



La politique du médicament

Infection aux préjugés

Mémoire du Collectif pour un Québec sans pauvreté
à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec
dans le cadre de la consultation publique sur la Politique du médicament
déposée par le ministre de la Santé du Québec

11 février 2005

Le ministre de la Santé, Philippe Couillard, a publié jeudi le 16 décembre 2004 ses propositions pour la politique du médicament qui fait l'objet des présentes consultations. La politique était attendue. Son contenu montre qu'elle est infectée du mal qui court : un grave préjugé envers les personnes assistées sociales jugées sans contraintes sévères à l'emploi qui empêche de leur redonner tel que promis l'accès gratuit aux médicaments qui leur sont prescrits, un accès perdu avec l'instauration de l'assurance-médicaments. Ces personnes sont encore une fois injustement traitées en raison de cette infection contagieuse qui leur porte préjudice depuis plusieurs années. Le présent mémoire cible ce problème particulier et propose un traitement approprié à ce nouveau cas de préjugite aiguë.

Le Collectif pour un Québec sans pauvreté recommande de soigner le mal à la racine en appliquant l'esprit et la lettre de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion*. La première chose à faire est de rétablir l'accès gratuit aux médicaments qui leur sont prescrits pour l'ensemble des personnes à l'aide sociale tout comme pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti. La deuxième chose à faire est d'établir cet accès gratuit pour l'ensemble des personnes ayant un revenu annuel de moins de 12 000\$. La troisième chose à faire est de concevoir un régime d'assurance-médicaments public et universel financé par et pour l'ensemble de la population, qui couvrira complètement les personnes à faible revenu. Pour soigner l'infection, le ministre est invité à reconnaître le diagnostic, à fréquenter des personnes en situation de pauvreté et à tenter de vivre un mois avec 537\$ pour voir s'il comprend mieux le problème. Le Collectif est à sa disposition pour en discuter avec lui. Disons-le, les préjugés ça se soigne.

**Tu entres à l'aide sociale apte,
tu en ressors inapte.**

Monique Toutant, Québec

Plan du document



Page titre et résumé

Plan du document

Mémoire

Les faits

Le choix de mépriser les deux tiers des personnes assistées sociales

Un double message qui rend fou

Ce n'est pas une question de coûts

Reboussole la boussole

Recommandations

Complément 1. Pourquoi rétablir la gratuité des médicaments pour l'ensemble des personnes à l'aide sociale tout comme pour les personnes âgées qui reçoivent le supplément de revenu garanti

Complément 2. Questions clés sur la santé, la pauvreté et les inégalités

Le Collectif pour un Québec sans pauvreté

Mémoire

Les faits

Voici les faits. Jean Charest et son parti se sont engagés avant et pendant les dernières élections, dans plusieurs écrits, dont le programme du parti, à rétablir la gratuité des médicaments prescrits pour l'ensemble des personnes assistées sociales et pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti¹. Ils ont même proposé à l'Assemblée nationale d'inclure cette mesure dans la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* quelques jours avant que celle-ci ne soit adoptée en décembre 2002.

Depuis l'élection, lorsqu'il y a eu des hausses de tarifs, ils ont simplement maintenu sans l'augmenter le montant de franchise et de coassurance de 16,67\$ par mois fixé pour ces deux groupes de personnes. Dans le document de consultation sur la politique du médicament, le ministre de la Santé et des services sociaux propose effectivement le rétablissement de la gratuité des médicaments pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti, mais il remet à plus tard, soi-disant en fonction des disponibilités financières qui se dégageraient des autres mesures, l'accès à la gratuité des médicaments pour les autres groupes de personnes à faible revenu.

Le choix de mépriser les deux tiers des personnes assistées sociales

L'annonce du 16 décembre montre à quel point un préjugé peut conduire au mépris des droits, de la logique et des personnes. Il est très bien que le ministre désire rétablir la gratuité pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti. C'est un groupe de personnes dont le revenu est bas, autour de 12 000\$ par année. C'était d'ailleurs demandé par le milieu. Il est très grave de remettre à plus tard, sans s'engager et de façon conditionnelle, le rétablissement de cette gratuité pour des personnes qui ont un revenu deux fois plus bas et d'agir ainsi parce que ce sont des personnes assistées sociales jugées sans contraintes sévères à l'emploi. On parle ici des deux tiers des personnes assistées sociales. C'est de la pure discrimination fondée sur la condition sociale, au mépris du principe même de l'égalité en droits.

