude toute récente du coût du régime d'assurance collective des salarié-es du secteur de la santé syndiqués à la CSN (Fédération de la santé et des services sociaux – FSSS – et Fédération des professionnelles – FP) confirme la tendance déjà constatée : pour 2007, le coût annuel total de couverture des soins de santé (régime complet) est de 1 605,44 \$ pour un individu et de 3 550,91 \$ pour une famille. Ce montant représente respectivement 4,3 % et 9,5 % du salaire brut moyen des adhérents et adhérentes. Ce salaire moyen est établi à 37 526 \$ par l'assureur SSQ.<sup>1</sup> Le régime

---

<sup>1</sup> Le salaire annuel moyen en E.T.C. dans le réseau de la santé et des services sociaux est de 31 000 \$ selon les données de la CSN. Le salaire utilisé par l'assureur doit être celui utilisé pour

d'assurance maladie de base (les médicaments comptent pour 97 % du coût du régime de base) est la composante la plus importante du coût de couverture des soins de santé (Tableau 4).

De 1999 à 2007, la prime pour le régime de base est passée, pour une personne seule, de 330,44 \$ à 759,23 \$, une augmentation de 129,8 %. L'augmentation annuelle moyenne a été de 11,0 % (comparativement à 2,4 % pour l'IPC) (Tableau 5). Pour une famille, la prime du régime de base est passée de 765,75 \$ à 1 670,36 \$ au cours de la même période, une augmentation de 118,1 % (une augmentation annuelle moyenne de 10,2 %) (Tableau 6).

À partir de l'expérience des dix dernières années, des projections ont été réalisées pour estimer l'évolution des coûts du régime collectif en dollars constants pour les 10 prochaines années.<sup>2</sup> Ainsi, la prime d'assurance maladie de base pour un individu augmenterait annuellement de 8,4 % pour atteindre 1 701,95 \$ en 2017 (en dollars de 2007). Pour sa part, le régime complet évoluerait à un rythme annuel moyen de 5,6 % avec une prime qui atteindrait 2 101,58 \$ en 2017 (en dollars de 2007), soit 5,6 % du salaire brut moyen du secteur (toujours en dollars de 2007) (Tableau 5).

Concernant la protection familiale, la prime du régime de base augmenterait en moyenne de 7,7 % par année pour atteindre 3 509,12 \$ en 2017 (en dollars de 2007). La prime du régime complet évoluerait de 5,1 % par année pour grimper à 4 512,42 \$ en 2017 (dollars constants) et elle représenterait 12,0 % du salaire brut moyen des adhérents et adhérentes (dollars de 2007) (Tableau 6).

À noter que dans le régime collectif FSSS-FP, la contribution de l'employeur varie autour 9 % ou 10 % du coût du régime de base d'assurance maladie selon les situations. Le solde (près de 90 %) ainsi que le coût des régimes d'assurance dentaire et autres garanties d'assurance maladie, sont à la charge des salarié-es. À noter aussi que cette contribution est réduite de moitié pour un salarié travaillant à moins de 70 % du temps complet. Conséquemment, pour un nombre important de salarié-es, la part de leur contribution au régime d'assurance dépasse et dépassera largement à l'avenir les 6 % (assurance individuelle) ou 12 % (assurance familiale) du salaire brut réellement gagné. Dans beaucoup de cas, la pression est devenue intolérable.

---

fixer le niveau de la prime d'assurance, c'est-à-dire le salaire annualisé prévu à la convention. Le salaire brut moyen de l'assureur ne prend pas en compte les heures réellement travaillées ; il ne reflète donc pas le salaire réellement gagné.

<sup>2</sup> La projection réalisée suppose que le taux de croissance du coût des médicaments pour les 10 prochaines années sera le même que celui de la décennie précédente, projection qui ne comprend pas une prévision d'inflation. Le résultat est donc donné en dollars constants de 2007.

Selon l'actuaire conseillant les fédérations syndicales dans ce régime collectif, la situation est telle que la couverture du régime d'assurance maladie « autres soins » et du régime de soins dentaires s'est vue progressivement grugée en termes réels afin d'atténuer l'impact de la hausse constante et considérable du coût du régime de base (médicaments). À terme, ce sont les autres protections offertes par le régime d'assurance qui risquent d'être en cause, par exemple, l'assurance invalidité.

Selon l'actuaire, on constate dans l'industrie de l'assurance collective des transformations importantes puisque de plus en plus d'employeurs gèlent leur contribution, laissant aux salarié-es la responsabilité du solde ou de la charge des augmentations de coût du régime. Cette tendance constatée chez les employeurs va même jusqu'à mettre en cause leur participation à la couverture des personnes à charge, ceci, semble-t-il, au nom de l'équité envers les personnes seules ou les salarié-es sans enfant !

4. Devant cette situation qui annonce une crise des régimes collectifs d'assurance, la CSN a dénoncé l'incurie des politiques gouvernementales, lesquelles veillent au grain lorsqu'il s'agit du régime public d'assurance médicaments, mais sont non-interventionnistes en ce qui a trait aux régimes privés. Pourtant, ces derniers sont une des deux composantes du même Régime général d'assurance médicaments.

Par exemple, le ministre responsable a décidé récemment de dégeler le prix des médicaments à la suite des pressions de l'industrie pharmaceutique. Afin de minimiser l'impact de cette décision sur le régime public, le ministre s'est empressé de négocier avec l'industrie des mesures compensatoires (ou ristournes). Mais rien pour les régimes collectifs. C'est donc dire que seuls ces derniers, qui regroupent la majorité des personnes assurées en matière de médicaments (56 %), supporteront intégralement l'effet du dégel. Selon les estimations du milieu, ce dégel ajoutera une augmentation annuelle supplémentaire de 2 % au coût de couverture des médicaments.

