

**La réponse du gouvernement  
du Québec à l'arrêt Chaoulli :  
une garantie d'affaires pour le  
privé ?**

**Mémoire présenté à la Commission  
des affaires sociales lors de la  
Consultation générale et auditions  
publiques sur le document  
concernant les services de santé  
intitulé « Garantir l'accès : un défi  
d'équité, d'efficience et de qualité »**

**Par la Centrale des syndicats du Québec**

**Avril 2006**



Dans le secteur de la santé et des services sociaux, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente du personnel œuvrant dans les agences régionales et autres établissements du réseau. Ces membres sont regroupés au sein des trois fédérations présentant les orientations du présent mémoire.

La CSQ place au premier plan la promotion et le développement de services publics de qualité, notamment en santé et services sociaux, et la construction d'une société plus juste et équitable. C'est donc avec une préoccupation certaine envers l'avenir de notre système public de santé et de services sociaux que la CSQ prend part aux différents débats de société qui le mettent en jeu.

Orientations : Centrale des syndicats du Québec (CSQ)  
Fédération des syndicats de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux (FSPSSS-CSQ)  
Fédération du personnel de la santé et des services sociaux (FPSSS-CSQ)  
Union québécoise des infirmières et infirmiers (UQII-CSQ)

Responsable politique : Louise Chabot, vice-présidente, CSQ

Rédaction : Gabriel Danis, conseiller CSQ

Édition : Jocelyne Sylvestre, secrétaire

Révision : Louise Ouimet, secrétaire

*La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente environ 180 000 membres, dont plus de 100 000 font partie du personnel de l'éducation.*

*La CSQ compte 12 fédérations qui regroupent environ 250 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres ; s'ajoute également l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (A.R.E.Q.).*

*Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien) de même que dans les domaines de la garde éducative, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire et des communications.*

*De plus, la CSQ compte en ses rangs 69 % de femmes et 25 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>L'arrêt Chaoulli : mise en contexte.....</b>	<b>7</b>
<b>Ce que dit le jugement .....</b>	<b>7</b>
<b>Ce que ne dit pas le jugement.....</b>	<b>8</b>
<b>Un des plus mauvais jugements de l'histoire.....</b>	<b>8</b>
<b>Les listes d'attente : un concept qui reste à... définir .....</b>	<b>10</b>
<b>La situation actuelle.....</b>	<b>11</b>
<b>Le livre blanc .....</b>	<b>11</b>
<b>La garantie d'accès à l'intérieur de délais fixés pour des services déterminés ....</b>	<b>12</b>
<b>Fonctionnement de la garantie d'accès aux services.....</b>	<b>13</b>
<b>Plusieurs difficultés d'accès avant le diagnostic.....</b>	<b>14</b>
<b>La création de cliniques spécialisées affiliées (CSA) .....</b>	<b>15</b>
<b>Une solution pratique ou idéologique ?.....</b>	<b>15</b>
<b>Pourquoi pas des cliniques spécialisées publiques ?.....</b>	<b>17</b>
<b>Un type de PPP inédit .....</b>	<b>17</b>
<b>Solution urbaine.....</b>	<b>18</b>
<b>L'assurance maladie privée .....</b>	<b>18</b>
<b>Inefficacité des assurances maladie privées.....</b>	<b>19</b>
<b>Médecine à deux vitesses .....</b>	<b>20</b>
<b>Pénurie de personnel.....</b>	<b>21</b>
<b>Une réponse à l'arrêt Chaoulli ? .....</b>	<b>21</b>
<b>Consultation publique .....</b>	<b>22</b>

<b>La pérennité du financement du système de santé et de services sociaux .....</b>	<b>23</b>
<b>Le fléchissement de la courbe démographique .....</b>	<b>23</b>
<b>Le financement du système de santé et de services sociaux.....</b>	<b>24</b>
<b>La place du privé dans le secteur de la santé au Québec .....</b>	<b>25</b>
<b>Compte santé .....</b>	<b>29</b>
<b>Régime d'assurance contre la perte d'autonomie.....</b>	<b>29</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>30</b>
<b>Recommandations .....</b>	<b>31</b>

## Introduction

La Cour suprême rendait public, en juin 2005, l'arrêt Chaoulli, qui pourrait avoir des conséquences majeures sur notre système public de santé. Les appelants, Georges Zeliotis et le médecin Jacques Chaoulli, ont argumenté qu'advenant le cas de longues listes d'attente dans le système public, les Québécoises et les Québécois devraient pouvoir contracter des assurances privées pour des services médicaux et hospitaliers couverts par l'assurance maladie. Selon eux, l'interdiction d'y avoir recours est une violation du droit à la vie et à la sécurité, droit protégé par les chartes des droits et libertés québécoise et canadienne. À la suite d'une demande de sursis du gouvernement québécois, l'application de l'arrêt est suspendue jusqu'au 9 juin 2006. Afin de s'y conformer, le gouvernement a mis en place un comité interministériel chargé d'étudier différentes avenues possibles. Après plusieurs reports, le gouvernement publie finalement, le 16 février dernier, un document de consultation intitulé : *Garantir l'accès : un défi d'équité et de qualité*. Ce livre blanc présente les avenues retenues par le gouvernement Charest afin de se conformer à l'arrêt Chaoulli.

## L'arrêt Chaoulli : mise en contexte

Avant d'étudier les différents éléments du livre blanc, il est important de rappeler les grandes lignes du jugement de la Cour suprême. Alors que certains groupes d'intérêts, disant s'appuyer sur la décision de la Cour suprême du Canada, réclament la libéralisation immédiate de l'industrie de l'assurance santé et de la pratique médicale, il est d'autant plus important de clarifier la portée réelle du jugement Chaoulli. Sans contredit, plusieurs interprétations abusives, voire erronées, du jugement circulent sur la place publique<sup>1</sup>.

## Ce que dit le jugement

En fait, le jugement stipule donc que les médecins travaillant dans le secteur privé, soit environ une centaine parmi les 15 000 médecins qui œuvrent au Québec, et uniquement eux, pourront recevoir des paiements d'une compagnie d'assurances, en plus des paiements directs faits par les patients, ce qui est une pratique déjà courante.

Souvenons-nous qu'au Québec, il existe deux catégories de médecins, les participants (15 000 médecins) rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et les non-participants (100 médecins) œuvrant à l'extérieur du secteur public. Les médecins québécois peuvent choisir de servir dans le secteur privé, mais la loi les empêche de travailler à la fois dans le privé et dans le public.

---

<sup>1</sup> Marie-Claude Prémont, « Le privé dans la santé ? Après le jugement Chaoulli, les options du Québec », Colloque sur le rôle du privé dans la santé après l'Affaire Chaoulli, Institut du Nouveau Monde et le Réseau de recherche en santé des populations, UQAM, Montréal, 25 février 2006.

Fait important, la Cour prend soin de mentionner que les gouvernements conservent tous les droits et outils pour limiter et décourager un réseau parallèle et privé de santé.

## **Ce que ne dit pas le jugement**

Nulle part on ne retrouve de directives pour le développement d'un système de santé à deux vitesses. De même, le jugement n'affirme pas que l'interdiction de recourir à des assurances privées constitue, en soi, une violation des droits et libertés de la personne. Elle ne le devient que lorsque le système de santé produit des listes d'attente « déraisonnables » pour avoir accès à des soins. La Cour ne précise toutefois pas ce qui, en pratique, est considéré comme étant déraisonnable.

Depuis la publication de l'arrêt Chaoulli, le gouvernement Charest et bon nombre de partisans de la privatisation des soins de santé extrapolent la portée et la teneur de ce jugement. Certains voudraient faire croire que l'arrêt Chaoulli permet le recours à des assurances privées pour des services de médecins participants qui pratiquent au sein du régime public. Pourtant, comme le demandaient les appelants, la Cour autorise le recours aux assurances privées uniquement pour des services fournis par des médecins travaillant entièrement dans le privé. En fait, la Cour avance même que ces catégories de médecins constituent, à leurs yeux, un rempart suffisant à la levée de l'interdiction des assurances privées pour les médecins non participants. Les éliminer irait donc à l'encontre du jugement, comme nous le rappelait un groupe de juristes québécois cet automne<sup>2</sup>.