C'est une discrimination qui se répète dans les décisions gouvernementales au point d'être devenue prévisible. Qui punit-on, appauvrit-on, isole-t-on systématiquement comme des parias dans le plan d'action sur la pauvreté, dans le projet de loi 57 sur l'aide sociale, dans les modifications récentes au règlement de l'aide sociale ? Des personnes à propos de qui d'autres jugent arbitrairement que si elles sont à l'aide sociale alors qu'on estime qu'elles pourraient travailler, elles doivent en porter la responsabilité. On décide alors de se permettre de les «inciter» à l'emploi, positivement ou négativement. On le fait en fermant les yeux sur le fait qu'une fraction importante d'entre elles ont des revenus de travail, mais tellement faibles qu'elles ont quand même accès à l'aide sociale. On le fait sans reconnaître tous les facteurs qui précipitent des personnes, voire des communautés, vers l'aide sociale. On le fait sans dire qu'on intervient ainsi dans l'économie, mais en faveur de ceux et celles qui profitent du fort taux d'emplois mal payés qui prévaut au Canada comme aux États-Unis. C'est ainsi qu'on s'autorise à établir des règles pour unE autre personne qu'il nous arrange de soupçonner au lieu de s'imposer de choisir les règles avec lesquelles on voudrait, soi, être traitéE.

¹ Cet accès gratuit, qui existait auparavant pour ces deux groupes de personnes, a été perdu avec l'instauration de l'assurance-médicaments. Dans les mois qui ont suivi le début de ce régime, il a été réinstauré seulement pour les personnes assistées sociales à qui on reconnaît des contraintes sévères à l'emploi, soit le tiers environ des personnes à l'aide sociale.

Et puis qu'est-ce que l'incitation à l'emploi a à voir avec une politique qui concerne la santé ?

Un double message qui rend fou

Regardons bien le message qui est envoyé aux personnes assistées sociales ainsi jugées aptes au travail : «Vous recevez 533\$ par mois en 2004. Le ministre de l'aide sociale va dévaluer votre prestation en janvier 2005 en ne l'indexant qu'à moitié, ce qui fait que vous allez perdre du pouvoir d'achat. Cela va augmenter les risques sur votre santé. Ensuite le ministre de la santé vous dit que vous êtes en bas de la liste pour retrouver un accès aux médicaments prescrits que vous aviez et que vous avez perdu en 1997 avec l'instauration de l'assurance médicaments.»

La prestation de base à l'aide sociale ne suffit pas à se loger, se nourrir et se vêtir. Elle n'est par ailleurs pas calculée pour inclure cet autre besoin fondamental : se soigner. Ce besoin était pris en compte dans le passé par un accès gratuit aux médicaments prescrits. Et la prestation n'a pas été réajustée pour le faire une fois que cet accès a été perdu.

À 537\$ par mois, une personne atteint le zéro dollar de liquidités quelque part dans le cours du mois². Si elle devient malade et qu'un médecin juge qu'elle a besoin de médicaments alors qu'elle n'a plus rien, quels sont ses choix ? Emprunter, attendre au début du mois suivant ou ne rien faire. Dans tous les cas, le coût pour la santé de la personne comme pour la santé publique augmente. L'efficacité du traitement est menacée et la personne est placée devant un double message : votre médecin vous dit que vous avez besoin de médicaments, mais son ministre vous dit que vous n'y aurez pas accès.

Rappelons par ailleurs que ce ne sont pas les personnes qui fabriquent les prescriptions, mais bien leurs médecins, dont on vient ici neutraliser l'acte professionnel.

Ce n'est pas une question de coûts

Il y a deux ans, Jean Charest et son parti étaient prêts au rétablissement de l'accès gratuit aux médicaments prescrits pour les deux groupes mentionnés. Il n'y a aucun argument qui puisse justifier d'attendre. Le degré de priorité d'une telle mesure est très élevé, puisqu'il s'agit carrément de donner accès aux médicaments nécessaires aux 260 000 personnes les plus pauvres au Québec. La somme en cause pour le faire à l'aide sociale est 17 M\$, une goutte dans l'océan des dépenses de santé au Québec. C'est une somme fixe, qui n'a donc rien à voir avec ce qui cause l'inflation des coûts de santé. Bien au contraire, ne pas le faire, c'est fabriquer la mauvaise santé et provoquer des coûts de santé plus élevés. Les problèmes non soignés reviendront, souvent en urgence, avec une gravité accrue.

La pauvreté est le premier déterminant de la mauvaise santé au Québec. Mais on préfère rendre les gens malades et aider ensuite l'industrie pharmaceutique à faire des profits en faisant mine de les soigner.

Il y a mille endroits dans le système de santé où on dépense plus de 17 M\$ pour des usages moins prioritaires, sans compter tous les avantages et retours d'ascenseurs que l'industrie pharmaceutique distribue, bien plus haut dans l'échelle sociale, aux médecins et aux pharmaciens. Dire sérieusement dans une politique du médicament qu'il faudra attendre les économies réalisées par celle-ci pour réinstaller les personnes assistées sociales dans un droit aussi élémentaire devient un exploit de bouffonnerie.