Autre exemple : dans le cas du régime public, les honoraires professionnels versés aux pharmaciens pour la livraison de médicaments d'ordonnance sont fixés en fonction d'une entente conclue entre les autorités gouvernementales et l'association des pharmaciens-propriétaires. Toutefois, cette entente ne s'applique pas pour les assuré-es d'un régime privé de sorte que les honoraires payés aux pharmaciens peuvent varier selon les cas. Cette situation est injustifiable. Nous sommes d'avis, à la CSN, que les politiques gouvernementales devraient garantir que le coût des médicaments d'ordonnance soit le même quelle que soit la nature de l'assurance (publique ou privé), y compris en ce qui concerne les honoraires des pharmaciens.

5. Dans le cadre de ses représentations en commission parlementaire, la CSN a aussi demandé que s'appliquent les deux mesures suivantes afin de corriger les différences de traitement entre le régime public et les régimes privés et afin d'alléger la pression à la hausse sur les primes des régimes d'assurance collective :
- a) Abolition des taxes applicables au volet médicament des primes d'assurance collective. En effet, le gouvernement du Québec taxe doublement les primes de ces assurances : une première taxe de 2,35 %, dite taxe sur le capital, est intégrée aux primes et une deuxième taxe de 9 % vient augmenter d'autant les primes des régimes d'assurance collective. Qui plus est, la contribution des employeurs aux régimes d'assurances est calculée comme un avantage imposable pour les salarié-es. En comparaison, les primes payées au régime public sont exemptes de toute charge fiscale.
  - b) Instauration d'un crédit d'impôts remboursable afin d'établir, dans les primes payées aux assureurs privés pour la couverture des médicaments, une progressivité similaire à ce qui prévaut dans le régime public d'assurance médicaments. Rappelons que règle générale dans les régimes privés, les personnes assurées sont tenues de payer la pleine prime, y compris pour la couverture des personnes à charge, et ce, quel que soit leur niveau de revenu ou leur statut d'emploi. Par contre, dans le régime public, la prime exigée comporte une progressivité qui tient compte du niveau de revenu des participants et participantes.