## **Un des plus mauvais jugements de l'histoire**

Le jugement fut serré : quatre des sept juges ont donné raison aux demandeurs en ce qui concerne la violation de la Charte québécoise. Ainsi, la Cour annule les articles de la Loi sur l'assurance maladie du Québec et de la Loi sur l'assurance hospitalisation qui interdisent de souscrire à une assurance privée. Les trois juges dissidents ont présenté de longs motifs expliquant avec précisions leur désaccord. Pour plusieurs juristes, la démarche des juges majoritaires, d'un point de vue strictement juridique, ne tient pas la route<sup>3</sup>.

Premièrement, il est assez remarquable que deux cours du Québec aient rejeté les prétentions de M. Chaoulli et Zeliotis tandis que la Cour suprême les accepte. Deuxièmement, alors que les listes d'attente sont au cœur de cette cause, les juges majoritaires stipulent que les appelants n'ont pas à prouver que l'assurance privée

---

<sup>2</sup> Henri Brun et collab., « Il n'y a pas d'ordre de la Cour suprême », *Le Devoir*, 17 novembre 2005, p. A7.

<sup>3</sup> François Béland, « Agora : La Cour Suprême du Canada a raté une belle occasion de se taire », *Le Devoir*, 29 juin 2005, p. B4.

permettrait de résoudre le problème des listes d'attente et évitent totalement d'examiner la possibilité que l'introduction de l'assurance privée allongerait les listes d'attente dans le secteur public. De même, les juges majoritaires

« oublient d'étudier l'impact de l'exercice des droits de quelqu'un sur les droits des autres à un accès acceptable aux soins de santé. Leur décision a pour effet de brader les droits à un accès acceptable aux soins de santé des Québécois qui utiliseront le système public de santé au profit des droits de ceux qui veulent exercer ce droit par l'achat de régimes d'assurances privées. (...) Les juges majoritaires ont une façon bien à eux, qui ne leur sied point de disposer des arguments sur l'effet de l'introduction de l'assurance privée sur le système public de santé. Il leur suffit de prononcer leur équivalente faiblesse, de légitimer le recours aux anecdotes qui soutiennent leur thèse et de mener le débat sur un terrain strictement idéologique<sup>4</sup> ».

Nul doute également que ce jugement représente une intrusion éhontée de la Cour au sein d'un débat éminemment politique et social. Les juges minoritaires affirment d'ailleurs être « incapables d'admettre qu'un tel débat soit tranché par la voie judiciaire, comme s'il s'agissait d'un simple problème de droit [...], le débat porte sur des valeurs sociales et ne relève pas du droit constitutionnel<sup>5</sup> ». De même,

« l'objectif de politique générale d'accès dans un délai raisonnable à des soins de santé raisonnables n'est pas un principe juridique de justice fondamentale. Aucun consensus dans la société n'existe au sujet du sens de cet objectif ou de la façon de l'atteindre. Les concepteurs et les gestionnaires du régime de santé éprouveront d'énormes difficultés à prévoir dans quels cas les juges décideront que ses dispositions franchiront la ligne qui sépare ce qui est raisonnable du terrain interdit de ce qui est déraisonnable<sup>6</sup> ».

Finalement, les juges minoritaires résument bien notre propos : « Confier la conception du système de santé aux tribunaux ne représente pas un choix judicieux<sup>7</sup>. »

---

<sup>4</sup> Ibid., p. B4.

<sup>5</sup> *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791.

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Ibid.

## Les listes d'attente : un concept qui reste à... définir

Au Canada et partout au monde, les systèmes de services de santé publics continuent d'être aux prises avec le problème des longs temps d'attente pour certains traitements. En fait, les délais encourus avant de recevoir des soins de santé sont un sujet de préoccupations pour tous les Canadiens. Le rapport Romanow concluait : « les longs délais d'attente est la principale et, dans bien des cas, la seule raison pour laquelle les Canadiens sont prêts à payer pour recevoir des services à l'extérieur du système public de santé<sup>8</sup>. Mais pour s'y attaquer, on devrait pouvoir prendre une mesure juste du phénomène. Or, « si la plupart des établissements et fournisseurs de services de santé établissent leurs propres listes, les pouvoirs publics ont négligé, jusqu'à ce jour, de fournir des renseignements suffisamment coordonnés ou centralisés »<sup>9</sup>. Au sein de l'arrêt Chaoulli, les juges minoritaires soulignent eux aussi le manque de données fiables pour prendre toute la mesure du phénomène.

Pour compliquer encore davantage la chose, il n'y a pas de consensus sur la définition du début de la période d'attente pour un traitement. Certains prétendent qu'elle commence lorsque le médecin achemine les patients vers un spécialiste. D'autres disent qu'elle commence lorsque le spécialiste décide qu'il faut traiter le patient. D'autres encore affirment qu'elle débute au moment où les patients sont inscrits sur les listes d'attente des hôpitaux. Puisqu'il n'y a pas de consensus, on utilise différentes méthodes pour définir les temps d'attente<sup>10</sup>. Par exemple, l'Institut Fraser se réfère au jugement des médecins à partir du moment où ceux-ci recommandent un patient à un spécialiste jusqu'au moment où le traitement est reçu<sup>11</sup>. En revanche, les analyses provinciales des données sur les temps d'attente démontrent qu'ils ne sont pas aussi longs que ne le pensent les médecins.

En outre, le concept de médicalement acceptable s'ajoute aux autres méthodologies. Celui-ci détermine le délai d'attente requis afin de ne pas compromettre l'intégrité physique de la personne. Comme la vie des patients en attente d'une chirurgie électorale (hanche, cataracte, genou) n'est pas en danger, il n'existe pas de délais médicalement acceptables pour ces chirurgies. Bref, les carences méthodologiques, tant sur le plan de la conception des indicateurs que sur celui de la disponibilité des données, complexifient l'analyse du phénomène et la recherche de solutions.

---

<sup>8</sup> Roy J. Romanow, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, p. 152.

<sup>9</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *À bas les mythes : Un système privé parallèle réduirait les temps d'attente dans le système public*, mars 2005.

<sup>10</sup> Western Canada Waiting List Project, « About WCWL », [En ligne], 2005, <http://www.wcwl.ca/about/synopsis/>

<sup>11</sup> Esmail N. and M. Walker, *Waiting your turn : Hospital waiting lists in Canada (14<sup>e</sup> édition)*, [En ligne], 2004, [<http://www.fraserinstitute.ca/shared/readmore.asp?sNav=pb&id=705>]

## La situation actuelle

Une des plus importantes promesses du gouvernement Charest visait justement à éliminer les listes d'attente comportant des délais au-delà du médicalement acceptable. Bien qu'il soit difficile d'avoir une idée précise du problème, l'opposition officielle prétend qu'on retrouvait 110 000 personnes en attente d'une intervention chirurgicale et 500 000 personnes en attente d'un médecin de famille. Parmi ceux-ci, on retrouve 41 000 personnes, en mars 2006, qui attendent pour une intervention chirurgicale en dehors des délais médicalement acceptables, alors qu'on en retrouvait 35 000 en 2003. Malgré cet échec global, certaines réussites méritent d'être soulignées et démontrent que plusieurs avenues, au sein du système public, peuvent être explorées afin de pallier le problème. La récente étude de Statistique Canada est révélatrice à cet égard<sup>12</sup>. Ainsi, on apprend que les temps d'attente médians pour les interventions chirurgicales non urgentes ont diminué de moitié au Québec, passant de presque neuf semaines en 2003 à quatre semaines en 2005.

Plusieurs juristes reprochent d'ailleurs aux juges majoritaires de ne pas avoir pris en compte l'évolution de l'environnement législatif, politique et pratique depuis le début du recours, en 1999.<sup>13</sup> Le gouvernement du Québec pourrait aussi se servir de ces faits pour ébranler la logique sur laquelle s'articule le jugement de la Cour suprême. Selon François Béland, professeur d'administration de la santé à la faculté de médecine de l'Université de Montréal : « c'est évident que le Québec pourrait faire le test et se baser sur ces progrès survenus dans les listes d'attente depuis pour arguer que le contexte a changé depuis la poursuite intentée en 1999 par M. Zélotis<sup>14</sup> ».

## Le livre blanc

Avec le dépôt du document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*<sup>15</sup>, le gouvernement du Québec soumet à une consultation parlementaire sa réponse à l'arrêt Chaoulli. Une première chose frappe à la lecture du document : le discours contradictoire du gouvernement. MM. Charest et Couillard clament haut et fort vouloir : « préserver notre système public et universel de santé et

---

<sup>12</sup> Statistique Canada, *L'accès aux services de soins de santé au Canada de janvier à juin 2005*, janvier 2006, 27 p.