Et de gaspillage.

² Lors d'une simulation à l'Assemblée nationale du Québec, le 10 novembre 2004, 29 parlementaires des deux côtés de la Chambre ont estimé que, misES dans une telle situation, ils et elles atteindraient ce zéro fatidique entre le 4 et le 14 du mois.

Reboussole la boussole

L'annonce du ministre de la Santé aura au moins eu le mérite de démontrer la sévérité de l'infection aux préjugés qui est en cause ici. Les préjugés rendent fou. Ils protègent les inégalités et effacent les droits. Cette infection est devenue en quelques mois un des plus graves problèmes de santé publique au Québec, un bogue qui empêche de mener une lutte sensée contre la pauvreté pour la transformer plutôt en acharnement contre les pauvres.

Un «débogage» de premier ordre s'impose.

Tout le monde comprendra qu'une société qui rétablit l'accès aux médicaments pour des personnes qui ont un revenu de 12 000\$ devrait en conséquence le faire pour des personnes qui ont un revenu de 6 000\$. C'est ce qu'on appelle l'équité verticale. Il faut une boussole bien déboussolée pour en venir à faire accroc à un tel principe. Et un aimant très puissant pour la déboussoler ainsi. Une boussole affolée affole... ou perd sa crédibilité.

Il y a dans cet enjeu du rétablissement de la gratuité des médicaments à l'aide sociale non pas matière à consultation, mais à décision pour avant-hier. Il serait impensable de voir le prochain budget du Québec passer à côté. Il y a là motif à un solide cas de conscience notamment pour les professionnels de la santé qui sont à même d'attester les dégâts et les situations de mauvaise gestion résultant par ce préjugé. Quelle priorité budgétaire pourrait dépasser l'élémentaire 17 M\$ en cause ici pour donner aux personnes les plus pauvres de cette société une garantie d'accès au contenu de la prescription que leur fait leur médecin, par ailleurs payé pour le faire, ou encore le 14 M\$ qui était nécessaire pour garder aux prestations leur pouvoir d'achat en janvier par une indexation complète ?

Recommandations

Là où, dans un mémoire, on fait des recommandations, rappelons qu'il n'y a pas de paix sans justice et pas de justice sans reconnaissance de notre commune humanité.

Nos recommandations sont les suivantes :

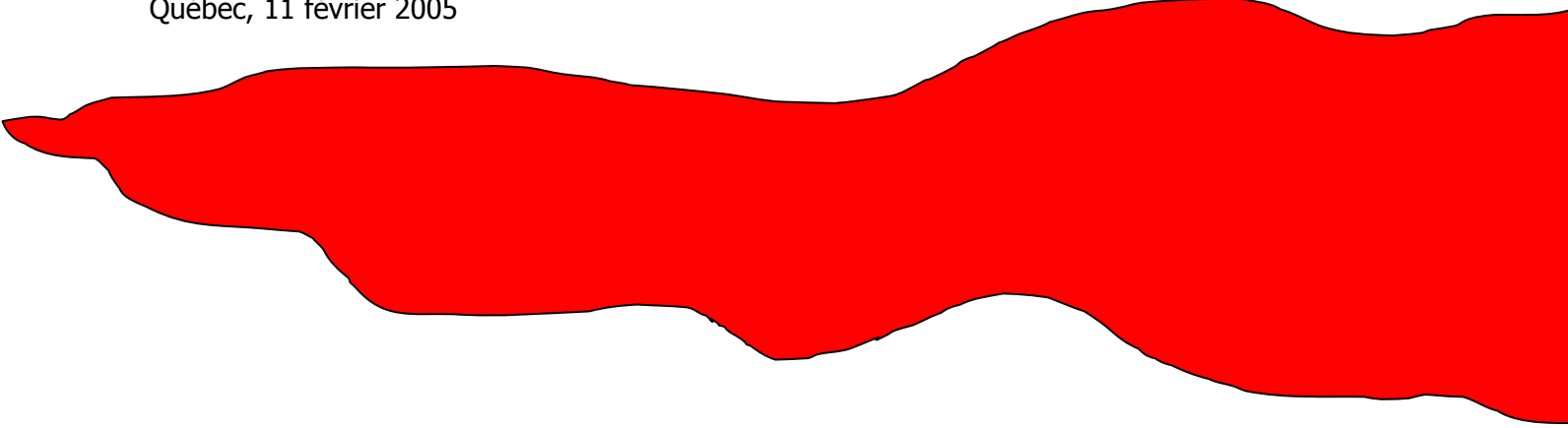
1. Rétablir immédiatement l'accès gratuit aux médicaments pour toutes les personnes à l'aide sociale (17 M\$) tout comme pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti (7 M\$).
2. Établir dans le budget du Québec 2005-2006 l'accès gratuit aux médicaments prescrits pour toutes les personnes qui ont un revenu annuel de moins de 12 000\$ (environ 70 M\$, incluant le rétablissement de cet accès pour les personnes à l'aide sociale et pour les personnes recevant le supplément de revenu garanti).
3. Instaurer une assurance-médicaments publique et universelle couvrant complètement les personnes à faible revenu.
4. Indexer immédiatement et complètement toutes les prestations d'aide sociale rétroactivement au 1^{er} janvier 2005 (14 M\$) et annuler les coupures (44 M\$) liées aux modifications au règlement également en vigueur depuis cette date.
5. S'assurer que toutes les protections sociales de base couvrent les besoins essentiels de sorte que le besoin de médicaments ne puisse être le résultat du défaut de pouvoir couvrir ces besoins (500 M\$ pour au moins amener toutes les prestations d'aide sociale au niveau payé pour les personnes à qui ont reconnaît des contraintes sévères à l'emploi, le reste étant à calculer pour faire l'appoint complet et pour les autres dispositifs).

