

Repères historiques du système de santé et de services sociaux au Québec

Rédaction :

Marie Pelchat, organisatrice communautaire à la Clinique communautaire de Pointe-Saint Charles de 2004 à 2008
Première version : mai 2002 ; Mise à jour: 19 mai 2008

Collaborations :

Claude Saint-Georges, pour la Coalition Solidarité Santé pour la période 1947-2002.
Jacques Benoît pour la période 2002-2006.
Claudelle Cyr pour la période 2007-2008.

1947

Le premier régime d'assurance-hospitalisation public et universel est créé en Saskatchewan.

1948

La Déclaration universelle des droits de l'homme est adoptée par les Nations Unies. L'article 25 est des plus éloquentes en ce qui concerne le présent document.

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

1958

Le gouvernement canadien, s'inspirant de l'exemple de la Saskatchewan, adopte le programme national d'assurance-hospitalisation. Il s'agit d'un programme à frais partagés entre le fédéral et les provinces.

1961

Le Québec adopte le programme d'assurance-hospitalisation.

1966

L'assurance-hospitalisation est élargie aux services d'urgence, à la physiothérapie, etc. Les personnes assistées sociales obtiennent la gratuité des soins médicaux.

Le gouvernement fédéral adopte un nouveau programme à frais partagés : le régime universel d'assurance-maladie.

1970

La Commission Castonguay termine ses travaux et le Québec procède à l'adoption de l'assurance-maladie. Rappelons que la Commission recommandait un système de santé public, gratuit, accessible et universel et des orientations majeures pour orienter l'action sur les déterminants de la santé¹.

1971

L'Assemblée nationale adopte la Loi sur les services de santé et des services sociaux. C'est la mise en place d'un système de santé, avec accès universel et gratuit, sans égard au revenu ou au statut social des citoyennes et des citoyens.

1970 et suivantes

Poursuite de la mise en place progressive du système de santé et des services sociaux par la création des CLSC, des départements de santé communautaire, des centres des services sociaux et de la carte d'assurance-maladie.

¹ Regroupement des organismes communautaires de la région 03, *Le pelletage des établissements publics, les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos*, décembre 1997, p.5.

L'assurance-maladie s'élargit à divers programmes :
1970 : examens optométriques
1974 : soins dentaires aux enfants
1975 : programme de remboursement des prothèses
1977 : gratuité des médicaments pour les personnes âgées

1982

Le gouvernement québécois désassure les soins dentaires pour les enfants de 13 à 15 ans.

1984

La Chambre des Communes adopte la Loi canadienne de la santé. Elle établit alors les principes de base que doivent respecter les régimes provinciaux d'assurance-maladie afin d'être admissibles au financement du gouvernement fédéral via le Régime d'assistance publique du Canada. Ces principes sont : l'administration publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.

1985

C'est la création de la Commission Rochon, commission présidée par l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jean Rochon.

1988

La Commission Rochon publie son rapport.

Nous ne pouvons nous empêcher de reproduire ici quatre extraits particulièrement significatifs de ce rapport²:

Nous avons raison d'être fiers de notre système de services de santé et de services sociaux. Néanmoins, si les tensions actuelles perdurent, elles risquent de le faire éclater et de nous faire perdre rapidement ce que nous avons mis près de 20 ans à construire. (p.683)

(...) la Commission réaffirme la nécessité fondamentale du système de santé et de services sociaux, à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être. Elle identifie en outre deux conditions préalables : la recherche d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social. (p.685)

Il est établi depuis longtemps que les mécanismes du marché ne doivent pas s'appliquer aux services sociaux et aux services de santé. (...) L'équité en matière d'accessibilité aux services et de distribution des ressources dans la collectivité ne peut être assurée sans le maintien d'un système public fort. (p.697)

Au cours des quinze dernières années, l'évolution des coûts des services sociaux et des services de santé a été bien maîtrisée. Les caractéristiques même du financement de ces services, à savoir un financement public dominant et basé sur les revenus fiscaux, auront grandement contribué à cette performance. Pour les prochaines années, on doit s'attendre à ce que les dépenses augmentent de

² Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Rapport Rochon, *Rapport de la Commission sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 1988.

façon à peu près identique, soit un rythme légèrement supérieur à celui du produit intérieur brut. Cette tendance exigera un effort important du gouvernement pour assurer le maintien et l'expansion des services que commande l'évolution socio-démographique du Québec. (p.696)

1990

Le ministre Marc-Yvan Côté publie son document : Une réforme axée sur le citoyen.