<sup>13</sup> Henri Brun et collab., « Il n'y a pas d'ordre de la Cour suprême », *Le Devoir*, 17 novembre 2005, p. A7.

<sup>14</sup> Isabelle Paré, « Un mal imaginaire ? », *Le Devoir*, 4 février 2006, p. A7.

<sup>15</sup> Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux (2006), « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité – Le Québec entre dans une nouvelle ère de prestation de soins de santé : la garantie d'accès aux services médicaux spécialisés », Document de consultation, Québec, février 2006, 63 p.

de services sociaux<sup>16</sup> ». On se demande comment l'ouverture aux assurances maladie privées pour des services déjà couverts par la RAMQ participe à ces objectifs. De même, il faut faire beaucoup de gymnastique intellectuelle pour déclarer que la création de cliniques spécialisées privées permet de préserver et d'améliorer notre système de santé public.

La proposition gouvernementale est aussi paradoxale. Elle postule que l'amélioration de notre système public et universel de santé passe par l'ouverture au financement et à la production de services par le secteur privé.

« Pour asseoir la validité de sa proposition, le gouvernement devrait au minimum fournir quelques exemples de pays qui ont réussi à maintenir et améliorer leur système public et universel de santé en faisant une place plus grande au secteur privé en matière de financement et de production de services de santé. Cette logique est utilisée par un gouvernement qui se targue des immenses réductions de délais d'attente que le Québec a réalisées au cours des dernières années. Ces immenses progrès ont été réalisés à l'intérieur du système actuel de financement et non de celui qui est proposé<sup>17</sup>. »

Concrètement, le plan d'action pour réduire les délais d'attente repose sur l'introduction de trois mécanismes nouveaux : la garantie d'accès à l'intérieur de délais fixés pour des services déterminés, la création de cliniques spécialisées affiliées (CSA) et une ouverture à l'assurance privée duplicative pour certaines chirurgies électives.

## **La garantie d'accès à l'intérieur de délais fixés pour des services déterminés**

Avec la venue de garanties d'accès, le gouvernement promet que le Québec entre dans une « nouvelle ère<sup>18</sup> ». De façon plus modeste, il est tout de même permis de saluer cette volonté de s'attaquer, du moins en parole, aux problèmes des listes d'attente. Il est également intéressant de constater que le livre blanc introduit un engagement ferme, avec objectifs de résultats, de pallier le problème des listes d'attente. Le mécanisme de garantie d'accès, centré sur le patient, doit garantir l'accès aux services de santé dans des délais préétablis. Pour l'instant, les secteurs de la radio-oncologie et de la cardiologie ainsi que les chirurgies orthopédiques et ophtalmologiques (genou, hanche, cataracte) sont visés par les garanties d'accès. Cet engagement constitue le premier jalon d'un processus qui se veut évolutif.

---

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Paul Lamarche, « Que penser de la proposition gouvernementale », Colloque sur le rôle du privé dans la santé après l'Affaire Chaoulli, Institut du Nouveau Monde et le Réseau de recherche en santé des populations, UQAM, Montréal, 25 février 2006.

<sup>18</sup> Michel David, « L'approche globale », *Le Devoir*, 21 février 2006, p. A3.

Au-delà des chirurgies mentionnées, d'autres types de services hospitaliers feraient l'objet d'une garantie de services. Pour ce faire, des délais cliniquement acceptables devront être déterminés, de même qu'un système d'information pour suivre, gérer et coordonner les listes d'attente. L'élargissement de cette garantie d'accès à d'autres services permettra par le fait même l'élargissement de la couverture des assurances privées pour ces soins. En effet, le livre blanc stipule qu'un service doit faire l'objet d'une garantie d'accès au sein du secteur public avant qu'il ne puisse être couvert par l'assurance privée duplicative. L'élargissement de la couverture de l'assurance privée pourrait alors se faire par simple voie réglementaire. Il ne fait aucun doute qu'advenant le cas que le gouvernement retienne l'ouverture aux assurances privées, cette ouverture pour de nouveaux services devra être approuvée par l'Assemblée nationale plutôt que par voie réglementaire.

## Fonctionnement de la garantie d'accès aux services

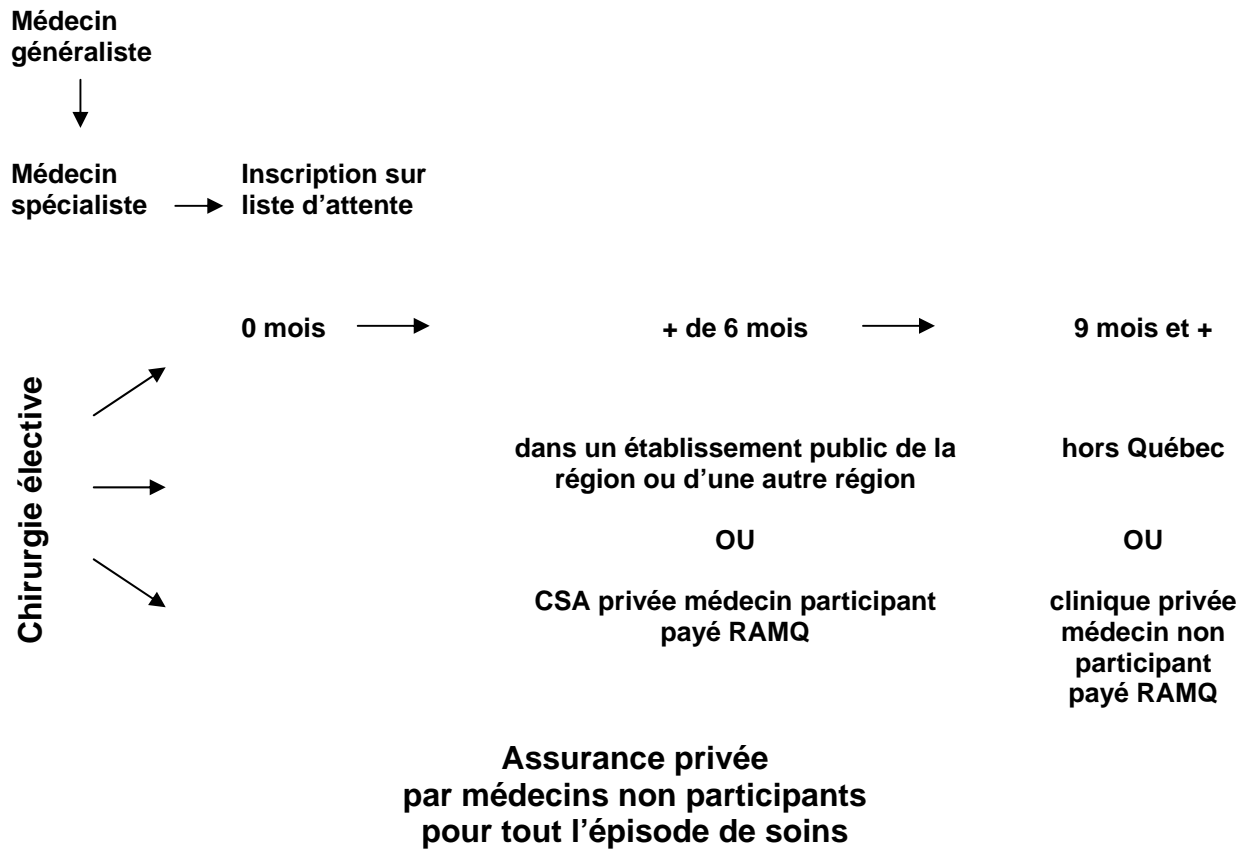
La garantie d'accès aux services s'applique à partir de l'inscription sur la liste d'attente. Dès ce moment, un délai reconnu détermine le temps d'attente maximal pour que le patient obtienne le service requis. Pour les chirurgies électives visées en orthopédie et en ophtalmologie, le délai clinique est fixé à **6 mois**. Au cours de cette période, la responsabilité de procéder à l'intervention au sein du secteur public incombe au palier local. Ensuite, **entre 6 et 9 mois**, et avec le soutien de l'agence régionale, la personne responsable du patient étudie deux possibilités : obtenir le service dans un établissement public d'une autre région ; procéder à l'achat du service dans une clinique privée spécialisée et affiliée au réseau public. **Au-delà des 9 mois** d'attente, le patient peut être dirigé vers une clinique privée (médecin non participant) ou dans un établissement hors Québec.