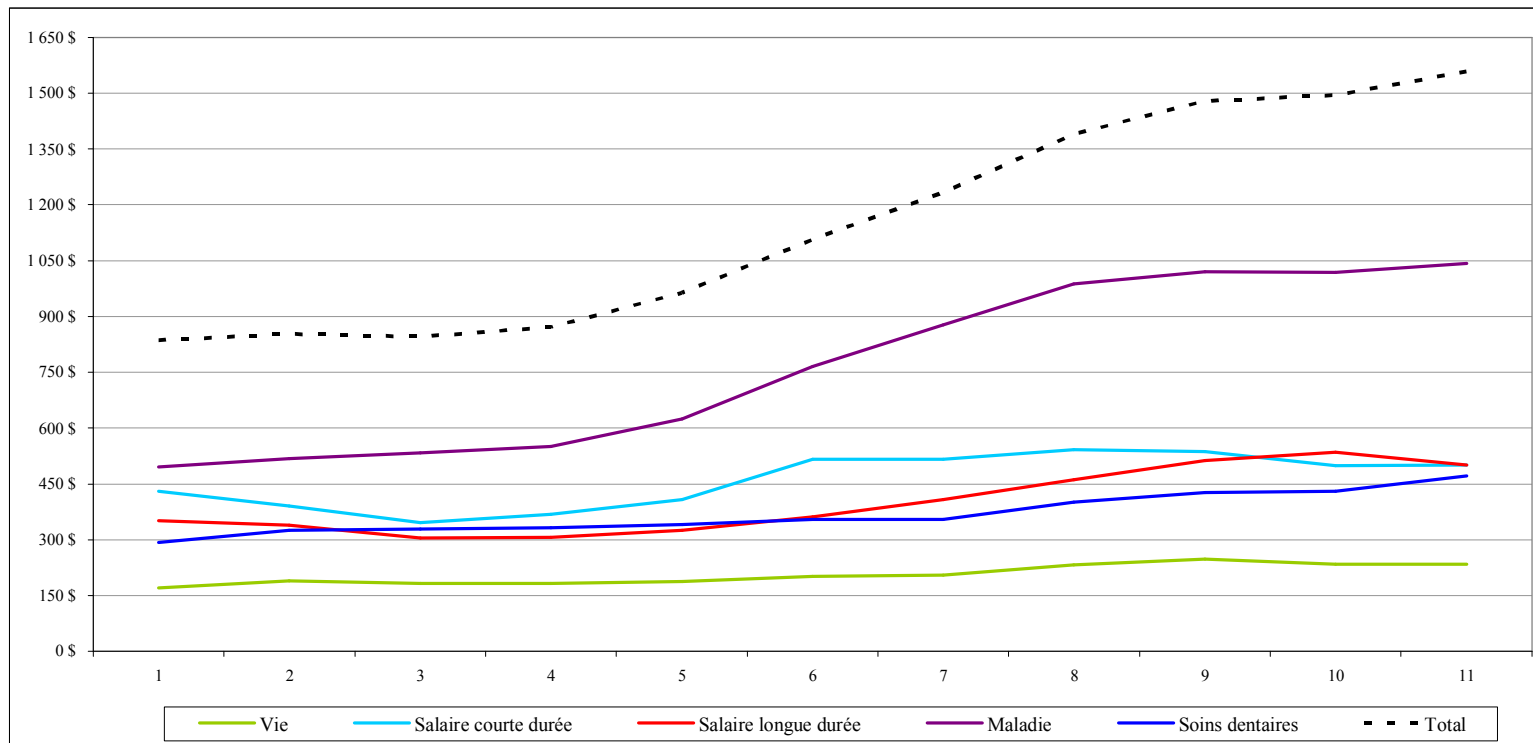
TABEAU 1

DONNÉES SSQ 1996 - 2006  
ÉVOLUTION DE LA PRIME D'ASSURANCE COLLECTIVE ANNUELLE MOYENNE PAR ADHÉRENT ET GARANTIE

**DONNÉES**

Garantie <sup>(1)</sup>	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Vie	170 \$	189 \$	183 \$	183 \$	187 \$	202 \$	205 \$	233 \$	248 \$	235 \$	235 \$
Salaire courte durée	430 \$	390 \$	347 \$	368 \$	408 \$	516 \$	516 \$	543 \$	537 \$	499 \$	500 \$
Salaire longue durée	352 \$	339 \$	304 \$	307 \$	325 \$	361 \$	408 \$	461 \$	512 \$	536 \$	501 \$
Maladie	495 \$	519 \$	534 \$	550 \$	624 \$	766 \$	878 \$	987 \$	1 021 \$	1 019 \$	1 043 \$
Soins dentaires	292 \$	325 \$	329 \$	332 \$	341 \$	354 \$	354 \$	401 \$	426 \$	431 \$	471 \$
<b>Total <sup>(2)</sup></b>	<b>836 \$</b>	<b>853 \$</b>	<b>846 \$</b>	<b>871 \$</b>	<b>963 \$</b>	<b>1 107 \$</b>	<b>1 233 \$</b>	<b>1 390 \$</b>	<b>1 479 \$</b>	<b>1 495 \$</b>	<b>1 558 \$</b>

**GRAPHIQUE**



Note : 1) La prime moyenne par garantie est établie en fonction des adhérents à cette garantie.  
2) La prime moyenne totale est établie en fonction des adhérents à au moins une garantie.

**Tableau 2**

Une municipalité

Primes annuelles d'assurance collective Santé - médicaments

Moins de 25 employés    Quelques salariés travaillent 6 ou 8 mois  
 Franchise                25 \$ certificat individuel  
                                  50 \$ certificat familial  
 Coassurance            90%

Évolution des taux annuels

		Taux annuels*			
	Taux unitaire	2001	2002	2003	2004
Assurance maladie					
- Individuel	tarif fixe	536 \$	608 \$	693 \$	907 \$
- Familial	tarif fixe	1 946 \$	2 207 \$	2 516 \$	3 060 \$

\* Les montants incluent les taxes de 2,35 % et 9 % applicables au Québec

Pourcentage d'augmentation des primes				
	2002/2001	2003/2002	2004/2003	2004/2001
Assurance maladie				
- Individuel	13%	14%	31%	69%
- Familial	13%	14%	22%	57%

Primes en pourcentage du salaire annuel				
	18 000 \$	25 000 \$	30 000 \$	35 000 \$
Assurance maladie				
- Individuel	5%	3,6%	3%	2,6%
- Familial	17%	12%	10%	8,7%

**Tableau 3**

**Un transporteur scolaire**

Moins de 50 % des syndicats CSN du secteur possèdent un régime d'assurance

**Primes annuelles d'assurance collective Santé - médicaments**

**Depuis 2001**

Salariés réguliers 40 semaines d'emploi  
20 ou 30 heures travaillées par semaine  
Franchise 100 \$ certificat individuel  
200 \$ certificat familial  
Coassurance 80%

**2000**

Salariés réguliers 40 semaines d'emploi  
20 ou 30 heures par semaine  
Franchise 25 \$ certificat individuel  
25 \$ certificat familial  
Coassurance 80%

**Évolution des taux annuels**

	Taux unitaire	Taux annuels*		
		2000	2001	2004
Assurance maladie				
- Individuel	tarif fixe	627 \$	266 \$	787 \$
- Familial	tarif fixe	1 237 \$	647 \$	1 583 \$

\* Les montants incluent les taxes de 2,35 % et 9 % applicables au Québec

	Primes en pourcentage du salaire annuel			
	12 000 \$	14 000 \$	18 000 \$	22 000 \$
Assurance maladie				
- Individuel	7%	5.6%	4%	3.6%
- Familial	13%	11%	11%	7.2%

**Tableau 4 \***

Coût des soins de santé 2007 – Cas individuel					
	Régime maladie de base	Régime soins dentaires	Régime maladie « autres soins »	Régime complet	% du salaire brut moyen 2007 (37 526 \$)
Taux de prime 2007	759,23 \$	328,46 \$	126,11 \$	1 213,80 \$	3,2 %
Coûts non remboursés (franchise, coassurance, maxima, non couvert)	127,69 \$	118,48 \$	145,47 \$	391,63 \$	1,0 %
Coûts des soins de santé 2007	886,92 \$	446,94 \$	271,58 \$	1 605,44 \$	4,3 %

Coût des soins de santé 2007 – Cas familial					
	Régime maladie de base	Régime soins dentaires	Régime maladie « autres soins »	Régime complet	% du salaire brut moyen 2007 (37 526 \$)
Taux de prime 2007	1 670,36 \$	802,02 \$	270,08 \$	2 742,46 \$	7,3 %
Coûts non remboursés (franchise, coassurance, maxima, non couvert)	271,25 \$	265,94 \$	271,25 \$	808,45 \$	2,2 %
Coûts des soins de santé 2007	1 941,61 \$	1 067,97	541,33 \$	3 550,91 \$	9,5 %

\* Source : Line Courchesne, F.I.C.A., F.S.A.