1992

Le gouvernement désassure les soins dentaires pour les enfants de 10 à 13 ans et les examens de la vue pour les personnes de 19 à 40 ans. Dans la même foulée, il introduit le ticket modérateur pour les médicaments des personnes âgées.

C'est aussi en 1992 qu'est adoptée la nouvelle Politique de santé et de bien-être du gouvernement québécois. Politique dans laquelle on peut lire :

Les déterminants socio-économiques de la santé et du bien-être, c'est-à-dire les facteurs qui relèvent des conditions de vie, n'ont pas reçu la même attention. De plus en plus, on met en évidence les liens que les multiples facteurs économiques, sociaux et culturels entretiennent avec les autres déterminants de la santé. (...) Ces facteurs apparaissent désormais prépondérants.

1993

La nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux est adoptée, le premier septembre, par l'Assemblée nationale du Québec.

Le gouvernement désassure les examens optométriques pour les personnes de 41 à 64 ans.

En fait, alors que les gouvernements qui se succèdent à Québec adoptent de grandes politiques, ils imposent, année après année, dès 1982, des compressions au réseau de la santé et des services sociaux qui ont pour effet de diminuer l'accès aux services des physiothérapeutes, des psychologues et des travailleurs sociaux, par exemple. Avec l'allongement de la liste d'attente, les usagers et les usagers sont de plus en plus contraints à se doter d'assurances privées, à payer des laboratoires privés pour des analyses prescrites par leur médecin.

1994

Année électorale au Québec. Le Parti québécois promet, s'il est élu, d'abolir le ticket modérateur imposé aux aînés du Québec. Il est élu et le ticket modérateur demeure.

1995

Lors de l'ouverture de l'Assemblée nationale en septembre 1995, le gouvernement s'engage à construire une société solidaire et, pour ce faire, à procéder à une réforme de la fiscalité³.

C'est le grand remue-ménage qui s'amorce dans la santé. Des compressions de plus d'un milliard \$ sont imposées au réseau entre 1995-1998. On entre de plain-pied dans les virages : virage ambulatoire, virage milieu et désinstitutionnalisation en santé mentale et en déficience physique ou intellectuelle.

1996

Le premier août, entre en vigueur un nouveau régime d'assurance-médicaments⁴ pour les personnes âgées et les personnes assistées sociales qui doivent, dorénavant, contribuer financièrement pour obtenir leurs médicaments.

Le Sommet sur l'économie et l'emploi a lieu. Le déficit zéro devient le principal objectif gouvernemental.

1997

Le nouveau régime d'assurance-médicaments s'applique à toutes les personnes vivant au Québec. L'entrée en vigueur de la loi 33 sonne le glas de la circulaire Malade sur pied, programme qui permet aux personnes atteintes de certaines maladies chroniques d'avoir accès gratuitement aux thérapies médicamenteuses par le truchement des hôpitaux québécois.

Un programme favorisant le départ à la retraite des employés-es du réseau public est mis sur pied. 35 000 personnes s'en prévalent dont la moitié dans le seul secteur de la santé.

1998

Malgré les engagements formels du ministre Rochon, d'octobre 1997, de mettre fin aux compressions dans le réseau de la santé et des services sociaux, ces dernières continuent. 158 millions \$ en 1998-1999 au Québec.

Avec l'adoption du projet de loi 404,

- le gouvernement québécois abolit les assemblées régionales. C'était en quelque sorte l'assemblée générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux. Dorénavant, seuls les membres du conseil d'administration de la Régie ont voix au chapitre,
- et il révisé fondamentalement le mandat des CLSC. Dorénavant ceux-ci ne sont plus responsables de la dispensation des services à la population mais de la coordination de ceux-ci.

Le premier avril 1998, le ministre Rochon annonce la création du Groupe de travail sur la complémentarité du privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé. Plusieurs

³ Regroupements provinciaux d'organismes communautaire et Tables régionales d'organismes communautaires. *Du virage ambulatoire au virage social*, septembre 1991, p 12.