6. Financer ces mesures en réprimant les collusions médecins-pharmaciens-industrie pharmaceutique qui provoquent la hausse des coûts du système.
7. Instaurer dans les pratiques du Ministère de la Santé et des Services sociaux, incluant son ministre, une formation aux préjugés relatifs à la condition économique.
8. Appliquer l'article 20 de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* et produire une étude des impacts sur les personnes en situation de pauvreté des mesures envisagées dans la politique du médicament.
9. Refuser de participer à toutes restrictions discriminatoires fondées sur un critère d'aptitude au travail quant à l'accès aux soins de santé et aux médicaments.
10. Pour le reste, nous souscrivons aux recommandations de la Coalition solidarité santé.

Ça suffit, les préjugés ! Monsieur le ministre, reboussolez votre boussole. Ne croyez pas les économistes infectés qui vous font croire que l'incitation au travail doit être invoquée sur une question de santé aussi élémentaire et soignez votre politique du médicament. En ce qui concerne les plus pauvres, elle perd le nord. Et des hommes et des femmes y perdent leur santé.

Vivian Labrie, Collectif pour un Québec sans pauvreté

Québec, 11 février 2005



Complément 1

Pourquoi rétablir la gratuité des médicaments pour l'ensemble des personnes à l'aide sociale tout comme pour celles qui reçoivent le supplément de revenu garanti ?

Les décisions à prendre

Décisions

- ✓ Rétablir immédiatement l'accès gratuit aux médicaments prescrits pour toutes les personnes à l'aide sociale, incluant les personnes jugées sans contraintes sévères à l'emploi.
- ✓ Rétablir immédiatement l'accès gratuit aux médicaments prescrits pour toutes les personnes âgées recevant au complet le supplément de revenu garanti.
- ✓ Établir dans le budget 2005-2006 l'accès gratuit aux médicaments prescrits pour toutes les personnes ayant un revenu annuel de moins de 12 000\$.
- ✓ Établir dans le cadre d'une assurance-médicaments publique et universelle un taux de cotisation progressif avec une couverture complète pour les personnes à faible revenu.

Coût

- ✓ Personnes à l'aide sociale : environ 17 M\$ (dépense non sujette à la croissance des coûts des médicaments prescrits puisqu'il s'agit d'un coût fixe)
- ✓ Personnes recevant le supplément de revenu garanti au complet : environ 7 M\$ (dépense non sujette à la croissance des coûts des médicaments prescrits puisqu'il s'agit d'un coût fixe)
- ✓ Personnes ayant un revenu annuel de moins de 12 000\$ autres que les deux premiers groupes : environ 50 M\$ (dépense non sujette à la croissance des coûts des médicaments prescrits puisqu'il s'agit d'un coût fixe)

Dix bonnes raisons pour prendre ces décisions

1. Les besoins essentiels doivent être couverts

- ✓ La mesure du panier de consommation de Statistique Canada établissait en 2003 à 11 221\$, soit 935 \$ par mois, le revenu annuel qu'il fallait à une personne seule vivant à Montréal pour couvrir ses besoins de base à l'exclusion des soins de santé et des médicaments. Le revenu de base des personnes visées est complètement utilisé pour la couverture de leurs autres besoins et il n'y suffit pas. L'obligation de payer les médicaments leur fait assumer des coûts supplémentaires alors que l'insuffisance de leurs revenus les met déjà en déficit humain.
- ✓ La réalité et les témoignages reçus montrent que beaucoup de personnes dans les situations décrites choisissent entre manger et se soigner.
- ✓ Avec un revenu de 537\$ par mois, très vite, il n'y a plus de liquidités en cours du mois pour assumer une dépense de 16,67\$. Par le cercle vicieux du déficit humain, c'est par ailleurs à ce moment que le stress physique et mental est le plus intense et donc le risque pour la santé plus grand.