**Tableau 5 \***

Évolution des taux de prime 1999–2007 – Cas individuel					
	Régime maladie de base	Régime soins dentaires	Régime maladie « autres soins »	Régime complet	Inflation (IPC juin)
Taux de prime 1999	330,44 \$	210,85 \$	108,26 \$	649,55 \$	92,90 \$
Taux de prime 2007	759,23 \$	328,46 \$	126,11 \$	1 213,80 \$	111,90 \$
% de variation cumulatif	129,8 %	55,8 %	16,5 %	86,9 %	20,5 %
% de variation annuel moyen	11,0 %	5,7 %	1,9 %	8,1 %	2,4 %

Projection des taux de prime 2007–2017 – Cas individuel					
	Régime maladie de base	Régime soins dentaires	Régime maladie « autres soins »	Régime complet	% du salaire brut moyen 2007 (37 526 \$)
Taux de prime 2007	759,23 %	328,46 \$	126,11 \$	1 213,80 \$	3,2 %
Taux de prime 2017 (\$ de 2017)	2 147,66 \$	571,64 \$	152,63 \$	2 651,95 \$	s/o
Taux de prime 2017 (\$ de 2007)	1 701,95 \$	453,01 \$	120,95 \$	2 101,58 \$	5,6 %
% de variation annuel moyen (\$ de 2007)	8,4 %	3,3 %	-0,4 %	5,6 %	s/o

\* Source : Line Courchesne, F.I.C.A., F.S.A.

Tableau 6 \*

Évolution des taux de prime 1999–2007 – Cas familial					
	Régime maladie de base	Régime soins dentaires	Régime maladie « autres soins »	Régime complet	Inflation (IPC juin)
Taux de prime 1999	765,75 \$	547,81 \$	215,10 \$	1 528,66 \$	92,90 \$
Taux de prime 2007	1 670,36 \$	802,02 \$	270,08 \$	2 742,46 \$	111,90 \$
% de variation cumulatif	118,1 %	46,4 %	25,6 %	79,4 %	20,5 %
% de variation annuel moyen	10,2 %	4,9 %	2,9 %	7,6 %	2,4 %

Projection des taux de prime 2007–2017 – Cas familial					
	Régime maladie de base	Régime soins dentaires	Régime maladie « autres soins »	Régime complet	% du salaire brut moyen 2007 (37 526 \$)
Taux de prime 2007	1 670,36 \$	802,02 \$	270,08 \$	2 742,46 \$	7,3 %
Taux de prime 2017 (\$ de 2017)	4 428,09 \$	1 291,60 \$	358,97 \$	5 694,14 \$	s/o
Taux de prime 2017 (\$ de 2007)	3 509,12 \$	1 023,56 \$	284,47 \$	4 512,42 \$	12,0 %
% de variation annuel moyen (\$ de 2007)	7,7 %	2,5 %	0,5 %	5,1 %	s/o

\* Source : Line Courchesne, F.I.C.A., F.S.A.



*Groupe de travail sur le financement  
du système de santé*

## **Les enjeux dans les services de santé et les services sociaux**

*Extrait d'un document soumis au  
Conseil fédéral de la CSN (décembre 2002)*

Note : *Ce document résume les orientations de la CSN sur l'organisation des services sociaux et de santé québécois, en particulier les services de première ligne. Il résume aussi les positions prises en matière d'innovation et d'organisation du travail.*

### **1. Les principes directeurs devant guider l'organisation des services sociaux et de santé dans un cadre public<sup>3</sup>**

- La question du financement est devenue incontournable pour remettre les services sociaux et de santé sur les rails, et contrer leur privatisation. Mais il est également nécessaire que des changements soient apportés dans l'organisation de ces services afin d'accroître à la fois leur performance, de démocratiser leur gestion ainsi que favoriser leur adaptation aux nouveaux besoins et aux nouvelles réalités sociologiques, démographiques, voire technologiques.
- La CSN s'est déjà prononcée sur ces changements nécessaires, notamment à l'occasion des audiences de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec (Commission Clair). D'ailleurs, plusieurs de ces changements ont fait l'objet de recommandations de la part de cette commission. Voici, en résumé, les principes directeurs sur lesquels la CSN croit que doit se fonder l'organisation des services sociaux et de santé québécois :
  - a) Nous privilégions une organisation des services résolument tournée vers la prévention. Les services sociaux et de santé doivent jouer un rôle actif pour favoriser des habitudes de vie saines et le dépistage précoce des problèmes. Il faut aussi privilégier des politiques publiques qui s'attaquent aux causes

<sup>3</sup> Ces principes se sont inspirés notamment d'une recherche menée pour le compte de la CSN par des chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Voir : André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Paul Lamarche et Nassera Touati, *Les soins et services de première ligne dans un système de santé public*, 8 février 2002.

des problèmes sociaux et de santé. Il est admis que la situation socioéconomique des personnes constitue un des principaux déterminants de leur niveau de santé et de bien-être. Dans une optique de promotion de la santé, il est urgent que les gouvernements prennent les moyens nécessaires pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