⁴ Assemblée nationale. *Projet de loi 33, Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, Sanctionnée le 20 juin 1996, Éditeur officiel du Québec, 1996.

membres du Groupe de travail appartiennent à des compagnies privées qui ont tout intérêt à ce que le gouvernement ouvre davantage les portes au secteur privé⁵.

Un comité interministériel est mis sur pied pour soutenir le Secrétariat à l'action communautaire autonome dans le cadre des travaux requis par l'élaboration d'une politique de reconnaissance et de financement de l'action communautaire autonome.

1999

Le Groupe Arpin dépose son rapport. Ce rapport constituera une première au Québec depuis 1960 en préconisant une plus grande place au privé dans la prestation de soins et de services directs à la population. En fait, le Groupe Arpin propose :

- une amélioration du parc technologique;
- la mise en place de cliniques affiliées appartenant à des intérêts privés pour les chirurgies d'un jour et les chirurgies mineures (la copie carbone des hôpitaux privés albertains)
- de nouer une nouvelle complémentarité public/privé pour les soins à domicile et l'hébergement des personnes âgées ;
- de soutenir la prise en charge du milieu par des organismes communautaires et des partenaires sans but lucratif;
- de favoriser le partenariat privé.

C'est la formation de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Cette même année, l'Organisation mondiale de la santé affirme dans son rapport annuel que «les améliorations de la santé ont contribué par le passé à accélérer le développement humain et qu'il en sera ainsi dans l'avenir. Les dépenses de santé seraient donc des investissements voire même un facteur déterminant de la croissance économique⁶

Le Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments est rendu public. Les auteurs sous la présidence Mme Robyn Tamblyn⁷ estiment que ce régime inéquitable a provoqué près de 13000 visites évitables à l'urgence, 16000 visites médicale de plus et 4000 événements indésirables reliées à une baisse de consommation des médicaments.

2000

Le gouvernement québécois adopte la Loi sur l'équilibre budgétaire (loi 107) qui interdit formellement aux établissements du réseau de cumuler les déficits. C'est donc dire que toute compression ou toute augmentation qui ne couvre pas entièrement l'augmentation du coût de la vie doit se traduire par une réduction des services à la population. Même si cette loi a été décriée par le Protecteur du citoyen, les interventions de Me Jacoby sont restées lettre morte⁸.

5 Pour plus d'informations, voir Noël, André, La Presse, Le Rapport Arpin sert des intérêts particuliers dit la FTQ, 25 septembre 1999.

6 Bloom, David, Canning, David, Revue Science, 19 février 2000.

7 Tamblyn, Robyn et al. Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments, Résumé, Rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 1999.

8 Bureau du protecteur du citoyen, Communiqué de presse, «Selon Me Daniel Jacoby, les principes d'accessibilité, de continuité, de gratuité et d'universalité des services de santé et des services sociaux sont compromis et réduits», 17 octobre 2000.

Sans faire un rapport détaillé de l'ensemble des recommandations de la Commission, soulignons néanmoins les propositions centrales.

- Le Rapport de la Commission Clair recommande notamment de «moderniser» la Loi canadienne de la santé.
- Le seul droit fondamental reconnu par la Commission est «le droit fondamental de se procurer ici ou ailleurs des services non couverts 9 réduisant ainsi les services sociaux et de santé à de simples commodités au lieu de services d'intérêts publics pour lesquels des profits seraient amoraux¹⁰.
- Elle propose de confier les services médicaux à des Groupes de médecine familiale (même si les cabinets appartiennent au secteur privé), renonçant ainsi à faire des CLSC la principale porte d'entrée du réseau.
- Pour la production et la gestion des services, la Commission considère que la participation du communautaire et du secteur privé, avec ou sans but lucratif, est à réexaminer sous l'angle du complément (p.172) Pour y arriver, elle propose que le Québec se dote d'une politique cadre de partenariat en matière de santé et de services sociaux notamment avec le secteur privé et le tiers secteur (p173).
- La Commission propose de faire une révision constante du panier de services assurés après avoir pris soin de préciser que le leitmotiv de la Commission est «choisir» puisque nos ressources sont limitées.
- En proposant de reconnaître des cliniques affiliées c'est-à-dire des cabinets ou des cliniques de médecins spécialistes affiliés à un centre hospitalier et qui en deviendront le prolongement fonctionnel (p.85) la Commission achète, sans le dire ouvertement, le concept d'hôpitaux privés mis de l'avant par le Groupe Arpin.
- Enfin, la Commission met de l'avant le dossier patient informatisé et elle souhaite que cela se fasse en partenariat avec le secteur privé (p.183).