Une des carences majeures du livre blanc est l'absence d'indications quant aux stratégies à mettre en œuvre afin que les patients soient traités **au sein du secteur public** et **en deçà** du délai de 6 mois. Outre l'octroi de 20 millions de dollars et « l'utilisation accrue de ressources technologiques, humaines et financières »<sup>19</sup>, le document est avare d'un véritable plan de match et d'une vision d'ensemble pour le secteur public.

---

<sup>19</sup> Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux (2006), « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité – Le Québec entre dans une nouvelle ère de prestation de soins de santé : la garantie d'accès aux services médicaux spécialisés », Document de consultation, Québec, février 2006, 63 p.

## Garantie d'accès aux services



### Plusieurs difficultés d'accès avant le diagnostic

L'introduction de cette garantie d'accès occulte les véritables difficultés d'accès aux soins de santé et de services sociaux. En effet, le mécanisme n'entre en branle qu'au moment où une personne a un diagnostic et une recommandation médicale pour une chirurgie précise. Pourtant, avant de consulter un spécialiste, un patient devra consulter son médecin de famille. Plusieurs centaines de milliers de Québécois n'en ont toujours pas. Par la suite, avoir accès à un médecin spécialiste s'avère être une autre difficulté. Selon les récentes données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) concernant les remplacements du genou et de la hanche, 30 % de l'attente totale s'écoule avant le premier rendez-vous avec le chirurgien orthopédique<sup>20</sup>. Une troisième difficulté apparaît avec l'accès aux examens diagnostiques. En effet, plusieurs de ces examens ont des délais d'attente dans le secteur public. Déjà, plusieurs personnes sont invitées à se rendre à des centres radiologiques privés pour obtenir des examens

<sup>20</sup> Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, mars 2006, 82 p.

radiologiques et d'imagerie diagnostique dont la résonance magnétique et l'échographie. Pour celles qui ne bénéficient pas d'une assurance collective, ces tests sont souvent trop dispendieux pour qu'elles puissent se les procurer. Ce qui retarde d'autant plus leur diagnostic.

L'industrie privée de l'examen diagnostique est un microcosme intéressant de ce que pourrait représenter une industrie privée parallèle de la santé au Québec. L'accès y est fonction du revenu, et non du besoin. Au lieu d'investir dans le secteur public, les gouvernements ont choisi de sous-financer l'achat d'équipements de diagnostic et de subventionner, par de généreux crédits d'impôt, l'acquisition de ces appareils par les cliniques médicales privées. On sait également que plusieurs conflits d'intérêts de « médecins actionnaires » prolifèrent. Finalement, les listes d'attente du secteur public pour des examens diagnostiques n'ont pas été réduites par l'apport du secteur privé.

Par ailleurs, les garanties d'accès ne prennent pas en compte les services socialement requis. Le plan gouvernemental est centré sur une vision chirurgicale et médicale de la santé. Pourtant, les listes d'attente se retrouvent aussi dans les services à domicile, de réadaptation ou en santé mentale.

## **La création de cliniques spécialisées affiliées (CSA)**

Comme nous l'avons mentionné auparavant, au-delà des délais garantis, le gouvernement a choisi de diriger les patients vers des cliniques spécialisées affiliées. L'idée de ces cliniques origine des travaux de la commission Clair, reprise par le rapport Ménard, et constitue de véritables partenariats public-privé (PPP). De fait, ces cliniques seront financées et construites par le secteur privé, mais avec des médecins qui continueront d'être rémunérés par la RAMQ. Les services offerts dans ces cliniques seraient entièrement couverts par le gouvernement. Notons que le remboursement se ferait en fonction des coûts standards prévus à l'entente, incluant les frais d'utilisation de l'équipement. Fait important, les coûts de remboursement devront être comparables ou inférieurs à ceux du réseau public.

## **Une solution pratique ou idéologique ?**

Le moins que l'on puisse dire, c'est que cette avenue soulève davantage de questions qu'elle n'apporte de réponses. Premièrement, au chapitre des coûts, le document stipule que les coûts de remboursement devront être comparables à ceux du secteur public. La méthodologie retenue aux fins de comparaison sera critique. Avec quels indicateurs le gouvernement entend-il comparer les coûts des services de ces cliniques spécialisées ? Il ne fait aucun doute que le coût unitaire d'une chirurgie à l'hôpital sera supérieur à une chirurgie effectuée dans une clinique spécialisée, en raison des économies d'échelle résultant de la concentration d'opérations. Pour être honnête, le gouvernement devra donc comparer le coût unitaire d'une chirurgie au sein d'une

clinique spécialisée publique (ou d'un centre ambulatoire public) avec celui d'une clinique spécialisée privée.

Les expériences canadiennes nous démontrent qu'il est plus avantageux d'opter pour des cliniques publiques, notamment en raison de frais de gestion et de surveillance moindres. On se demande alors quels sont les avantages d'opter pour des cliniques privées ? De même, comment ces cliniques pourront-elles être rentables et dégager un profit pour les actionnaires sans offrir de conditions de travail inférieures au secteur public et sans utiliser la surfacturation ?

Il est également permis de se questionner sur la transparence des ententes liant les CSA au réseau public. Comment s'assurera-t-on de la qualité des services offerts ? Comment serons-nous certains qu'aucune surfacturation ne sera demandée aux usagers ? Ces coûts de surveillance ne viendront-ils pas s'ajouter à la facture ?

La création de cliniques spécialisées affiliées pourrait alimenter une confusion grandissante entre médecins participants et non participants. Ainsi, le livre blanc précise : « les cliniques spécialisées affiliées devraient fournir des services exclusivement (ou principalement) pour les besoins des établissements affiliés ». Qu'entend-on par principalement ? Est-ce que les médecins participants œuvrant au sein de ces cliniques pourraient offrir leurs services aux prestataires d'une assurance maladie duplicative ? De même, la proposition de CSA soulève plusieurs questions quant à l'étanchéité du financement des médecins. Cette étanchéité signifie qu'un médecin ne peut pas être rémunéré simultanément dans le système public et dans le système privé<sup>21</sup>. En effet, le statut de médecin non participant exclut que celui-ci soit payé par les fonds publics, au contraire de ce qui est avancé par le mécanisme de garantie d'accès.

Pour la Centrale des syndicats du Québec, à l'heure de l'intégration et de la continuité des soins, de la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des corridors de services, il est pour le moins paradoxal de créer de nouvelles entités privées satellites. Pourquoi ne pas avoir opté pour le développement de centres de chirurgies ambulatoires publics ? Comme nous le rappelait le groupe Médecins pour l'accès à la santé<sup>22</sup>, les installations du centre de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont existent depuis trois ans et pourraient accroître de 30 % la capacité opératoire, mais faute de volonté politique, le centre n'est toujours pas fonctionnel. Selon la CSQ, le gouvernement a tout avantage à investir dans le développement de ce type de centres ambulatoires publics. Affiliés aux universités, ils permettent l'enseignement de nouvelles pratiques médicales, préservent la diversité d'emploi des travailleurs de la santé et favorisent l'accès aux soins spécialisés pour l'ensemble des Québécois, qu'ils habitent en centre urbain ou en région.

---

<sup>21</sup> Paul Lamarche, op. cit.

<sup>22</sup> Presse Canadienne, « 120 médecins et universitaires contre le privé en santé », *Le Soleil*, 10 mars 2006, p. A10.

## **Pourquoi pas des cliniques spécialisées publiques ?**

Le même raisonnement s'applique pour les cliniques spécialisées affiliées. Au cours des dernières années, nous avons pris pour acquis que ces cliniques relevaient exclusivement du secteur privé. Pourtant, plusieurs exemples canadiens nous démontrent que le secteur public peut s'inspirer de ces façons de faire. Au Manitoba et en Ontario<sup>23</sup>, les autorités provinciales ont mis sur pied, à l'intérieur du secteur public, ces types de cliniques spécialisées. Ces dernières ont réussi à matérialiser les bénéfices de la concentration et de la spécialisation tout en réduisant les coûts administratifs reliés aux cliniques privées du même genre. À Montréal, l'Agence de la santé et des services sociaux a obtenu des succès tangibles en se basant sur cette démarche. Avec la concentration des chirurgies de la cataracte et des activités orthopédiques au sein de certains établissements spécialisés, il se fera 7500 chirurgies de la cataracte et 1200 arthroplasties de la hanche et du genou de plus à Montréal en 2005-2006 qu'en 2004-2005<sup>24</sup>.

