

MÉMOIRE SUR LE PANIER DE SERVICES

Présenté au Commissaire à la santé et au bien-être
par l'Alliance des patients pour la santé

Janvier 2016





PRÉAMBULE

Le présent mémoire est produit dans le cadre de la *Consultation sur le panier de services* amorcé par le Commissaire à la santé et au bien-être à l'automne 2015. En effet, il est mentionné sur le site du Commissaire que ce dernier « a choisi de mener des travaux sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux au Québec, soit les soins et services qui sont couverts par l'État » afin « d'éclairer les débats en faisant ressortir les valeurs et préoccupations des citoyens relativement au contenu du panier de services » et « soutenir les décideurs dans leur prise de décisions ».

Dans le contexte politico-médiatique actuel, l'Alliance des patients pour la santé questionne la forme de l'exercice et estime que celui-ci éloigne le Commissaire à la santé et au bien-être de sa mission première – favoriser la performance globale du réseau de la santé et des services sociaux. **En effet, il est difficile d'améliorer la performance d'un système sans tout d'abord évaluer l'efficacité de ses processus administratifs et opérationnels de manière rigoureuse.** Actuellement, le Commissaire et le MSSS ne procèdent pas à cette évaluation, urgente et nécessaire. Il s'agit pourtant d'une première étape logique, ici escamotée.

Sans cette évaluation, neutre et apolitique, toute forme de prise de position sur le panier de services assurés serait nulle et non avenue, d'autant que cette prise de position pourrait être teintée de fausses perceptions.

Mission du Commissaire à la santé et au bien-être

Selon le site Web du CSBE, sa mission est d'abord « d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Pour ce faire, il se penche sur la façon dont le système de santé et de services sociaux est structuré, sur les ressources dont il dispose, sur les services qu'il rend et sur les résultats qu'il obtient, en plus d'être sensible au contexte dans lequel il évolue. »

Pour l'Alliance, ce premier volet de la mission du Commissaire devrait être mis de l'avant, particulièrement sur le plan de la structure du réseau, de ses pratiques et de son mode de rémunération. Il sera démontré que des économies importantes peuvent encore être générées sans toucher au panier de services assurés. En somme, réduire le panier de services sans tout d'abord évaluer le réseau de manière exhaustive et concrète reviendrait à mettre la proverbiale charrue devant les bœufs.

Dans son Rapport d'appréciation de la performance 2015, le Commissaire affirme que « le système de santé et de services sociaux québécois se caractérise depuis plusieurs années par des résultats favorables pour plusieurs des dimensions de la performance », mais que, « malgré ces indicateurs de performance, le niveau de satisfaction de la population à l'égard du système de santé et de services sociaux est très faible en comparaison avec celui des autres provinces »¹.

¹ *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2015 – Résultats et analyses*, p. 34



Pour l'Alliance des patients pour la santé, cette contradiction démontre que le réseau a grandement besoin d'indicateurs de performance concrets, qui répondent à la question suivante: **Qui fait quoi et comment?** L'Alliance invite le Commissaire à élaborer une évaluation du réseau sur ces bases. En effet, il est temps de cesser de se complaire dans des comparaisons qui n'ont, pour ainsi dire, aucune application pratique.

Bien entendu, la mission du Commissaire comporte un important volet de consultation qui est ici mis en application. Nous croyons cependant que la forme, mais également le contexte de cette consultation peuvent porter un sérieux préjudice à la neutralité des opinions, commentaires et avis qui seront donnés au Commissaire. **En effet, en ouvrant cette consultation sur fond de déclarations biaisées de la classe politique sur la capacité de payer des Québécois, le Commissaire semble participer à un exercice davantage idéologique que pratique.**

LES FAUX CHOIX DU MINISTRE

Depuis son élection, le gouvernement actuel semble s'efforcer de répandre la perception, extrêmement biaisée, que le Québec doit faire face à des choix déchirants en matière de services de santé. De l'avis de l'Alliance des patients pour la santé, de nombreuses pistes de solutions peuvent être mises de l'avant pour améliorer le système et réduire les coûts sans avoir à toucher au panier de services assurés.