Une commission parlementaire permet de faire l'évaluation du régime d'assurance-médicaments instauré en 1996. Deux grandes recommandations émanent des groupes entendus : l'adoption d'une politique d'achat au plus bas prix des médicaments par le Québec (proposition qui sera rejetée dans les jours suivants) et l'engagement ministériel de procéder à une étude de faisabilité sur un régime d'assurance-médicaments entièrement public.

Le 20 décembre 2000, le Comité pour la révision du Cadre de référence sur les services à domicile remet son rapport au gouvernement Pour une politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches. Le Comité soutient que "les services de soutien à domicile font partie intégrante des services de santé et des services sociaux dont ils forment une composante essentielle"et reconnaît que le cadre de référence adopté par le ministère en 1994 stipule que tous les services sont gratuits, publics et disponibles¹¹.

9 Gouvernement du Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Les solutions émergentes, Rapport et recommandations, 2000, p. 165.

10 Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, Actualité, vol 12 mars 2001, Clair un rapport attendu, dossier spécial p 7.

11 Noël, André, La Presse, Financement des soins à domicile, Québec fait piètre figure, 30 avril 2001.

2001

Les premiers contrats de performance sont imposés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

La politique de l'action communautaire «Le milieu communautaire, un acteur essentiel au développement du Québec est rendue publique le 2 mars. Dans cette politique, le gouvernement reconnaît que sa contribution au financement de base des organismes communautaires est «complémentaire à la contribution de la communauté». Un chapitre entier de la politique est consacré au soutien financier des services complémentaires aux services publics avec toutes les modalités se rattachant à des telles ententes notamment celles de transmettre les données concernant l'usager.

Le gouvernement confie à Claude Montmarquette, le mandat de présider un groupe de travail dont le mandat est de revoir l'ensemble des régimes d'assurance-médicaments tant privés que publics pour «trouver un nouvel équilibre entre le fardeau supporté par l'un et par l'autre». A peine nommé, M. Montmarquette déclarera «je n'ai jamais caché entre en général contre les interventions gouvernementales»¹².

2002

Le Groupe Montmarquette remet son rapport. L'hypothèse d'un régime d'assurance-médicaments public a été rejetée a priori et n'a donc pas fait l'objet d'une étude sérieuse. Selon La Presse, «la sous-ministre adjointe était venue prévenir les membres du comité que cette option d'un régime totalement public n'intéressait pas du tout le gouvernement»¹³.

La politique des services à domicile n'a jamais été rendue publique. le 1,1 millions de personnes qui ont des incapacités au Québec attendent toujours.

Le gouvernement québécois dépose un avant-projet de loi sur le projet de **Carte Accès Santé au Québec** (carte à puce devant contenir les informations de nature médicale et sociale). Même si le ministère affirme qu'il poursuit essentiellement des finalités cliniques avec l'instauration de la carte, le mémoire ministériel précise «la capacité d'évolution lui (RAMQ) permettra de gérer de (...) nouvelles modulations de services pouvant inclure une complémentarité entre les partenaires publics /privés¹⁴.

En juin 2002, le gouvernement québécois adopte **la loi 98** qui fera en sorte que les primes du régime d'assurance médicaments soient automatiquement indexées pour faire face à une croissance débridée des coûts mais aucune mesure énergique n'est mise en place pour contrôler la hausse du coût des médicaments.

En juillet 2002, le gouvernement québécois adopte une loi spéciale qui oblige les médecins à offrir les services d'urgence dans les hôpitaux et annonce qu'il compte revoir le statut d'entrepreneur privé des médecins.

12 Lessard, Denis, La Presse, Montmarquette, un économiste qui se méfie de l'État, 22 février 2001.

13 Lessard, Denis, La Presse, Le comité sur l'assurance-médicaments envisage une simplification du régime. 24 novembre 2001.