- b) Il faut favoriser une approche qui intègre le préventif et le curatif, le social et le médical. Dans cette optique, les services de santé et les services sociaux doivent être les composantes d'un même système public. Leur organisation doit être fonction du profil socio-économique et des besoins de la population qu'ils desservent. Le financement de ces services doit favoriser et soutenir cette « approche population ».
- c) Les gestionnaires des institutions publiques doivent être redevables à la population de leur territoire. Le processus de décision, en matière d'organisation des soins et de services, doit s'appuyer sur des mécanismes de consultation populaire et les instances doivent s'ouvrir à une représentation de la population du territoire desservi. C'est là le meilleur moyen pour instaurer une dynamique favorisant l'adéquation entre, d'une part, les décisions prises et l'offre de services, et d'autre part, les besoins et les attentes de la population.
- d) L'organisation des services de première ligne représente une des principales déficiences du système actuel. Pourtant, une organisation efficiente de ces services de base permet de réduire le recours à l'hospitalisation, à l'hébergement ou à des services de santé plus lourds, donc plus coûteux. C'est sur la base des services de première ligne que se construit une « approche population » des services sociaux et de santé. Ceux-ci doivent constituer la véritable porte d'entrée du système. Pour ce faire, ils doivent être coordonnés sur un territoire donné afin de rendre accessible une large gamme de services et d'assurer le suivi des cas avec les niveaux de soins plus spécialisés (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes).
- e) L'organisation des services médicaux est une autre grande difficulté à laquelle se heurte le système public. Sans nier le rôle central que jouent les médecins dans la production des services de santé, bien des observateurs considèrent que le mode de rémunération à l'acte constitue un frein majeur à toute réforme ou tout renouvellement des services publics de santé. Le peu d'encadrement de la pratique des médecins conduit à des iniquités dans leur répartition territoriale, pose des problèmes de recrutement

pour la pratique en établissement public et empêche l'intégration des services de première ligne dans une approche centrée sur les besoins de la population. Il faut donc favoriser un encadrement de la pratique médicale et revoir le mode de rémunération des médecins selon une ou des formules qui sont compatibles avec une prise de responsabilité publique des services de santé.

- f) Une organisation efficace des services sociaux et de santé suppose une forte coopération entre les professions. Il faut revoir les lignes d'autorité et diminuer la hiérarchisation des professions et des responsabilités dans les unités de soins et services. Dans cette optique, les lois professionnelles doivent être modifiées dans le but de faciliter le partage des responsabilités entre les diverses catégories professionnelles et favoriser l'interdisciplinarité dans le travail clinique.<sup>4</sup> De même, l'organisation du travail au sein du réseau public doit permettre la responsabilisation des salarié-es dans l'exercice de leurs tâches et favoriser la coopération dans le travail et le travail en équipe.
- g) Un système d'information qui permet aux intervenantes et aux intervenants d'accéder rapidement au dossier de l'usagère ou de l'usager, de suivre sa trajectoire dans le système et d'en évaluer les résultats. Un tel système améliore la qualité des services rendus par l'organisation.
- h) Afin de favoriser l'innovation dans le système public, il est aussi primordial de stimuler et soutenir l'expérimentation et les initiatives locales visant à accroître la qualité des services rendus, leur adaptation aux besoins et la démocratisation de leur gestion.

## **2. *Quelques défis qui interpellent les syndicats oeuvrant dans les services sociaux et de santé***

### **Prendre les devants dans l'organisation du travail**

- Des changements s'avèrent nécessaires sur le plan de l'organisation du travail afin que les services sociaux et de santé répondent mieux aux besoins des personnes desservies tout en améliorant la qualité de vie au travail. Depuis plusieurs années déjà, la CSN s'est prononcée en faveur de ces changements en fonction des objectifs suivants : améliorer la qualité des services, accroître l'efficacité du travail, éliminer les dangers pour la santé et la sécurité au travail, diminuer les lignes hiérarchiques et permettre une responsabilisation des salarié-es dans l'exercice de leurs tâches, faciliter l'introduction des technologies

---

<sup>4</sup> À noter que des modifications ont été apportées par la suite aux dispositions législatives sur les professions allant dans la direction préconisée ici.

pertinentes, assurer la formation continue, favoriser la coopération dans le travail et le travail en équipe, maintenir les emplois, etc. Pour réussir, ces changements supposent la participation des syndicats et des salarié-es concernés.

- Notre expérience démontre que plusieurs gestionnaires des établissements publics affichent de fortes réticences à cette participation des syndicats et des salarié-es et, conséquemment, entravent les changements nécessaires. Mais ces réticences ne doivent pas conduire les syndicats à se mettre en retrait des enjeux en matière d'organisation du travail dans le secteur des services auxiliaires (buanderie, cuisines, entretien ménager, etc.) ou dans le secteur des services cliniques (services infirmiers, services sociaux, soins de longue durée, services jeunesse, services préhospitaliers, etc.).
- L'implication des syndicats dans les démarches d'organisation du travail doit se faire avec des objectifs plus larges de qualité de vie au travail et de services mieux rendus et non seulement pour répondre aux impératifs d'équilibre budgétaire.

### **Favoriser l'expérimentation et l'innovation**

- Il nous faut admettre que, dans un système complexe comme le réseau public des services sociaux et de santé, les processus de changement et d'innovation ne procèdent pas uniquement du haut vers le bas ou par décisions prises au sommet. Ils se développent aussi en bonne partie en fonction d'initiatives locales, dont les syndicats sont aussi des agents, qui, selon leurs succès et leurs erreurs, impriment des changements au système, tels des ronds dans l'eau. C'est aussi en fonction de cette capacité d'agir localement qu'il faut orienter nos stratégies syndicales.