2. Le revenu des personnes qui ont perdu la gratuité avec l'assurance-médicaments n'a pas été compensé par la charge supplémentaire qui leur a été imposée

- ✓ La prestation d'aide sociale est déjà insuffisante et lors de l'instauration de l'assurance-médicaments, on a imposé aux personnes qui la reçoivent des coûts supplémentaires qu'elles n'avaient pas à assumer auparavant.

3. Il y a accroc à l'équité horizontale

- ✓ Avec un même revenu tiré d'une prestation d'aide sociale «sans contraintes sévères à l'emploi», les prestataires de l'aide sociale ayant besoin de médicaments prescrits sont désavantagés par rapport aux autres alors que tous ont besoin du revenu vital qui leur est alloué.
- ✓ Pour des niveaux comparables de revenu, il serait logique d'apparier la réponse faite aux travailleurs et travailleuses à faible revenu et celle faite aux personnes recevant partiellement le supplément de revenu garanti. D'où l'intérêt d'une mesure couvrant l'ensemble des personnes ayant moins de 12 000\$ de revenu.

4. Il y a accroc à l'équité verticale

- ✓ Les personnes assistées sociales jugées aptes au travail, qui doivent payer le 16,67\$ de franchise et de coassurance, ont une prestation moindre (537\$) que les personnes jugées avec contraintes sévères à l'emploi (793\$), qui elles, bénéficient de la gratuité. C'est inéquitable.
- ✓ Pour refuser la gratuité aux prestataires sans contraintes sévères à l'emploi, on utilise entre autres l'argument de l'«équité» avec les travailleurs et travailleuses à faible revenu qui ne bénéficient pas de cette gratuité. L'argument ne tient pas parce que les prestataires d'aide sociale ont un revenu moins élevé qui, au nom de l'équité verticale, devrait en principe être mieux protégé. Quand le niveau de revenu est comparable, les travailleurs et travailleuses concernées ont nécessairement droit à l'aide sociale et auraient donc accès à la gratuité. D'ailleurs environ 30 % des prestataires jugés aptes déclarent des revenus de travail et sont donc des travailleurs et des travailleuses... très faiblement rémunérés. Il est par ailleurs louable de se préoccuper d'une couverture adéquate pour les travailleurs et travailleuses à faible revenu, d'où l'intérêt d'une mesure qui couvrirait l'ensemble des personnes ayant moins de 12 000\$ de revenu.

5. Il y a discrimination par rapport à un droit fondamental sur la base d'un jugement arbitraire quant à l'aptitude des personnes au travail

- ✓ La catégorisation selon l'aptitude au travail est dénoncée par la Commission des droits de la personne, par le Barreau du Québec et par un mouvement social très large au Québec qui s'est à nouveau manifesté dans les travaux en commission parlementaire sur le projet de loi 57 à l'automne 2004. C'est une discrimination. Il est inacceptable de fonder la décision d'accorder la gratuité ou non sur une base aussi contestée.
- ✓ On est ici devant une violation en cascade de droits indissociables : le non respect du droit au revenu décent conduit au non respect du droit à la santé.
- ✓ Les personnes jugées aptes au travail sont aussi susceptibles de tomber malades que les personnes jugées non aptes et devraient avoir droit à la même protection.
- ✓ L'argument de l'incitation au travail ne tient pas : une personne malade sera encore moins en mesure de chercher un emploi si elle ne peut se soigner.

6. La mesure de gratuité est rentable comparativement aux coûts qu'elle évite

- ✓ Elle agit en amont en prévenant des coûts humains pour la santé de la personne et de son entourage et des coûts pour le système public.
- ✓ Les études montrent qu'à ce niveau de revenu, des coûts à assumer limitent la consommation des médicaments nécessaires, devenant ainsi des déterminants de la mauvaise santé.

- ✓ Dans une échelle de priorité pour les dépenses de santé, la mesure de gratuité devrait se situer très haut. Compte tenu de ce haut niveau de priorité, la question des moyens ne peut être invoquée. Pour donner un seul exemple, le président du Conseil du médicament, M. Robert Goyer, déclarait publiquement il y a quelques mois qu'on pourrait économiser environ 60 M\$ par année au Québec si seulement les médecins prescrivaient l'IPP (Inhibiteur de pompes à protons) le moins cher plutôt que le plus cher et ce, sans réduire l'efficacité du traitement médicamenteux de ceux et celles qui en ont besoin. Il y aurait déjà là à peu près ce qu'il faut pour financer les trois premiers objectifs cités plus haut.