14 Trudel, Rémy, L'implantation de la Carte accès santé à microprocesseur et la contribution de la Régie de l'assurance-maladie à la modernisation du système de santé et de services sociaux, Mémoire au Conseil des ministres, Gouvernement du Québec, avril 2001, p. 11.

2003

Décembre 2003 sous le bâillon.

Adoption de la Loi 7 : Le gouvernement précise par cette loi que les personnes à l'emploi des ressources intermédiaires ou des ressources de type familial sont réputées ne pas être à l'emploi d'un établissement public même si les personnes hébergées dans ces ressources demeurent sous la responsabilité clinique des établissements.

Adoption de la Loi 25 : Le gouvernement force la fusion des établissements. Les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux non-universitaires sont tenus de former les réseaux locaux ce qui deviendra plus tard les Centres de services de santé et de services sociaux. Plus de 1500 groupes et associations demanderont le retrait de ce projet de loi. Malgré cela, le ministre Couillard affirmera que le projet de loi a fait l'objet d'un consensus.

Adoption de la Loi 30, qui reconfigure complètement la représentation syndicale du réseau de la santé et des services sociaux. Les nouvelles unités de négociation sont le personnel infirmier, le personnel d'entretien, le personnel administratif et les techniciens et professionnels de la santé. Ce qui ouvre la porte à la sous-traitance et l'impartition de plusieurs services sans «désorganiser» la nouvelle représentation syndicale.

Adoption de la Loi 31 : qui modifie considérablement la portée de l'article 45 du Code du travail. « ... annulant la transmission de droits et d'obligations lors de concessions partielles d'entreprises (fonctions ou droit d'exploitation) qui n'entraînent pas la plupart des autres éléments caractéristiques de la partie d'entreprise concernée. »

2004

Adoption de la Loi 61 : Loi sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec. Par cette loi, le gouvernement annonce son intention de mettre de l'avant des projets de PPP principalement pour le renouvellement des infrastructures publiques. On sait déjà que le parc immobilier du réseau de la santé est en mauvais état et que deux projets d'hôpitaux universitaires sont sur la table à dessin.

2005

Jugement de la Cour Suprême dans la cause Chaoulli. Le gouvernement a un an pour répondre au jugement. Grosso modo, par ce jugement, la Cour Suprême affirme que les délais d'attente pour des chirurgies représentent une menace pour l'intégrité des personnes et somme Québec de mettre en place des mesures pour réduire ces délais.

Adoption de la Loi 33 : Le gouvernement créé un poste de Commissaire à la santé et du bien-être. Ce faisant, il abolit le Conseil de la santé et du bien-être gagné de haute lutte en 1992 pour forcer le ministère à prendre en compte les facteurs sociaux qui influent sur l'état de santé des populations. Le Commissaire aura notamment le mandat d'appréciation du réseau de la santé et des services sociaux.

Adoption de la Loi 83 : C'est par cette loi que sont créés les Centres de santé et de services sociaux. Le gouvernement redéfinit le nouveau mode d'organisation des services, modifie les définitions d'établissements, leurs mandats, leurs responsabilités, leurs liens, le processus de plainte et la transmission des renseignements personnels. Les groupes sociaux présentant des mémoires en commission parlementaire obtiennent que les renseignements personnels ne soient accessibles qu'avec le consentement explicite des citoyens.

2006

Adoption de la loi 33 : Cette loi instaure un mécanisme central de gestion de l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés (...) création d'un régime juridique d'exercice d'activités médicales dans des centres médicaux spécialisés pour effectuer les chirurgies spécifiquement mentionnées à la loi de même que tout autre traitement médical spécialisé que pourra déterminer le ministre par règlement. (...) modifie la Loi sur l'assurance maladie afin de pouvoir conclure un contrat d'assurance couvrant le coût des services assurés requis pour effectuer les chirurgies spécifiquement mentionnées à la loi ou les autres traitements déterminés par règlement du gouvernement . »

En d'autres termes, des contrats peuvent être signés avec des cliniques privées pour des chirurgies pour lesquelles les listes d'attente dépassent les délais médicalement requis. Chose étonnante, il n'y a aucun réinvestissement majeur dans le système public pour réduire les listes d'attentes.