*Groupe de travail sur le financement  
du système de santé*

## **Le financement de la santé**

### ***I. Dépenses de santé et finances publiques du Québec***

Bien que la CSN admette qu'il y a des besoins budgétaires dans les services sociaux et de santé, on croit cependant utile de rappeler quelques faits :

- Le Québec est la province canadienne qui a les plus faibles dépenses publiques de santé par habitant (2 848 \$/habitant en 2006 comparativement à 3 196 \$/habitant pour la moyenne canadienne).<sup>5</sup> En 2006, le Québec arrive au dernier rang pour les dépenses publiques de santé par habitant alors qu'il occupait le 3<sup>e</sup> rang en 1984.
- Même si les dépenses totales de santé/habitant augmentent, elles accaparent une part relativement stable de la richesse collective depuis deux décennies avec évidemment des hausses et des baisses selon les contextes économiques et les crises du système de soins. En 1982, le Québec consacrait 9,3 % de son PIB aux dépenses totales de santé, part qui demeure à 9,4 % en 2000.
- En 2006-2007, les dépenses publiques de santé représentent 37,3 % des revenus budgétaires du gouvernement du Québec. En 2000-2001, elles monopolisaient 33,4 % de ces derniers.<sup>6</sup> Il est intéressant de noter que depuis l'exercice financier 2000-2001, les baisses d'impôts et autres allègements fiscaux privent l'État québécois de plus de 5 milliards de dollars en 2006-2007. De plus, la proportion des transferts fédéraux dans les revenus budgétaires a aussi diminué ; entre l'année budgétaire 1995-1996 et celle de 2004-2005, elle est passée de 21 % à 18 % des revenus budgétaires. Il en est de même pour les dépenses de programmes par rapport au PIB ; elles sont passées de 23,2 % du PIB en 1983-1984 à 18,0 % du PIB en 2005-2006<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Statistiques et indicateurs*.

<sup>6</sup> Ministère des Finances, Budget 2007-2008, *plan budgétaire, mai 2007*, budget de dépenses 2007-2008, *volume IV Renseignements supplémentaires*, mai 2007.

<sup>7</sup> Ministère des Finances, Budget 2007-2008, *plan budgétaire, mai 2007*, p.C25, budget de dépenses 2007-2008, *volume IV Renseignements supplémentaires*, mai 2007, p.108

- La dette, représentant les déficits cumulés, depuis l'atteinte de l'équilibre budgétaire en 1998-1999, a connu une modeste croissance de 1,17 % par année en moyenne.

Bien sûr, cela n'empêche pas la croissance des dépenses de santé. Il est admis que les besoins budgétaires dans les services sociaux et de santé sont supérieurs aux prévisions de croissance du PIB ou des revenus fiscaux du gouvernement du Québec.

Selon une étude faite pour le compte de la CSN par le *Conference Board* du Canada mettant en interactions plusieurs variables économiques, financières, démographiques et sociales, les dépenses publiques en santé et services sociaux croîtront à un rythme annuel moyen de 6,1 % à partir de 2006-2007 jusqu'à la fin de la période de prévision en 2029-2030. De cette croissance, 2,6 % est attribuable à l'inflation, 1,8 % à la croissance réelle en volume des soins de santé/personne (changements technologiques, plus grande accessibilité, etc.) et 1,7 % à la démographie (dont 1,2 % est dû au vieillissement de la population et 0,5 % à l'augmentation de la population).

Pour l'ensemble de la période de prévision, le *Conference Board* évalue l'augmentation des revenus budgétaires de 3,8 % annuellement en moyenne. Selon l'étude, les dépenses de santé en 2006-2007, qui accaparent 37,3 % des revenus budgétaires du gouvernement du Québec, représenteront 62,7 % de ces derniers en 2029-2030, si rien n'est fait.

D'autres études estiment la croissance des dépenses de santé entre 5,1 % et 5,4 % pour les 15 prochaines années et l'évolution des recettes du gouvernement autour de 3,2 %.

## **II. Sources de financement supplémentaires**

Du point de vue de la CSN, l'injection de crédits additionnels dans le système public de santé et de services sociaux est une condition essentielle afin que celui-ci puisse répondre aux besoins et remplir adéquatement sa mission.

La CSN croit aussi que des économies peuvent être faites à l'intérieur du système actuel en misant sur une meilleure organisation du travail et des services.

Selon l'étude de CIRANO, on estime qu'aux États-Unis, 25 % des dépenses de santé sont effectuées pour des soins non nécessaires. Au Québec, on évalue ces dépenses non nécessaires entre 10 et 15 %.



***Pistes de solution pour financer la santé***

**1. Hausse du financement fédéral : atteindre 25 % des dépenses de santé des provinces (recommandation du rapport Romanow)**

À la faveur des transferts additionnels en santé décidés en 2004, le gouvernement fédéral consacra 19,9 % de ses revenus aux transferts aux provinces. Ce pourcentage était de 23,2 % en 1993-1994 — ce même pourcentage de contribution fédérale en 2004-2005 impliquerait une dépense additionnelle de 6,4 milliards de dollars. Malgré les réinvestissements en santé des dernières années, les transferts fédéraux pour la santé ne représentent en 2004-2005 que 22,3 % des dépenses des provinces en ce domaine. Pourtant, le gouvernement fédéral prévoyait, au même moment, des surplus budgétaires de 93,3 milliards de dollars sur un horizon allant de 2005-2006 à 2009-2010.

Au Québec, la proportion des transferts fédéraux dans les revenus budgétaires a aussi diminué. Entre l'année budgétaire 1995-1996 et celle de 2004-2005, elle est passée de 21 % à 18 % des revenus budgétaires.

Le gouvernement du Québec doit réclamer du gouvernement fédéral des transferts de points d'impôts ou des transferts financiers.

**2. Hausse des fonds disponibles destinés à la santé, accompagnée de mécanismes visant à accroître l'efficacité du système**

De prime abord, il est clair pour la CSN que le gouvernement doit renoncer aux baisses d'impôts d'autant plus que selon les résultats d'un sondage Léger Marketing de mai 2007, la majorité de la population du Québec s'est prononcée en faveur d'une telle orientation. En fait, à choisir entre des baisses d'impôts et une amélioration des services de santé et d'éducation, 70 % de la population québécoise s'est prononcée en faveur de l'amélioration des services de santé et d'éducation alors que seulement 27 % étaient pour des baisses d'impôts<sup>8</sup>.