## **Un type de PPP inédit**

Certains promoteurs des CSA rétorquent que les partenariats public-privé existent déjà au sein de notre système de santé, le meilleur exemple étant les cabinets privés de médecins. Pourtant, la comparaison est boiteuse. En effet, il existe plusieurs différences entre une clinique spécialisée affiliée et un cabinet de médecin. Premièrement, le niveau d'investissement requis. La clinique spécialisée requiert d'importants investissements, notamment sur le plan des équipements. Alors que le gouvernement stipule que le financement de ces cliniques sera assuré par le secteur privé, il est permis de douter qu'un éventuel financement public indirect s'installe, notamment grâce à divers crédits d'impôt et subventions. Comme nous y faisons référence précédemment, c'est exactement ce qui s'est produit avec les cliniques offrant des services de diagnostics.

Deuxièmement, contrairement aux cabinets de médecins actuels, les CSA pourraient être construites et gérées par des corporations privées à but lucratif, canadiennes ou étrangères. Encore une fois, les expériences internationales soulèvent plusieurs inquiétudes quant à l'impact de cette forme de sous-traitance sur la qualité des soins et les coûts à long terme. Cet été, les médecins britanniques, représentés par la National

---

<sup>23</sup> Ces modèles de prestation publique de chirurgies pour des patients qui ne nécessitent pas d'hospitalisation – appelés centres ambulatoires – ont prouvé ailleurs l'efficacité et la qualité de soins attendues. Le Toronto's Queensway Surgicenter, branche d'un hôpital public et plus grand centre de chirurgie ambulatoire public en Amérique du Nord, en est un exemple patent. Au Manitoba, les autorités provinciales ont acheté la clinique privée PanAm pour l'intégrer au réseau public.

<sup>24</sup> Site Web de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal : [\[http://www.santemontreal.qc.ca/fr/documentation/comm\\_complet.asp?id=273\]](http://www.santemontreal.qc.ca/fr/documentation/comm_complet.asp?id=273) (10 février 2006).

Health Service Consultants' Association (NHSCA), mettaient d'ailleurs en garde l'Association médicale canadienne (AMC) quant aux effets pervers d'une privatisation accrue de notre système de santé. Ces derniers dressent un sombre bilan :

« la privatisation a miné le système public de santé. Les coûts ont grimpé radicalement, la qualité des services est menacée et les jeunes chirurgiens manquent des occasions de formation parce qu'un grand nombre de chirurgies sont sous-traitées dans des centres de traitements privés (...) Les cliniques privées coûtent plus cher parce qu'il en coûte plus cher d'emprunter dans le secteur privé et parce que les actionnaires s'attendent à profit (...) L'augmentation des dépenses n'a produit que des retombées modestes à cause des effets négatifs de la commercialisation<sup>25</sup> ».

## Solution urbaine

Selon les dires du ministre Couillard, les cliniques spécialisées affiliées ne verraient le jour que dans quelques grands centres<sup>26</sup>. En effet, ces cliniques s'établiront là où le bassin de population leur permettra d'être rentables. Ainsi, on conçoit bien que le mécanisme gouvernemental ne constitue pas une solution viable aux listes d'attente des établissements situés en région. Pratiquement, avec la garantie d'accès, bon nombre de citoyens habitant les régions du Québec auront à se déplacer au sein de ces cliniques pour se faire soigner.

Manifestement, la création de CSA privées soulève plusieurs inquiétudes. Afin d'éviter les dérapages, il est fort à parier que les seuls coûts de surveillance et d'encadrement de ces cliniques contrecarrent les possibles économies. Présenté comme étant une solution pratique, le développement de CSA privées semble davantage répondre à des impératifs idéologiques. Décidément, le fardeau de la preuve appartient au gouvernement. Il doit nous démontrer les avantages réels de cette démarche.

## L'assurance maladie privée

En réponse à l'arrêt Chaoulli, le gouvernement permet aux Québécois de souscrire à une assurance maladie privée, de type duplicative, pour certaines chirurgies électives (genou, hanche, cataracte) d'un médecin **non participant**. Le gouvernement maintient l'étanchéité existant entre les médecins participants et les non participants, ce qui mérite d'être salué. Par contre, le document stipule que la liste des chirurgies assurables s'allongera graduellement au cours des prochaines années. Nul doute que

---

<sup>25</sup> CNW, « Les médecins britanniques mettent en garde les médecins canadiens contre la privatisation », 16 août 2005.

<sup>26</sup> Les régions de Montréal, de Québec et de Sherbrooke sont fréquemment mentionnées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard.

cette approche étapiste est inquiétante. Une fois la masse critique de chirurgies atteinte, toutes les bases seront en place pour le développement, non seulement des assurances maladie privées, mais d'une industrie privée et parallèle de la santé.

## **Inefficacité des assurances maladie privées**

L'OCDE a rendu publique, en 2004, l'étude la plus exhaustive et complète qui soit sur l'implication des assurances maladie privées au sein de 33 pays de l'OCDE<sup>27</sup>. Les conclusions de cette étude permettent la réfutation de plusieurs mythes importants.

Au chapitre des listes d'attente, l'apport des assurances maladie privées n'est pas démontré. De fait, l'OCDE critique sévèrement l'accès inéquitable à ces assurances en plus de conclure que « rien ne permet de dire que cela réduit du même coup les temps d'attente dans le secteur public<sup>28</sup> ».

Plusieurs intervenants suggèrent que le système public subit et subira d'importantes pressions financières, notamment en raison du fléchissement de la courbe démographique<sup>29</sup>. L'assurance maladie privée est alors considérée comme une source alternative ou supplémentaire de financement du système de santé. Pourtant, l'étude de l'OCDE nous suggère exactement le contraire : « Quel que soit son rôle dans le système de santé, l'assurance maladie privée a eu pour effet d'accroître la dépense totale de santé<sup>30</sup> ». En effet, la plupart des pays exercent moins de contrôle sur les activités et les prix du secteur privé que sur les régimes publics. D'autre part, les assureurs privés tendent à avoir moins de poids dans la négociation du prix et de la quantité des soins que les régimes publics, particulièrement lorsque ces derniers sont à payeur unique.

De même, l'assurance maladie privée n'a pas réussi à soulager les régimes publics d'une partie des coûts, ni à améliorer l'efficacité des systèmes de santé<sup>31</sup>. Plusieurs raisons expliquent ces phénomènes. Premièrement, afin d'attirer et de retenir les clients, les assureurs proposent un éventail de polices différentes et s'exposent ainsi à des coûts administratifs élevés. Aussi, il est tentant pour les assureurs de recourir à la sélection des risques et à diverses pratiques qui reportent les coûts sur d'autres payeurs plutôt que de rechercher une meilleure efficacité des soins pour leurs clients.

---

<sup>27</sup> L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, 2004, 264 pages.

<sup>28</sup> Ibid., p. 209.

<sup>29</sup> Rapport Ménard (2005) ; Rapport Clair (2001).

<sup>30</sup> L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Op. cit.*, p. 212.

<sup>31</sup> Ibid., p. 221.

L'exemple australien est peut-être le plus percutant. Depuis la fin des années 1990, l'État subventionne les citoyens qui contractent des assurances privées pour des services de santé donnés dans le privé. Grâce à ces subventions, 43 % de la population bénéficie désormais d'une couverture privée, comparativement à 30 % en 1998. On voulait soulager ainsi le réseau public. Or, l'effet sur les listes d'attente a été nul. La baisse des coûts d'hospitalisation a permis au trésor public d'économiser 800 millions de dollars australiens, mais la somme des subventions publiques s'élève à 2,1 milliards, pour une perte nette de 1,3 milliard. Selon le professeur François Béland, professeur en administration de la santé à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, « on a constaté que les délais dans le privé étaient de 10 jours, mais de 80 à 90 jours dans le public. Cela parce que les hôpitaux privés ne prenaient en charge que les opérations mineures, alors que les chirurgies complexes demeuraient dans le réseau public<sup>32</sup> ».

D'autre part, certains promoteurs évoquent l'idée selon laquelle les assureurs privés introduiraient une logique de concurrence entre les prestataires de soins de santé et ainsi amélioreraient la qualité des services. À ce sujet, l'étude de l'OCDE est encore une fois limpide. « L'assurance maladie privée n'a dans la plupart des pays de l'OCDE qu'un impact minime sur la qualité des soins, car les assureurs ne font généralement pas beaucoup d'efforts pour influencer sur la qualité des soins qu'ils financent<sup>33</sup> ». De même, « la pression concurrentielle est faible, car il y a peu de mobilité des consommateurs d'une assurance à l'autre. [...] Enfin, l'absence d'une véritable concurrence entre les prestataires des soins, tant sur les prix que sur la qualité, limite le jeu des forces du marché de l'assurance<sup>34</sup> ».