Au moment de l'adoption de la Loi 33, trois chirurgies sont précisément nommées et elles pourront être réalisées par le privé mais payées par le public : chirurgie du genou, de la hanche et des cataractes. Au moment d'écrire ces lignes, le règlement préparé par Québec (et qui n'a pas encore été rendu public) prévoit d'ajouter plus d'une cinquantaine de chirurgies à cette liste.

2007

Adoption de la Politique du médicament . Le gouvernement abolit l'entente avec les pharmaceutiques qui gelait les prix des médicaments alors que les coûts des régimes d'assurance-médicaments ont augmenté de 10 à 15 % par année depuis 1996. Il accorde la gratuité aux assistés sociaux et aux personnes âgées qui reçoivent au moins 94 % du Supplément du Revenu Garanti.

La création du comité Castonguay par la ministre des Finances lors du budget 2007.

Le gouvernement annonce la **réduction du nombre de lits dans les CHSLD** alors qu'il tient lui-même un discours apocalyptique sur le vieillissement de la population québécoise.

Novembre 2007 : se tient à St-Sauveur un «**Davos de la santé**». Des représentants d'entreprises et des représentants gouvernementaux de différents pays se réunissent à huis clos et à l'insu de la population pour décider de l'avenir des systèmes de santé. Le gouvernement québécois a, en partie, financé ce Davos de la santé.

2008

Dépôt du rapport Castonguay :

Les principales recommandations du rapport :

- ✓ Accélérer le développement des cliniques privées de santé;
- ✓ Financer de manière universelle les soins médicaux et infirmiers à domicile mais accorder des services à domicile seulement aux plus pauvres;
- ✓ Confier au secteur privé la gestion des hôpitaux;
- ✓ Inciter les agences régionales et les CSSS à acheter de plus en plus de services dans le privé et dans les groupes communautaires.
- ✓ Permettre aux cliniques médicales privées d'imposer une cotisation annuelle de 100 \$ pour avoir accès à un médecin de famille.
- ✓ Permettre aux médecins de pratiquer dans le public et le privé en même temps.
- ✓ Autoriser le recours à l'assurance privée pour plusieurs chirurgies déjà offertes dans le public (ce qu'on appelle l'assurance duplicative);
- ✓ Augmenter la taxe de vente d'un demi-point pour financer la santé;
- ✓ Imposer à tous les patients, sauf les plus démunis, une franchise annuelle à payer en fonction du nombre de visites faites durant l'année précédente (une taxe à la consultation médicale).

Il n'est pas nécessaire de lire entre les lignes pour constater que le rapport Castonguay c'est la «consécration de l'implication du privé dans la prestation des soins»¹⁵. Ce ne sont pas les groupes sociaux et syndicaux qui le disent mais Normand Laurin, le président directeur général du Groupe Servir +, groupe qui se présente comme le plus grand réseau privé de soins au Québec.

Même si les médias ont affirmé que le gouvernement a rejeté le rapport Castonguay, rien n'est moins évident. Si les ministres libéraux refusent de récupérer une partie de la TPS ou d'imposer une franchise annuelle, on pourrait voir dans les prochaines années, la gestion des hôpitaux confiés au privé, le droit des médecins de pratiquer à la fois dans le système public et le système privé, l'accélération du déploiement des cliniques privées., etc.

Dépôt de la **Loi 70** : Le gouvernement remet en question la notion de consentement explicite des citoyens. Il prévoit l'informatisation des dossiers médicaux et un consentement implicite et illimité.

Dépôt d'un projet de loi au fédéral, **la loi C-51** qui permettrait la publicité sur les médicaments d'ordonnance. Pourtant, lors d'une consultation pan-canadienne en 2004, tous les groupes présents, sauf les représentants de l'industrie pharmaceutique, s'étaient prononcés contre une telle

¹⁵ Servir +, Le plus grand réseau privé de soins de santé.... Réagit favorablement à l'ensemble des recommandations du rapport Castonguay, 20 février 2008.

publicité en se basant sur les données américaines qui démontrent que la publicité a fait exploser les ventes de médicaments.

NB. Veuillez noter qu'une mise à jour du document sera mise en ligne dès que celle-ci sera complétée. Merci de votre compréhension.