Ci-dessous, nous reprenons quelques déclarations du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de ses représentants :

« Si un poste budgétaire, peu importe lequel, prenait subitement beaucoup d'ampleur, ça ferait l'objet d'analyses et ça serait pris en considération dans l'octroi des budgets l'année suivante, toujours dans le respect de la capacité de payer des contribuables. » - Noémie Vanheuverzwijn, porte-parole du MSSS, Le Devoir, 22 août 2015

« Ici on ne nuit pas à l'accès, c'est pas parce qu'il y a un frais accessoire qu'il n'y a pas accès à l'hôpital. On gère en fonction de notre capacité de payer (...) L'argent ne pousse pas dans les arbres. » - Gaétan Barrette, Le Journal de Québec, 6 octobre 2015 (sur l'incapacité du gouvernement à déboursier 50 millions par année en frais accessoires)

« On a une population vieillissante. Faudrait-il plutôt avoir plus de soins à domicile pour les personnes âgées? Plus de médicaments accessibles pour le cancer? » - Gaétan Barrette, Radio-Canada, 11 novembre 2015

« Comme gouvernement, on doit faire en sorte que l'accès soit là, mais on se retrouve dans une situation où on doit faire un choix. Le choix qu'on a fait, c'est de garder l'appui, le financement, par un véhicule qui est le crédit d'impôt remboursable, mais à une hauteur qui est celle que l'on puisse payer. » - Gaétan Barrette, Le Journal de Québec, 12 novembre 2015 (sur le programme de procréation assistée)



Toutes ces déclarations font fi des solutions présentées maintes et maintes fois par divers experts et regroupements d'experts à travers les années pour améliorer la performance du système de santé. Ces solutions ont fait l'objet de rapports successifs qui ont par la suite été relégués aux oubliettes. Nous parlons ici notamment des rapports Rochon (1988), Clair (2001), Castonguay (2008) ou Robillard (2015). L'Alliance recommande de remettre ces rapports de l'avant et d'en dégager des pistes d'action dans les plus brefs délais.

Attention à l'instrumentalisation

En amorçant une consultation sur le panier de services assurés auprès du grand public et des organismes sous fond de déclarations biaisées, déjà reprises par bon nombre de commentateurs politiques, **le Commissaire à la santé et au bien-être risque fort d'être instrumentalisé par un gouvernement qui cherche à réduire le panier de services assurés, et ce, à des fins purement idéologiques.**

Prenons, par exemple, l'une des questions du sondage mené par le Commissaire dans ce cadre de cette consultation:

Imaginons un nouveau traitement ciblant des personnes en fin de vie, par exemple celles atteintes de cancer ou de maladie du cerveau dégénérative. Ce traitement allongerait la vie de quelques mois d'après des données scientifiques solides, serait très coûteux et n'aurait que peu d'effet sur la qualité de vie. Sur une échelle de 1 à 10, où 1 signifie pas du tout d'accord, et 10 signifie entièrement d'accord, quel est votre degré d'accord avec les énoncés suivants concernant ce nouveau traitement ciblant des patients en fin de vie?

Parmi les énoncés, on retrouve ceux-ci:

- *On ne devrait pas rembourser ce traitement, car on pourrait plutôt financer d'autres services moins coûteux pour traiter plus de personnes.*
- *Avant de rembourser ce traitement, on devrait d'abord s'assurer jusqu'à quel point l'État en aurait pour son argent.*

La question et les énoncés ainsi formulés semblent introduire un profond biais sur la valeur de la vie et soumettent les droits fondamentaux que sont la vie, la sûreté, l'intégrité et la reconnaissance de la personnalité juridique de chaque personne à une forme de *vox populi*. L'Alliance juge ce genre de question totalement inacceptable, d'autant que les droits d'une minorité ne peuvent être soumis aux humeurs d'une majorité. Également, vu le faible niveau de littératie en santé au sein de la population (faible ou très faible pour plus de 65 % de la population québécoise de 16 ans et plus²), nous sommes en droit de nous demander si les

² *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*, Institut de la statistique du Québec, 2003



répondants au sondage sont tous aptes à bien comprendre les questions et saisir l'impact potentiel de leurs réponses.

Qui plus est, ce sondage et la consultation associée semblent faire preuve d'une vision strictement économique de la santé, qui fait fi d'une évaluation rigoureuse des besoins des patients et semblent préférer le statu quo opérationnel à la recherche de méthodes de travail plus efficaces.