7. Les personnes visées sont une «clientèle captive» et il vaut mieux agir sur les responsables de la prescription pour prévenir les coûts indûs

- ✓ Ils ne s'agit pas de médicaments résultant d'une initiative personnelle, mais d'une prescription. Les personnes sont en situation classique de «clientèle captive», prises entre l'arbre et l'écorce, entre le médecin qui dit «prends ces médicaments» et la sécurité du revenu qui dit «débrouille-toi». Les coûts imposés viennent contredire le travail du médecin.
- ✓ Les vrais facteurs de coûts sont à rechercher plutôt sur la façon de prescrire les médicaments et sur les politiques de prix des médicaments tant au niveau gouvernemental qu'au niveau de l'industrie pharmaceutique.

8. La mesure est urgente et la demande des mouvements sociaux et des intervenantEs sur le terrain est sans équivoque à ce sujet

- ✓ C'est une des mesures urgentes réclamées par le Collectif depuis 2000 à toutes les occasions et à tous les budgets. Un large réseau y souscrit.
- ✓ C'est un élément de revendication de la Coalition solidarité santé.

9. La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale impose d'agir et de tenir compte des impacts

- ✓ Cette loi votée à l'unanimité en 2002 par l'Assemblée nationale du Québec impose de lutter contre les préjugés, d'agir en prévention et d'améliorer les revenus et les conditions de vie de l'ensemble des personnes en situation de pauvreté
- ✓ À son article 20, elle indique qu'un ministre doit faire état de tout impact sur les revenus des personnes en situation de pauvreté qu'il aperçoit dans une nouvelle loi ou un nouveau règlement qu'il propose.

10. L'espace politique est ouvert pour le faire

- ✓ Le parti au pouvoir s'est engagé à rétablir l'accès gratuit aux médicaments prescrits pour toutes les personnes à l'aide sociale et pour toutes les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti. Il était prêt à voter en faveur d'une telle mesure alors qu'il était dans l'opposition. Il l'a proposée à plusieurs reprises à l'automne 2002.

Complément 2

Questions clés sur la santé, la pauvreté et les inégalités

1. Les inégalités sociales dans la prétention à une vie en bonne santé

La question des inégalités liées à la condition sociale face à l'idéal d'une vie en bonne santé est une question clé de toute approche stratégique de la question de la santé. Normalement les politiques publiques devraient tendre à permettre de réaliser le droit de toute personne à accéder au niveau de bonne santé qui est possible dans sa propre société. Autant les inégalités sont constatées dans d'innombrables recherches, autant les pratiques et décisions publiques pour les réduire sont minées par l'invisibilité des mécanismes de système qui contribuent à générer ces inégalités dans la société. Autrement dit on connaît plus le problème qu'on sait ou veut le régler. Ceci alors qu'on sait que les sociétés à niveau de richesse similaire qui sont plus égalitaires sont également en meilleure santé. Cette invisibilité des dynamiques inégalitaires peut aussi avoir pour effet de faire en sorte que le système de santé contribue aux inégalités plutôt qu'à leur réduction.

2. La pauvreté comme déterminant principal de la mauvaise santé et les conséquences de ce constat pour l'action publique

«Tu entres à l'aide sociale apte, tu en ressorts inapte.» Monique Toutant

Il est par ailleurs établi que la pauvreté est un déterminant principal de la mauvaise santé, sinon le principal, non pas en raison de mauvaises habitudes supposées aux plus pauvres, mais en raison du niveau de stress qui est inversement proportionnel à la disponibilité de leur revenu pour couvrir leurs besoins. Logiquement, améliorer les revenus des plus pauvres améliorerait leur santé et diminuerait en conséquence les coûts de santé. La question qui se pose est : pourquoi n'investit-on pas là, à la racine du problème, par un meilleur système de protections sociales et par de meilleures normes du travail, plutôt qu'à la réparation, jamais adéquate, des torts causés par la pauvreté à la santé, à l'espérance de vie en santé. D'autres choix budgétaires sont possibles. Ils méritent d'être considérés.