## **Médecine à deux vitesses**

Il ne fait aucun doute que l'ouverture aux assurances privées pour des services couverts par la RAMQ pourrait conduire au développement d'une médecine à deux vitesses. La proposition gouvernementale risque fort de permettre l'essor de deux temps d'attente très différents : l'un, plus court, pour les patients assurés qui court-circuitent le mécanisme de garantie d'accès et l'autre, plus long, pour les patients non assurés qui passent par le mécanisme d'accès. Plus l'écart entre ces deux temps d'attente sera grand, plus les patients seront incités à s'assurer privément.

À ce sujet, il n'est pas prématuré de se questionner sur d'éventuelles infractions à la Loi canadienne sur la santé, notamment quant à son exigence d'accessibilité. Le parallèle est d'autant plus pertinent lorsque l'on connaît la démarche étagée retenue proposée par le gouvernement. En effet, plus la gamme de services pouvant être couverts par les

---

<sup>32</sup> Isabelle Paré, « Un mal imaginaire ? », *Le Devoir*, 4 février 2006, p. A7.

<sup>33</sup> L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), op. cit., p. 218.

<sup>34</sup> Ibid., p. 219.

assurances privées s'élargira, plus il deviendra difficile de maintenir le caractère public et universel de notre système de santé.

Il en va de même avec la proposition du développement de cliniques spécialisées affiliées. Est-ce que ces cliniques pourraient être en contradiction avec le principe de gestion publique de la Loi canadienne sur la santé. En effet, bien que les services de ces cliniques soient aux frais du secteur public, peut-on vraiment parler de gestion publique dans le cas de cliniques financées, construites et administrées par le secteur privé ?

Il faut aussi se demander dans quelle mesure l'assurance privée sera accessible. Il est fort à parier que les gens en ce moment sur une liste d'attente seront automatiquement rejetés par les assureurs. Quel assureur vendra une prime à une personne (même à 3000 dollars) sachant d'avance qu'elle sera opérée sous peu et que la chirurgie nécessaire coûtera au moins 12 000 dollars dans le secteur privé. De même, les personnes qui ont eu ou qui ont actuellement des problèmes chroniques, des incapacités permanentes, des problèmes cardiaques ou de santé mentale seront jugées à haut risque par les assureurs et devront s'acquitter de fortes primes. On comprend que les assurances privées ne représentent pas une solution pour la majorité de la population, qui demeure mieux servie par un système public, universel et un assureur unique (RAMQ).

## **Pénurie de personnel**

L'introduction de l'assurance maladie privée est d'autant plus dramatique qu'elle survient dans un contexte d'une importante pénurie de personnel. De fait, les fédérations médicales estiment la pénurie d'effectifs à 800 médecins de famille et à 1000 médecins spécialistes<sup>35</sup>, alors qu'on estime qu'il manque 2500 infirmières au Québec. Nul doute que les assurances privées constituent un jalon important de la naissance d'une véritable industrie privée de la santé. La naissance d'un réseau parallèle ne s'accompagnera pas, comme par magie, de nouvelles ressources humaines et aura certes pour effet d'accroître la pénurie de personnel que connaît le secteur public.

## **Une réponse à l'arrêt Chaoulli ?**

Le ministre de la Santé et des Services sociaux qualifie le livre blanc de « réponse pleine et entière au jugement Chaoulli »<sup>36</sup>. Il nous est permis d'en douter.

---

<sup>35</sup> Québec, ministère la Santé et des Services sociaux (2005), *Bilan des progrès accomplis à l'égard de l'entente bilatérale intervenue à l'issue de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la santé de septembre 2004*, p.13.

<sup>36</sup> Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux (2006), « *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité - Le Québec entre dans une nouvelle ère de prestation de soins de santé : la*

Premièrement, en ce qui a trait aux garanties d'accès et à l'ouverture des assurances privées, le gouvernement cible trois interventions. Nulle part la Cour suprême ne stipule que le législateur québécois n'a le droit de distinguer entre certaines chirurgies.

« La preuve est que, demain, n'importe quel médecin cherchant à défendre le cas d'un patient pourrait saisir la Cour supérieure en utilisant les mêmes arguments légaux que le Dr Chaoulli et ses procureurs, et obtenir un jugement déclarant illégale l'interdiction du recours à l'assurance privée pour tout soin ou toute chirurgie autre que pour remplacer une hanche, réparer un genou ou éliminer des cataractes<sup>37</sup>. »

En fait, « ce que la cour reproche à la législation québécoise, c'est l'interdiction totale de l'assurance privée en matière de santé, sans justification aucune ni démonstration de la nécessité de cette mesure radicale pour conserver le système public de santé que nous connaissons<sup>38</sup> ». D'ailleurs, la Cour suprême reproche clairement au gouvernement du Québec de ne pas avoir démontré en quoi l'interdiction du recours à l'assurance privée était essentielle au maintien de notre système public de santé. Nous sommes du même avis et estimons que le gouvernement aurait pu constituer une preuve plus solide à cet effet. Cette action devra tôt ou tard être entreprise, dans la perspective très probable d'une nouvelle offensive juridique contre le système public de santé québécois.

## Consultation publique

La Centrale des syndicats du Québec voudrait souligner le caractère insuffisant du processus de consultation en cours. En raison de la lenteur du gouvernement à publier son document de consultation et de la date butoir du 9 juin, les groupes intéressés n'ont disposé que de cinq semaines pour analyser le livre blanc, consulter leurs membres et rédiger leur mémoire. Compte tenu de l'importance des enjeux, nous nous serions attendus à plus de flexibilité. De même, pour nous, la consultation ne saurait se résumer aux simples consultations parlementaires et devrait tendre vers une vaste consultation populaire.

En plus des mécanismes proposés par le gouvernement pour se conformer à l'arrêt Chaoulli, le livre blanc intègre à des fins de discussion les enjeux du financement et de la pérennité du système de santé et de services sociaux. La CSQ questionne les véritables intentions du gouvernement à introduire ces éléments au sein du débat.

---

*garantie d'accès aux services médicaux spécialisés* », Document de consultation, Québec, février 2006, 63 p.

<sup>37</sup> Pierre Fortin, « La fumisterie de l'après-Chaoulli », *Le Journal de Québec*, 14 mars 2006, p. 15.

<sup>38</sup> Ibid.

Compte tenu du délai imparti et de la date butoir du 9 juin, il ne fait aucun sens d'introduire ces deux enjeux à la discussion. Conséquemment, on se demande où est l'urgence de discuter de ces questions au sein de cette consultation qui ne devrait traiter que des suites données à l'arrêt Chaoulli.

## **La pérennité du financement du système de santé et de services sociaux**

Sur ces enjeux, le livre blanc reprend l'argumentaire développé au sein des conclusions du Comité de travail sur la pérennité du système de financement du système de santé et de services sociaux du Québec, présidé par M. Jacques Ménard. Rappelons immédiatement que trois centrales syndicales participantes au Comité de travail (CSQ, FTQ, CSD) ont soumis un rapport dissident<sup>39</sup> en raison de plusieurs désaccords fondamentaux avec le rapport final du Comité. Ces désaccords ont autant trait aux constats qu'aux pistes de solution envisagées.

Nous concentrerons nos commentaires sur les principales thématiques du rapport Ménard, reprises par le livre blanc, soit le vieillissement de la population et la pérennité du financement du système de santé et de services sociaux. Par la suite, nous discuterons de notre analyse de deux pistes de solution envisagées tant par le rapport Ménard que le livre blanc : la création d'un compte santé et celle d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie (caisse santé).

## **Le fléchissement de la courbe démographique**

Le rapport Ménard, et dans une moindre mesure, le livre blanc, adoptent une vision apocalyptique du fléchissement de la courbe démographique. Le vieillissement de la population québécoise y est présenté comme la menace d'une « catastrophe » démographique, qui justifie l'appel à une plus grande implication du privé dans le système de santé. Les dépenses de santé augmenteront à un rythme que ne pourra supporter le système public, surtout si l'on tient compte de la croissance des coûts entraînés par l'évolution des technologies et des médicaments, ainsi que par les nouvelles pratiques médicales et chirurgicales. De plus, on insiste beaucoup sur le caractère inusité du vieillissement appréhendé de la population. Mais qu'en est-il vraiment ? Les travaux de l'économiste Lee Soderstrom et de la sociologue Amélie Quesnel-Vallée sont éclairants à ce sujet. Ainsi, on y apprend que :

---

<sup>39</sup> FTQ, CSQ, CSD, *Des désaccords fondamentaux : rapport dissident de la FTQ, de la CSQ et de la CSD au rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec*, rapport présenté au président du Comité de travail, M. Louis-Jacques Ménard, le 11 juillet 2005.