L'Alliance des patients pour la santé est d'avis qu'un débat d'une telle importance doit se faire de manière publique et transparente, dans le respect de nos processus démocratiques. Il s'agit donc d'un enjeu qui doit être débattu à l'Assemblée nationale et non par la seule voie d'une consultation du CSBE. À tout de moins, un portrait juste de la situation devrait être présenté à la population avant d'amorcer une telle consultation. **Pour le moment, ce juste portrait n'existe pas.**

FINANCES DU QUÉBEC : PAS D'URGENCE

Disons-le d'emblée: il n'y a pas de crise financière au Québec. Il s'agit là de l'avis de Pierre Fortin, économiste réputé. Dans un article publié dans L'Actualité le 17 septembre 2015, celui-ci affirme que « depuis 1996, l'État n'a jamais éprouvé de difficulté à honorer ses obligations » et que « le poids des intérêts a continuellement diminué depuis 20 ans ». En effet, la montée en flèche de la dette a été freinée en 1996. De plus, contrairement à la croyance populaire, l'économiste affirme que l'augmentation du poids de la dette entre 2009 et 2015 n'est pas due aux déficits budgétaires, mais bien à l'accélération des dépenses en capital du gouvernement, notamment dans les infrastructures.

« Il y a bien eu une crise au Québec, mais c'est une crise des infrastructures, pas une crise financière. »

- Pierre Fortin, économiste, L'Actualité, 17 septembre 2015

La volonté du gouvernement d'équilibrer le budget est certes prudente face aux défis de l'économie mondiale. Ceci dit, avant de s'en prendre au panier de services assurés, il serait préférable de procéder à une reddition de comptes détaillée des crédits alloués aux services de santé et aux services sociaux ainsi qu'à une analyse des méthodes de travail au sein du réseau.

Se donner le temps d'évaluer la réforme

L'Alliance des patients pour la santé exhorte le gouvernement à faire preuve de patience et de pragmatisme. Le ministre de la Santé et des Services sociaux vient tout juste d'amorcer une réforme ayant pour but d'améliorer l'efficacité du réseau et dont les véritables effets ne pourront se mesurer que dans quelques années. Également, de l'avis même du ministre, le financement à l'activité qui doit être implanté dans le réseau permettra d'évaluer plus précisément le coût d'un service médical et générera des économies à long terme. Dans ce



contexte, pourquoi ne pas évaluer l'effet des réformes avant de penser à réduire le panier de services assurés?

Combiner réformes de structures, compression des dépenses et réduction du panier de services sans tout d'abord mesurer adéquatement les besoins de la population nous pousse lentement mais sûrement vers la catastrophe. Déjà, les effets pervers de cette vision purement comptable se font sentir au sein du réseau:

- En 2014-2015, le nombre d'incidents et accidents ayant causé la mort d'un patient a augmenté de 15 %, pour atteindre 316 cas³;
- Le 2 novembre dernier, un patient s'est vu refuser une chirurgie vasculaire urgente à l'hôpital St. Mary's, ces pratiques ayant été jugées contraires à la mission de l'établissement et rapatriées au CUSM à cause des récentes réformes structurelles. Le patient est décédé pendant le transport. Or, un chirurgien était prêt à opérer à l'hôpital St. Mary's⁴.
- Le 12 janvier, on annonçait la fermeture du centre de désintoxication Mélaric, faute de financement dû aux coupures à l'aide sociale effectuées par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, renvoyant 75 bénéficiaires en prison, à la maison ou à la rue⁵. Le 20 janvier, la MSSS annonçait une aide d'urgence de 6 M\$ aux centres de désintoxication par le biais de son Programme de soutien aux organismes communautaires, prouvant à nouveau le manque de planification qui perdure au sein du gouvernement québécois. Notons également, dans ce cas précis, le manque de logique budgétaire, puisque le coût d'hébergement d'une personne en milieu carcéral est bien plus élevé qu'en centre de désintoxication.

Ces événements à eux seuls prouvent que l'évaluation des besoins est déficiente au sein du réseau de la santé et que les diverses réformes (de structure, de financement) n'ont pas été pensées en fonction des réalités des patients.