3. La couverture des besoins essentiels et l'accès à un revenu le permettant : une condition préalable à la bonne santé individuelle et collective

À un moment où tout le monde souligne l'inflation fulgurante des coûts des médicaments, on pourrait également souligner la décroissance chronique des protections sociales destinées à couvrir les besoins essentiels des personnes. On peut donner l'exemple de l'aide sociale, où le pouvoir d'achat de la prestation de base a diminué de 30% en vingt ans alors que celle-ci ne réussissait même pas à l'époque à couvrir les besoins essentiels. On peut donner celui de l'aide financière aux étudiants où, lors du dernier budget, on a transformé en prêts une partie de l'aide donnée en bourses, désavantageant ainsi les étudiants les plus pauvres. Il faudrait 40 guignolées comme la guignolée annuelle des médias de Montréal pour remplacer le 14 M\$ qui a été retiré en janvier à la couverture des besoins vitaux des plus pauvres : une froide décision commandée par le Conseil du trésor de n'indexer qu'à demi les prestations d'aide sociale des prestataires jugés sans contraintes sévères à l'emploi. Encore une fois, on risque de rendre malades sciemment, par défaut de leur permettre de couvrir leurs besoins, des personnes qu'on devra ensuite soigner à grands coûts. Si une telle affirmation n'était pas si cynique, on pourrait considérer que le système de santé, ou du moins ses agents pour qui il est le plus lucratif, agit pour consolider sa position sur la richesse collective en générant une «clientèle» à soigner à grands coûts. Les moyens d'agir autrement sont connus. La question à explorer et expliquer est celle de l'inaction.

Dans tous les cas, il ne faut pas perdre de vue que ce sont maintenant les médecins qui confèrent à leurs concitoyens le statut d'aptitude ou inaptitude au travail qui déterminera le niveau de leur prestation d'aide sociale. Avec ou sans leur consentement, les professions de la santé en viennent ainsi à figurer parmi les principaux agents déterminateurs du revenu des plus pauvres. Qu'on accepte ou pas de faire face à ces réalités, il y a ici des boucles gênantes et certainement pas neutres entre le système de santé

et le système de protection sociale. Y a-t-il une voie de sortie en santé possible à ces systèmes enchevêtrés ?

4. L'impact des préjugés et de cadres théoriques discriminatoires dans les choix des décideurs sur l'accès aux médicaments prescrits

Dans une société fondée sur les droits, il n'est pas acceptable de formuler des politiques à partir de préjugés. C'est pourtant ce qui se produit, notamment dans le cas des médicaments prescrits, parce qu'on n'interroge pas les présupposés économiques de certains économistes à qui on confie des études préliminaires, comme c'est le cas pour le rapport Montmarquette. Dans la dernière décennie, les personnes assistées sociales sans contraintes sévères à l'emploi ont été systématiquement discriminées en leur défaveur dans les décisions politiques prises à leur égard. On ne refuserait normalement pas des soins à une personne au Québec en raison de son âge, de sa condition sociale, de son sexe ou de sa religion. On le fait systématiquement à l'égard des personnes assistées sociales en refusant de considérer que pour qu'elles restent en santé leur prestation, qui est un revenu de dernier recours, devrait leur permettre de couvrir leurs besoins. Quand ensuite elles deviennent malades, on veut par ailleurs considérer leur situation en faisant semblant qu'elles ont accès à des revenus qu'elles n'ont pas et qui sont le résultat d'une fabulation qui frise le charlatanisme sur les mérites de l'incitation à l'emploi. «Rendons ces personnes plus pauvres et plus malades pour les inciter à s'en sortir», dit-on en fait avec un insouciance indigne d'une société attentive à protéger la santé de tous ses membres.

5. L'intoxication à la richesse et l'infection aux préjugés : deux problèmes importants de santé publique

Tout d'abord vous considérez l'idéal universel de «liberté et égalité en dignité et en droits» et les pratiques qui en découlent comme étant partie prenante des caractéristiques d'une société en santé. Ensuite vous allez voir ce que vous apprenez en considérant les réflexes associés à la génération des inégalités sociales comme des pathologies sociales. Vous examinez ce que vous obtenez comme modèle en abordant la dépendance à l'argent et au confort comme vous aborderiez une quelconque toxicomanie (voir les travaux de Patrick Viveret et son rapport au gouvernement français intitulé *Reconsidérer la richesse*). De même vous regardez ce que vous apprenez en considérant la prolifération des préjugés, vecteurs des inégalités, comme vous considéreriez une infection contagieuse. Sous l'apparence d'ironie, vous découvrez que c'est tout à fait sérieux. Vous cherchez ensuite comment solutionner ces deux problèmes de santé publique.

*

Autrement dit, en cherchant quels sont, du point de vue de la lutte à la pauvreté, des enjeux stratégiques dans le domaine de la santé, on arrive constamment aux intersections entre «santé» et «argent» avec le degré d'égalité et d'inégalités comme variable. On peut être à l'aise avec l'idée que la réalisation de son aspiration à la santé comme individuE soit fonction des moyens et du degré de connaissances qui prévaut dans sa société, autrement dit que le support de la société à sa santé soit celui qu'elle est en mesure d'offrir à tout le monde, au mieux de sa capacité. La préoccupation à faire valoir est plutôt la question suivante : une société comme le Québec, qui a un budget public dans les 55 G\$, fait quels choix en matière de santé dans la perspective de jeter les bases d'une société sans pauvreté ?