« La proportion de la population de 65 ans et plus a augmenté de façon constante au cours des 30 dernières années, et ce taux de croissance n'augmentera pas de beaucoup au cours des 20 prochaines années. Même si la proportion des personnes âgées aura doublé en ces 20 ans, on ne peut parler de rupture démographique, car le taux d'accroissement reste continu tout au long de la période 1971-2051. (...) Le Québec n'est certainement pas la seule société à connaître un tel phénomène. D'autres pays d'Europe et d'Asie ont déjà une population plus "vieille" que celle du Québec, Il y a donc lieu de penser que nous serons en mesure d'apprendre de l'expérience de ces autres pays dont le vieillissement a eu lieu avant le nôtre (par exemple : France, Espagne), ou qui est encore plus rapide que le notre (Japon) afin de développer des politiques efficaces pour faire face aux problèmes que cette situation pourra soulever<sup>40</sup>. »

## **Le financement du système de santé et de services sociaux**

Le gouvernement utilise sa vision pessimiste du fléchissement démographique pour anticiper des problèmes de financement de notre système de santé et de services sociaux. Ainsi, le livre blanc réitère que le nombre de travailleurs par personne âgée diminuera de cinq à deux d'ici 2030. Dans ce contexte, la pérennité du financement de notre système serait en danger.

« Cependant, il ne tient aucun compte du fait que le nombre des autres personnes dépendantes – les enfants et les personnes de 20 à 64 ans qui ne travaillent pas – diminuera lui aussi. L'économie doit subvenir aux besoins de ces personnes aussi bien qu'à ceux des aînés. Quand on ajoute le nombre de ces personnes au nombre d'aînés, on observe que le nombre de travailleurs par personne dépendante ne diminuera que de 1,8 à 1,3 au cours de cette période. Et, on doit se souvenir qu'en 1971, il y avait seulement 1,2 travailleur par personne dépendante<sup>41</sup> ! »

Bref, en intégrant la somme de toutes les personnes dépendantes, la situation est beaucoup moins noire qu'on voudrait le laisser croire. En effet, si les coûts associés au vieillissement de la population augmenteront, les coûts associés à l'enfance diminueront. De plus, contrairement aux dépendants de moins de 20 ans, les personnes âgées continueront de contribuer aux finances publiques de façon importante.

Il est difficile de préciser les implications de la diminution de la population des 20-64 ans

---

<sup>40</sup> Lee Soderstrom et Amélie Quesnel-Vallée, *Le vieillissement de la population québécoise : les implications pour le financement des services de santé*, Précis d'information, p. 4, [En ligne], [[http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/precis\\_f.asp](http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/precis_f.asp)] (16 mars 2006).

<sup>41</sup> Ibid., p. 8.

sur la population active, le chômage et la productivité, puisque nous n'avons jamais connu une telle situation dans le passé. Une vision pessimiste serait que le taux de participation dans la population active, le taux de chômage et la productivité ne seront pas affectés. Une autre hypothèse est possible : avec la pénurie de travailleurs et travailleuses, le taux de participation et la productivité pourraient augmenter et le taux de chômage, diminuer.

## La place du privé dans le secteur de la santé au Québec

On évoque souvent, à tort, le caractère immuable de notre réseau de santé et le monopole néfaste que détiennent les gouvernements sur la prestation des services de santé. Plusieurs détracteurs du système public de santé entretiennent ces mythes qui ne passent pas l'examen des faits. Comme en fait foi le tableau 1, la place du secteur privé dans le secteur public ne fait qu'augmenter depuis plus d'une vingtaine d'années :

**Tableau 1**  
**Dépenses privées de santé au Québec en pourcentage des dépenses totales**

1980	18,5
1985	21,0
1990	24,4
2000	27,7
2005	30,2

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

La croissance des dépenses privées au Québec s'explique en partie par la diminution des investissements publics. Ainsi, elles s'élèvent à 2430 \$ par habitant au Québec, comparativement à 2790 \$ pour l'ensemble du Canada. Avec notre population, l'écart des dépenses québécoises de 360 \$ par habitant représente un besoin de rattrapage de plus de 2 milliards de dollars.

**Tableau 2**  
**Dépenses de santé des gouvernements provinciaux par habitant (prévisions 2005 en dollar)**

Terre-Neuve	3148
Île-du-Prince-Édouard	2664
Nouvelle-Écosse	2814
Nouveau-Brunswick	2785
<b>Québec</b>	<b>2430</b>
Ontario	2824
Manitoba	3076
Saskatchewan	2885
Alberta	3201
Colombie-Britannique	2802
<b>Canada</b>	<b>2790</b>

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Les promoteurs du secteur privé aiment répéter que la croissance des coûts de santé a et aura des impacts irréversibles sur les finances publiques. Pourtant, il est bon de rappeler que le Québec est l'endroit en Amérique du Nord où les dépenses annuelles de santé par habitant sont les moins élevées. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé<sup>42</sup>, les dépenses publiques et privées par habitant au Québec sont de 3878 \$, alors que la moyenne canadienne est de 4410 \$. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) établit la moyenne des dépenses par habitant aux États-Unis à 6500 \$ annuellement. Dans le même ordre d'idée, lorsque l'on compare la part du budget provincial consacré à la santé, le gouvernement du Québec est celui qui consacre la proportion la plus faible aux dépenses de santé.

**Tableau 3**  
**Part du budget provincial consacré à la santé (%)**  
(Dépenses de santé, à l'exclusion des services sociaux)

Terre-Neuve	39,4
Île-du-Prince-Édouard	33,9
Nouvelle-Écosse	43,3
Nouveau-Brunswick	34,9
<b>Québec</b>	<b>31,6</b>
Ontario	44,6
Manitoba	41,3
Saskatchewan	36,1
Alberta	37,8
Colombie-Britannique	39,6
<b>Moyenne Canada</b>	<b>38,6</b>

Source : Institut canadien de la santé, prévisions 2003-2004.

Pourtant, beaucoup de confusions subsistent quant à l'étranglement du gouvernement du Québec par ses dépenses de santé. Le Québec est la seule province où les dépenses de services sociaux sont comptabilisées avec les dépenses de santé. Ailleurs au Canada, les services sociaux sont municipalisés. Donc, lorsque l'on ajoute les dépenses reliées aux services sociaux, la part du budget québécois attribué à ces deux fonctions atteint 42 %, chiffre souvent cité au sein des médias et repris par le rapport Ménard. Il ne fait aucun doute qu'il y a là une grossière erreur méthodologique et que les comparaisons avec les autres provinces canadiennes doivent se faire sur des comparateurs semblables.

Malgré tout, le Québec se permet un gaspillage important au chapitre des dépenses en médicament d'ordonnance. Le tableau 4 est révélateur :

<sup>42</sup> [En ligne], [[www.cihi.ca/](http://www.cihi.ca/)] (10 février 2006).

**Tableau 4**  
**Dépenses en médicament d'ordonnance par habitant (\$)**

Terre-Neuve	573
Île-du-Prince-Édouard	477
Nouvelle-Écosse	576
Nouveau-Brunswick	592
<b>Québec</b>	<b>625</b>
Ontario	598
Manitoba	507
Saskatchewan	501
Alberta	490
Colombie-Britannique	421
<b>Moyenne Canada</b>	<b>526</b>

Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2004.

D'autres observateurs soulignent le monopole public sur le système de santé canadien et québécois. De par l'interdiction de recourir à une assurance privée pour des soins hospitaliers, certains comparent notre système à ceux en place à Cuba et en Corée du Nord. Néanmoins, à l'échelon international, le Canada est un des pays où le financement privé est le plus important.

**Tableau 5**  
**Part publique des dépenses totales de santé, 2003 (%)**

Suède	85
Norvège	84
Islande	84
Royaume-Uni	83
Danemark	83
Japon	82
Allemagne	78
France	76
Italie	75
<b>Moyenne OCDE</b>	<b>72</b>
Espagne	71
<b>Canada</b>	<b>70</b>
Australie	68
Suisse	59
<b>États-Unis</b>	<b>44</b>

Source : OCDE.