Santé: freiner la croissance des coûts en modifiant nos façons de faire

Il est vrai que les projections de nombreux économistes, dont Pierre Fortin, quant à l'accroissement des dépenses en santé peuvent sembler alarmantes au premier regard. En effet, alors que la part des dépenses en santé se situe à 55,91 % des revenus autonomes de l'État (donc excluant les transferts fédéraux) en 2015, il est prévu que cette part grimpera à 74,93 % en 2030 pour atteindre un montant de 77 milliards de dollars⁶. Ces chiffres présupposent que nous ne modifions pas nos façons de faire. L'Alliance propose plutôt de freiner les coûts de diverses manières que nous détaillons ci-dessous. **Il faudra cependant beaucoup de volonté politique.**

³ La Presse, 8 janvier 2016

⁴ Journal de Montréal, 11 janvier 2016

⁵ Radio-Canada, 12 janvier 2016

⁶ Godbout Luc, St-Cerny Suzie, Arsenault Mathieu, Dao Ngoc Ha, Fortin Pierre, *La soutenabilité budgétaire des finances publiques du Gouvernement du Québec*, Université de Sherbrooke, 22 janvier 2014



LES VRAIS PROBLÈMES ET LES VRAIES SOLUTIONS

De l'avis de l'Alliance des patients pour la santé, le véritable problème du réseau de la santé et des services sociaux n'en est pas un de financement, mais bien d'utilisation de ce financement.

Disons-le franchement: au Québec, nous utilisons très mal nos ressources humaines, financières et matérielles. Plusieurs données statistiques tendent à le prouver:

- Selon l'Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014, seulement 39 % des répondants québécois de 55 ans et plus ont pu avoir accès à un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain, contre 47 % chez les répondants ontariens. Or, le Québec possède davantage de médecins par 100 000 habitants (224) que l'Ontario (189).⁷
- 6 % des répondants disent avoir subi un examen médical non nécessaire. Bien que ce résultat se situe dans la moyenne de pays participants, il y a certes des économies à dégager ici.⁸
- 45 % des répondants mentionnent qu'ils ont attendu moins de quatre semaines pour voir un spécialiste. Au Royaume-Uni, avec un nombre comparable de médecins (271 par 100 000 habitants), 61 % des répondants ont attendu moins de quatre semaines.⁹
- Au Québec, 38 % des répondants déclarent être allés aux urgences pour une affection pouvant être traitée par un médecin de famille. En comparaison, les résultats de tous les pays européens sondés se situent entre 20 et 30 %¹⁰.

Notons également certaines aberrations remarquées au sein des établissements de santé. Il s'agit de cas anecdotiques et non de tendances statistiques, néanmoins ils sont fort parlants en termes de manque de planification:

- Le nouveau Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) s'est récemment procuré 6 nouveaux appareils de résonance magnétique. Or, l'établissement n'a que 4 techniciens à sa disposition pour les opérer. Si, comme le dit le Commissaire lui-même dans son Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2015, le Québec est au 1^{er} rang des provinces pour le nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique¹¹. À quoi cela sert-il si nous n'avons pas les ressources humaines pour les opérer? Cette donnée d'appréciation de performance, si bonne soit-elle, perd toute sa pertinence lorsque replacée dans le contexte de l'affectation des ressources humaines.

L'Alliance est d'avis qu'une meilleure planification des ressources humaines, matérielles et financières permettrait d'améliorer cette performance et de générer d'importantes économies. Cette planification nécessite cependant une rigoureuse et transparente évaluation des

⁷ *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, p. 30

⁸ *Ibid*, p. 52

⁹ *Ibid*, p. 56

¹⁰ *Ibid*, p. 87

¹¹ *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2015 – Résultats et analyses*, p. 15



procédés administratifs et opérationnels du réseau de la santé ainsi que des besoins de la population.

Rémunération des médecins

En novembre dernier, la vérificatrice générale soulevait des erreurs de plus de 800 millions de dollars dans la rémunération des médecins. En effet, le gouvernement aurait sous-évalué la pratique des spécialistes à hauteur de 415 M\$ et n'aurait pas dégagé les économies prévues par l'étalement du salaire, qui devaient atteindre 400 M\$. La vérificatrice avait également repéré bon nombre d'incitatifs salariaux pour des objectifs facilement atteignables et dénoncé le fait que ces incitatifs ne fassent l'objet d'aucune cible ni d'aucun indicateur permettant d'évaluer leur degré d'efficacité. Du même souffle, la vérificatrice dénonçait le manque de contrôle de la RAMQ sur les honoraires des médecins, affirmant que seulement 2 % d'entre eux font l'objet d'un contrôle. Elle relevait l'exemple d'une réclamation de 337 000 \$ ayant été réduite au tiers du montant après une simple vérification de la RAMQ.