Le Collectif pour un Québec sans pauvreté est à la fois un mouvement et un espace citoyen qui vise à générer de façon pluraliste et non partisane, avec les personnes en situation de pauvreté et toute personne ou organisation qui veut y contribuer, les conditions nécessaires pour établir les bases permanentes d'un Québec sans pauvreté.

Le Collectif est à l'origine, par sa propre proposition de loi sur l'élimination de la pauvreté et par la mobilisation citoyenne qui l'a accompagné, du débat public et des ouvertures politiques qui ont conduit à la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* votée à l'unanimité par l'Assemblée nationale en décembre 2002. Il est donc un interlocuteur principal en cette matière.

Le Collectif pour un Québec sans pauvreté regroupe une trentaine d'organisations québécoises, populaires, communautaires, syndicales, religieuses, féministes, étudiantes, coopératives ainsi que des collectifs régionaux dans presque toutes les régions du Québec. Son réseau d'appuis se répartit parmi plusieurs secteurs de la société civile.

Les membres nationaux du Collectif sont les suivants.

Association québécoise des banques alimentaires et des Moissons (AQBAM) • Association québécoise des organismes de coopération internationale (AQOCI) • ATD Quart-Monde • Au Bas de l'Échelle • Caisse d'économie solidaire Desjardins (Québec) (CECOSOL) • Centrale des syndicats démocratiques (CSD) • Centrale des syndicats du Québec (CSQ) • Centre de pastorale en milieu ouvrier (CPMO) • Collectif des entreprises d'insertion du Québec • Confédération des syndicats nationaux (CSN) • Confédération québécoise des coopératives d'habitation (CQCH) • Conférence religieuse canadienne (CRC) • Fédération des associations des familles monoparentales et recomposées du Québec (FAFMRQ) • Fédération des Femmes du Québec (FFQ) • Fédération des Infirmières et des Infirmiers du Québec (FIIQ) • Fédération des locataires de HLM du Québec (FLHLMQ) • Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) • Fédération étudiante collégiale du Québec (FECQ) • Fédération étudiante universitaire du Québec (FEUQ) • Front commun des personnes assistées sociales du Québec (FCPASQ) • Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU) • Ligue des Droits et Libertés • L'R des centres de Femmes du Québec • Mouvement québécois des camps familiaux (MQCF) • Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec • Regroupement des Auberges du cœur du Québec • Regroupement des cuisines collectives du Québec (RCCQ) • Regroupement des groupes populaires en alphabétisation du Québec (RGPAQ) • Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) • Regroupement québécois des intervenants et des intervenantes en action communautaire, en CLSC et en centres de santé (RQIIAC) • Syndicat de la fonction publique du Québec (SFPQ) •

Les membres régionaux du Collectif sont des regroupements formels ou informels d'organisations souscrivant aux objectifs et à la mission du Collectif.

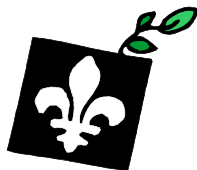
De tels collectifs régionaux sont actifs dans la plupart des régions du Québec.

Cadre de référence du Collectif

Le Collectif soutient que la pauvreté est un empêchement à l'égalité en dignité et en droits et à la réalisation effective des droits reconnus à toutes et tous. C'est sur la base de ces droits indissociables et inaliénables qu'il faut agir, avec les personnes en situation de pauvreté, qui déjà sont les premières à agir pour s'en sortir, pour changer les règles de système qui génèrent la pauvreté et l'exclusion. Il faut en venir à jeter les bases d'un Québec et d'un monde sans pauvreté, plus solidaire et plus égalitaire, ce qui doit conduire à se gouverner et à se développer en conséquence. Trois principes devraient guider l'action de l'Assemblée nationale, du gouvernement et de la société :

1. la lutte contre la pauvreté est une priorité tant qu'on ne sera pas dans un Québec sans pauvreté,
2. l'amélioration des revenus du cinquième le plus pauvre de la population prime sur l'amélioration des revenus du cinquième le plus riche,
3. les personnes en situation de pauvreté et leurs associations sont associées à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des mesures qui les concernent.

L'action de moyen et de long terme doit être accompagnée d'actions de court terme qui ont un caractère d'urgence, notamment pour tout ce qui doit réparer les déficits humains, éliminer les traitements discriminatoires relatifs à la situation de pauvreté des personnes et conduire à la couverture des besoins essentiels de toutes et tous.



Collectif pour un Québec sans pauvreté.

165 de Carillon, local 309, Québec (Québec), G1K 9E9.

Téléphone : (418) 525-0040. Télécopieur : (418) 525-0740.

Courriel : collectif@pauvrete.qc.ca. Site Internet : www.pauvrete.qc.ca