Ceci étant dit, l'impôt n'est pas la seule forme de prélèvement ou contribution possible, mais pour la CSN, il est primordial que la contribution des particuliers soit progressive et se fasse en fonction des revenus des personnes et que les employeurs soient également mis à contribution.

La CSN n'est pas fermée à ce que cette source de revenu supplémentaire soit spécifiquement dédiée aux besoins de financement contre la perte d'autonomie puisque :

- les services à domicile ne répondent actuellement qu'à 8 % des besoins des clientèles potentielles ;

---

<sup>8</sup> *Le Devoir*, Les libéraux relégués au 3<sup>e</sup> rang, 28 mai 2007.

- 80 % des services à domicile sont donnés par les proches aidants qui sont peu soutenus ;
- 60 000 personnes, en majorité des femmes, aident un proche à raison d'au moins 20 heures par semaine ;
- en CHSLD, les services ne correspondent qu'à 68 % des besoins des personnes qui y sont hébergées.

En ce qui concerne la mise en place d'un régime public d'assurance contre la perte d'autonomie pour améliorer une partie du financement, la CSN considère que ce projet aurait l'avantage de permettre l'injection de ressources dans un domaine souffrant de graves lacunes et qui ne bénéficie pas de transferts en fonction de la Loi canadienne sur la santé — laquelle ne couvre que les soins médicaux et hospitaliers. En conséquence, elle propose que ce projet respecte les balises suivantes :

- il doit être garanti que la gestion et la prestation des services couverts par le nouveau régime relèvent des CSSS ;
- le financement des particuliers doit être progressif et en fonction des revenus des personnes ;
- les employeurs doivent être mis à contribution par une taxe sur les bénéficiaires ;
- les versements en espèces doivent se limiter, pour l'essentiel, aux proches aidants ;
- la gestion du nouveau régime doit garantir son utilisation aux seules fins poursuivies.

La CSN propose également que le gouvernement mette en place une couverture publique, universelle et accessible de services aux groupes vulnérables (les personnes vivant avec une déficience physique ou intellectuelle, les jeunes en difficulté, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou de dépendance) complétant les protections offertes par l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation.

### ***III. Positions CSN sur les pistes de solutions envisagées par le comité de travail***

#### **Non à une place accrue du secteur privé**

La CSN croit qu'il est illusoire de penser qu'un plus grand recours à des cliniques privées, financées par une assurance maladie privée, pourra réduire les temps d'attente dans l'ensemble du système. Avec le transfert de ressources professionnelles vers le secteur privé, il y a fort à parier que le secteur public sera plus déficitaire.

Les études de l'OCDE démontrent que le développement de régimes d'assurance maladie privés a pour effet d'augmenter les dépenses totales de santé, sans toutefois alléger la charge publique. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation :

- La possession d'assurance privée incite les gens à consommer davantage de soins et de services médicaux, augmentant, par le fait même, les coûts ;
- Les autorités gouvernementales exercent moins de contrôle sur les activités et les prix du secteur privé. Des honoraires plus élevés dans le secteur privé et la recherche de profits contribuent à augmenter les coûts;
- Un système à payeur unique est en meilleure position que les assureurs privés pour négocier les prix et la qualité des soins;
- Les interventions et les cas lourds ne sont généralement pas admissibles et donc non couverts par l'assurance maladie privée, ils demeurent aux frais du régime public.

De plus, les expériences au Royaume-Uni, en Australie et en Irlande rapportent un transfert de ressources humaines du secteur public vers le privé, sans augmentation globale de l'offre. Comme le secteur privé a tendance à ne traiter que les cas mineurs, les hôpitaux publics subissent plus de pression, continuant de traiter les cas urgents et complexes qui sont plus coûteux.

Au Québec, environ 70 % du financement du système de santé provient des fonds publics et 30 % de sources privées (dont la moitié de régimes privés d'assurance). Ces dernières étaient de 20 % au début des années 80. Cette augmentation n'a pourtant contribué en rien à l'amélioration du système.

### ***Autres pistes de solutions CSN***

#### **Cliniques spécialisées publiques**

Pour la CSN, le principe des cliniques spécialisées dédiées à certains types de chirurgie est une solution valable pour l'amélioration des services dans le secteur public puisqu'il permet d'augmenter le nombre de chirurgie et de réduire les coûts par une utilisation optimale des équipements et des expertises.

Cependant, pour la CSN, ces cliniques spécialisées doivent être publiques, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, comme les « cliniques externes » et les centres ambulatoires.

Ces cliniques doivent être autorisées en fonction des besoins par les structures de coordination publique dont font partie les *Réseaux universitaires intégrés de santé* (RUIS).

Le réseau public a d'ailleurs une expérience probante en la matière, ayant obtenu d'excellents résultats en concentrant certaines activités cliniques.

Parmi les cas traités des trois chirurgies ciblées pour le gouvernement, Montréal s'est démarquée avec des hausses de 4,4 % des remplacements de genou, de 15,6 % de remplacements de hanche et, enfin, de 10,7 % de cataractes traitées. Ces résultats découlent directement de la désignation de trois centres majeurs de la cataracte et d'autres hôpitaux pour concentrer des activités à haut volume.

Les efforts mis en oeuvre dans le secteur public méritent d'être poursuivis et amplifiés avec des moyens accrus, à la hauteur des développements requis.

### **La CSN s'oppose à l'introduction d'une contribution des usagers des usagères**

Il a été démontré que l'introduction d'une contribution des usagers n'exerce une influence dissuasive qu'auprès des personnes en situation de pauvreté.

Une telle conséquence demeure socialement inacceptable et force ces personnes à faire des choix qui entraînent, à long terme, des coûts additionnels pour la société.