Les patients et citoyens québécois sont alors en droit de se demander quel volume d'économies pourrait être généré par un simple contrôle adéquat. Avant de songer à réduire le panier de services assurés, il importe de donner à la RAMQ les outils nécessaires pour contrôler les dépenses qui sont sous son autorité afin d'offrir à la population un portrait juste de la situation.

Un fossé se creuse actuellement entre les citoyens, patients et/ou payeurs d'impôts, et la profession médicale. À cause de certaines négociations salariales des dernières années, le médecin est maintenant considéré comme un privilégié du système. Il faut dire qu'au cours des dernières années, plusieurs centaines de millions de dollars ont été versés aux omnipraticiens pour la pratique en cabinet privé, et ce, sans aucune forme de reddition de comptes. Au sein du réseau, le médecin agit comme un salarié sans patron ou comme un travailleur autonome sans concurrence. De plus, les frais encourus pour la défense des médecins accusés de fautes professionnelles demeurent déductibles d'impôt, ce qui fait en sorte que le contribuable paie pour la protection juridique d'un travailleur autonome.

Pour l'Alliance des patients pour la santé, il importe de revoir le mode de rémunération des médecins, non pas pour réduire leur salaire, mais bien pour les transformer en salariés, imputables auprès de leurs gestionnaires, plutôt qu'en travailleurs autonomes œuvrant sans supervision.

Quelles économies peut-on dégager de ces pratiques? Nul ne peut le dire à cause du grave manque de transparence et de contrôle qui sévit actuellement au sein du réseau de la santé. Il est cependant crucial d'étudier la question dans les meilleurs délais.



Recours excessif aux tests médicaux

Selon l'Association médicale du Québec (AMQ), le Québec pourrait économiser 5 milliards de dollars par année si les médecins cessaient de prescrire indûment des examens de toutes sortes, notamment les électrocardiogrammes, les examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos et les maux de tête ainsi que les examens de densité osseuse¹². Si l'on tient pour acquis que ces dépenses excessives grimperaient au même rythme que le reste des dépenses en santé, on pourrait économiser jusqu'à 11 G\$ annuellement en 2030. **Ceci permettrait d'éponger jusqu'à la moitié du pourcentage d'augmentation des dépenses en santé.**

Travail multidisciplinaire et interdisciplinaire

Depuis la mise en place du système public de santé et de services sociaux au tournant des années 60, nous avons assisté à un véritable renversement de la pyramide d'âge et donc à une importante augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Dans ce contexte, le médecin seul ne suffit plus à la demande. Le suivi de la condition du patient demeure cependant une chasse gardée du médecin omnipraticien ou spécialiste. De l'avis de l'Alliance, le suivi d'un patient atteint d'une maladie chronique ne nécessite pas toujours l'intervention d'un physicien. Plusieurs types de professionnels (infirmière, diététiste, inhalothérapeute, physiothérapeute, ergothérapeute, kinésiologue, psychologue, orthophoniste, audiologiste, pharmacien, etc.) peuvent prendre le relais et assurer un suivi adéquat.

En combinant réforme du mode de rémunération des médecins et véritable organisation multidisciplinaire du travail, le réseau pourrait certes réaliser d'importantes économies d'échelle. Cette voie est à privilégier avant de songer à réduire le panier de services assurés.

Politique nationale de prévention

Le Québec accuse un important retard quant à la mise en place d'une véritable politique nationale de prévention des maladies tel que recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le Québec a fait des avancées importantes en termes de lutte au tabagisme, mais tarde à mettre en place un programme concerté de prévention des maladies chroniques basée sur l'action intersectorielle, la réduction des inégalités sociales et la promotion de saines habitudes de vie. Afin de réduire les coûts de santé, cette approche en amont est essentielle. L'Alliance réclame donc la mise en place d'une telle politique, abordant la prévention primaire, secondaire et tertiaire, et incluant des indicateurs précis permettant d'en mesurer l'efficacité.

Il va sans dire que l'approche actuelle du gouvernement, qui tend à augmenter les inégalités sociales plutôt que les réduire, va à l'encontre d'une telle politique de prévention des maladies et contribue à l'augmentation des coûts de santé.

¹² La Presse, 3 avril 2014



Transferts fédéraux en santé

À cause d'un changement dans le calcul du transfert canadien en matière de santé (TCS) sous le précédent gouvernement fédéral, le Québec se retrouve désavantagé à hauteur de 9,4 milliards de dollars. En effet, le gouvernement Harper avait redéfini le calcul sur une base par habitant et non plus en fonction de la richesse relative (-2,1 G\$) et limité l'enveloppe à la croissance du PIB nominal (-7,3 G\$).