Selon un avis du Conseil de la santé et du bien-être publié en 1995<sup>9</sup>, l'analyse de certaines expériences en Amérique du Nord et en Europe démontre que la tarification et la coassurance :

- ne sont pas appropriées pour réduire les abus des consommateurs, puisque les décisions, quant à la consommation, relèvent essentiellement des prestataires de services ;
- ne permettent pas de réduire la consommation globale de services à moyen terme ;
- risquent de modifier le profil de consommation en orientant les usagers vers les services plus onéreux, en limitant l'accès aux services préventifs et aux consultations pour maladies aiguës, pénalisant ainsi les groupes les plus vulnérables ;
- risquent d'entraîner, à moyen terme, une augmentation des dépenses totales de santé.

---

<sup>9</sup> *Un juste prix pour la santé*, le Conseil santé et du bien-être 1995.

Au Québec, l'exemple de la création du Régime québécois d'assurance médicaments, en 1997, qui abolissait la gratuité des médicaments pour les personnes âgées et pour les bénéficiaires de la Sécurité du revenu, illustre bien ce propos. Une économie de 134 millions de dollars a été faite au cours des deux premières années du régime avec les conséquences suivantes :

- Les personnes plus démunies sont incitées à réduire leur consommation de médicaments essentiels, ce qui a un effet pervers sur leur santé.
- Cette baisse de consommation a, à son tour, entraîné une série « d'événements indésirables » tels qu'une augmentation du nombre de visites médicales, du nombre de visites aux urgences, ainsi qu'une augmentation des admissions en CH et en CHSLD.<sup>10</sup>

Ce qui a forcé le gouvernement à revoir sa décision.

---

<sup>10</sup> Tamblins, Robyn et coll., *Rapport d'évaluation de l'impact de Régime général d'assurance médicaments*, Université McGill, Université de Montréal, Université McMaster, mars 1999.





## **Notes sur l'absentéisme dans le réseau de la santé et des services sociaux**

1. La croissance notable de problèmes de santé chez les travailleuses et les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années engendre des effets de différents ordres. Outre les conséquences néfastes pour les individus qui en sont atteints, ces problèmes nuisent au système de façon importante. D'une part, ces absences privent le réseau de plusieurs salarié-es essentiels à l'organisation, encore plus dans un contexte de pénurie et, d'autre part, les coûts d'assurance salaire et de CSST qui en découlent amputent le réseau de sommes importantes pour son fonctionnement.

2. Données statistiques d'assurance salaire du MSSS

	Nombre d'heures en assurance salaire (M)	Nombre d'heures travaillées (M)	Ratio heures assurance-salaire/heures travaillées	Coût de l'assurance-salaire (M\$)
1996-1997	11.9	250.2	4.74	169.8
1997-1998	22.0	243.0	4.55	160.7
1998-1999	12.0	244.2	4.91	177.4
1999-2000	13.8	252.7	5.45	205.0
2000-2001	15.0	258.2	5.79	234.0
2001-2002	15.9	262.8	6.03	253.6
2002-2003	15.3	266.7	5.75	249.2
2003-2004	15.3	272.1	5.60	255.5
2004-2005	15.7	275.5	5.68	261.9
2005-2006	16.0	279.0	5.73	

3. Il est primordial de trouver des solutions à ces problèmes et celles-ci passent par des mesures de prévention qui sont connues et qui ont fait leurs preuves. On parle ici de démarches diagnostiques et de mises en place de mesures pour réorganiser le travail afin qu'il comporte moins de risques pour la santé tant physique que mentale. Ces démarches peuvent être encadrées de différentes façons. La Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST) détermine des mécanismes pour ce faire, soit le comité paritaire et le représentant à la prévention. Ces mesures ont eu des effets positifs dans les secteurs où elles ont été implantées.

4. Après l'adoption de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) en 1979, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a divisé le monde du travail en six groupes de différents secteurs d'activité. Du même coup, la CSST a déterminé un ordre de priorité pour implanter des mécanismes de prévention en santé et sécurité du travail. Les groupes I et II ont alors été déclarés prioritaires. Le troisième le fut partiellement. Ainsi, 20 ans après l'adoption de la loi, les règlements concernant le comité paritaire et le représentant à la prévention ne sont toujours pas promulgués pour l'ensemble des groupes. Et 86,4 % des travailleurs et des travailleuses n'ont pas droit à ces dispositions de la loi notamment les salarié-es du secteur de la santé et des services sociaux qui font partie du groupe VI.
5. En 2002, des rencontres se sont tenues entre les syndicats du secteur public et le Conseil du trésor pour discuter de l'application de la loi en matière d'implantation des mécanismes de prévention qui y sont prescrits. En effet, il fallait voir les possibilités de souplesse dans l'application de la loi, notamment en ce qui a trait à la notion d'« établissement », les ministères, les commissions scolaires, les centres de santé et de services sociaux, ayant généralement de nombreux points de service. Beaucoup d'ouverture avait été démontrée afin de trouver des solutions pratiques pour cette mise en place des mécanismes. Il n'y a malheureusement eu aucune suite à ces discussions.
6. La CSN croit qu'il est possible d'avancer dans ce dossier. Il serait peut-être difficile de tout mettre en place d'un coup dans l'ensemble du secteur public, mais il serait certainement possible de procéder par secteur ou par projets pilotes dans les différents secteurs.
7. Par ailleurs, certains syndicats du secteur de la santé et des services sociaux ont souhaité trouver des solutions alternatives pour encadrer des démarches de prévention et ont réussi à négocier avec leurs vis-à-vis patronaux au niveau national des démarches qui ont été intégrées dans les conventions collectives. Malheureusement, aucun employeur au niveau des établissements n'a encore accepté de démarrer la démarche.