Or, pendant la récente campagne électorale, le nouveau gouvernement libéral de Justin Trudeau s'était engagé à renforcer le système de santé universel financé par l'État et à veiller à ce qu'il s'adapte aux nouveaux défis, notamment le vieillissement de la population. Pour l'Alliance des patients pour la santé, le Gouvernement du Québec aurait tout intérêt à engager un dialogue avec le fédéral dans le but de modifier les décisions du précédent gouvernement en matière de TCS, mais également de bonifier celui-ci en adéquation avec la hausse prévue des dépenses en santé. Sans remettre en question le principe d'équité entre les provinces, le TCS pourrait prendre en considération les différences importantes au niveau des besoins. L'Alliance des patients pour la santé est prête à militer aux côtés du gouvernement sur cette importante question.

CONCLUSION

Pour l'Alliance des patients pour la santé, il est totalement prématuré de remettre en question le panier de services de santé assurés par l'État. De nombreuses solutions s'offrent au législateur qui aurait une véritable volonté politique d'améliorer la performance du réseau de la santé et des services sociaux. L'Alliance est bien consciente des défis auxquels notre système fait face, mais s'oppose catégoriquement au recul de nos acquis sociaux, d'autant que ce recul n'est pas nécessaire.

L'Alliance maintient qu'une évaluation rigoureuse des procédés opérationnels et administratifs du réseau de la santé et des services sociaux doit être mise en place dans les plus brefs délais, et que toute réduction des services à la population est illégitime en l'absence de cette évaluation. Les patients et contribuables québécois ont le droit d'avoir l'heure juste et de savoir comment leur argent est dépensé. **À ce propos, l'Alliance des patients rappelle qu'elle réclame depuis 2014 la création d'un Comité national de patients, relevant directement du ministre de la Santé et des Services sociaux et possédant un statut consultatif officiel à l'égard de l'organisation et de la prestation des services de santé.**

Également, l'Alliance s'interroge sur les choix et priorités du gouvernement, qui semble se priver volontairement de revenus d'une part et laisser filer l'argent de l'autre. En effet, si le Québec vit actuellement une crise des infrastructures, pourquoi les patients devraient-ils faire les frais de décennies de négligence? Comment tolérer que le projet d'informatisation de la santé, qui devait être livré en 2011 pour 543 M\$, soit reporté jusqu'en 2021 et génère des coûts



de 1,8 G\$? Comment expliquer ce manque de contrôle des dépenses qui semble faire écho aux pratiques de la RAMQ envers les médecins spécialistes?

L'assiette fiscale du Québec est faite de vases communicants. On ne peut perpétuellement déshabiller Pierre pour habiller Paul. Le Gouvernement du Québec doit améliorer sa piètre performance de gestion des finances publiques, dégager des revenus supplémentaires pour l'État et, surtout, procéder à une évaluation rigoureuse et comparative (« benchmarking ») de ses procédés et méthodes de travail.

Il en va de la confiance des patients et de leurs soignants envers le réseau de la santé ainsi que de la pérennité de notre système public.

*Alliance des patients pour la santé
29 janvier 2016*



MEMBRES DE L'ALLIANCE DES PATIENTS POUR LA SANTÉ

Membres actifs

1. Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
2. Association canadienne du cancer colorectal
3. Association québécoise de l'épilepsie
4. Centre associatif polyvalent d'aide hépatite C
5. Fédération de recherche sur le diabète juvénile
6. Fédération des Sociétés d'Alzheimer du Québec (20 sociétés régionales)
7. Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin
8. Fondation des maladies mentales
9. Fondation Lymphome Canada - Québec
10. Fondation Sauve ta peau - Québec
11. Fondation Sommeil
12. La Société de l'arthrite – Division Québec
13. Le Mûrier
14. Myélome Canada – Division Québec
15. Portail VIH/SIDA Québec
16. Préma-Québec
17. Regroupement des aidants naturels du Québec
18. Regroupement québécois des maladies orphelines
19. Société canadienne de la sclérose en plaques – Division Québec
20. Société canadienne de l'hémophilie - Section Québec
21. Société de la SLA du Québec
22. Société gastro-intestinale - Division Québec
23. Société Parkinson du Québec
24. Société québécoise de la schizophrénie

Membre sympathisant

25. Regroupement en soins de santé personnalisés au Québec