Il en va de même pour les dépenses de santé provenant de l'assurance privée. Loin d'empêcher les assureurs de faire des affaires dans le secteur de la santé, le Canada se situe parmi les pays où la part de l'assurance privée dans les dépenses totales de santé est la plus importante.

**Tableau 6**  
**Part de l'assurance privée dans les dépenses totales de santé, 2003 (%)**

États-Unis	37
Pays-Bas	17
<b>Canada</b>	<b>13</b>
France	13
Allemagne	8,8
Irlande	6,4
Italie	0,9
Japon	0,3
Norvège	0,0

Source : OCDE.

Pour récapituler, les données soumises plus haut nous permettent de faire plusieurs constats. Premièrement, le Québec est la province qui dépense le moins, par habitant, en Amérique du Nord. La part des dépenses privées de santé dans les dépenses totales augmente de façon constante depuis une vingtaine d'années. De plus, le Québec est la province canadienne qui consacre la plus faible part de son budget aux dépenses de santé. Finalement, au Canada, une bonne part des dépenses en santé est privée, si bien que les Canadiens payent de leurs poches autant sinon plus en soins de santé que les citoyens de quinze pays de l'OCDE, notamment l'Allemagne, la France, la Suède et le Royaume-Uni.

Par ailleurs, lorsqu'il est question du financement de notre système de santé, il est primordial d'envisager des solutions quant au contrôle des coûts. De fait, bien que le rapport Ménard reconnaisse que les dépenses de médicaments constituent le poste budgétaire le plus inflationniste, il ne propose aucune mesure concrète de contrôle des coûts. Pourtant, plusieurs pistes ont été proposées au fil des différentes consultations par des groupes de la société civile. Pensons à l'instauration d'un système de prix de référence, de règles d'achat au plus bas prix, d'évaluation de la valeur pharmacologique des médicaments, de règles d'utilisation accrue de plafonnement de prix, de même qu'un réexamen de la règle de 15 ans et un contrôle plus serré des pratiques de marketing de l'industrie<sup>43</sup>. Ce sont là autant de solutions qui permettraient de freiner la hausse incessante des coûts des médicaments. Nul doute que la prochaine politique du médicament du Québec, attendue ce printemps, se révèle être une belle occasion pour effectuer un virage important vers une politique de contrôle des coûts.

Aussi, nous pensons que d'importantes économies potentielles sont possibles par un resserrement du contrôle des dépenses. On pense notamment à la surfacturation effectuée par certains médecins et aux dépenses administratives. Les récentes révélations de gaspillages éhontés au CSSS de Sept-Îles en sont de bons exemples<sup>44</sup>.

<sup>43</sup> FTQ, CSD, CSQ, op. cit., p. 14.

<sup>44</sup> Steeve Paradis, « Dépenses exagérées et gestion douteuse à l'hôpital de Sept-Îles », *Le Soleil*, 16 février 2006, p. A17.

## Compte santé

Le livre blanc reprend une proposition du rapport Ménard en ce qui concerne la mise en place d'un compte santé et services sociaux. L'objectif principal étant d'atteindre une plus grande transparence en matière de financement des services de santé et de services sociaux en « mettant en parallèle les dépenses de santé et de services sociaux ainsi que les revenus affectés à leur financement<sup>45</sup> ». Actuellement, il n'existe aucun lien systématique entre l'ensemble des dépenses du secteur de la santé et des services sociaux et l'ensemble des revenus qui servent à financer ces dépenses, dans la mesure où ils proviennent d'un seul fonds général, le Fonds consolidé.

La CSQ est d'accord avec l'objectif de transparence poursuivi par le gouvernement. Nul doute que le débat public bénéficiera d'une meilleure mise en lumière des contributions et dépenses de divers ordres.

## Régime d'assurance contre la perte d'autonomie

Encore une fois, le livre blanc reprend à son compte une idée soulevée par le rapport Ménard, soit la proposition d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie. Nos objections demeurent les mêmes que celles exprimées au sein du rapport dissident intersyndical. Ainsi, au regard des caractéristiques du régime présentées au sein du rapport Ménard,

« (...) il nous apparaît qu'un tel régime n'est pas nécessaire, que le mode de financement n'est pas équitable et que plusieurs transformations envisagées dans l'organisation des services ne sont pas souhaitables. Sous couvert d'assurance, il s'agit d'un schéma hybride qui vise à justifier un accroissement des ponctions fiscales sur certains segments de la population, à déresponsabiliser le gouvernement à l'égard des soins aux personnes âgées, ainsi qu'à introduire un nouveau cadre pour l'organisation et la prestation des services qui ferait davantage appel au secteur privé<sup>46</sup> ».

---

<sup>45</sup> Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, op. cit., p. 60.

<sup>46</sup> FTQ, CSD, CSQ, op. cit., p. 18.

## Conclusion

D'entrée de jeu, le livre blanc invite les citoyens à un débat serein, « étranger aux idéologies hermétiques ». Malgré ces beaux discours, le cadre proposé pour le débat à venir transpire les partis pris envers le secteur privé.

En prémisses de son document de consultation, le gouvernement soumet à la réflexion cette question : « **quel rôle** doit jouer le secteur privé pour mieux répondre aux besoins de la population ? » Devant l'existence de solutions publiques ayant fait leurs preuves pour améliorer à moindre coût la qualité et l'accès aux soins, nous nous demandons plutôt **en quoi** garantir l'élargissement de la prestation privée permettra de répondre aux besoins de la population quant à l'accessibilité aux soins de santé ?

Il semble de plus en plus évident que le gouvernement nous convie à discuter des paramètres d'une participation accrue du secteur privé plutôt que d'un débat sur le bien-fondé d'un renforcement du secteur privé dans le financement et la prestation des services de santé et de services sociaux au Québec.

Pour la Centrale des syndicats du Québec, et contrairement au mythe véhiculé, la Cour suprême n'a pas ordonné au gouvernement du Québec de donner une part plus importante au secteur privé dans le financement et la prestation des soins de santé au Québec. Elle a par contre confronté le gouvernement sur la problématique des listes d'attente et sur une nécessaire démonstration que l'interdiction du recours à l'assurance privée était essentiel au maintien de notre système public de santé. Les expériences internationales nous démontrent clairement l'effet néfaste des assurances privées sur l'efficacité et l'accessibilité des systèmes publics. La seule façon de maintenir l'intégrité de notre système public de santé et de services sociaux est de maintenir l'interdiction des assurances privées pour les services médicaux ou, dans le cas où cette interdiction serait levée, de réglementer strictement et précisément sa présence. Les importants risques inhérents à la proposition gouvernementale, dans son état actuel nous font craindre que celle-ci ne réponde pas adéquatement au jugement de la Cour suprême, n'affaiblisse le caractère public de notre système et n'augmente les délais d'attente de **l'ensemble** des Québécois.

Par ailleurs, les solutions publiques aux carences du système de santé québécois existent. Elles doivent être privilégiées par le gouvernement avant d'entreprendre une ouverture plus grande au secteur privé. Nos recommandations suggèrent d'ailleurs plusieurs mesures concrètes pour réduire les listes d'attente. Par rapport aux discours idéologiques, on ne peut qu'opposer les faits : les systèmes publics sont les systèmes les plus efficaces au plan médical, les plus équitables au plan social et les plus efficaces au plan économique. Pourquoi accepterions-nous de nous en priver ?

## Recommandations

1. La CSQ dénonce et souligne son opposition à la création de cliniques spécialisées affiliées privées, de même qu'à la levée de l'interdiction de l'assurance privée pour les chirurgies ciblées.
2. La CSQ propose une série de mesures visant à assurer l'accessibilité aux services publics, à réduire les listes d'attente et à contrer l'expansion d'un système privé parallèle :
  - a) Renforcer l'accessibilité en pleine égalité aux services universels et publics
    - Assurer au réseau de la santé et des services sociaux un niveau de financement qui permet l'ajout de ressources humaines et matérielles.
    - Abroger la loi antidéficit pour enlever les contraintes qui pèsent sur les établissements et qui allongent les listes d'attente.
    - Intégrer les cinq grands principes de la Loi canadienne sur la santé : l'universalité, la gestion publique, la transférabilité, l'accessibilité, l'intégralité et la gratuité (sans contribution directe des usagers et usagères) à la loi québécoise.
    - Assurer la couverture publique de tous les services médicalement et socialement requis, dont ceux qui sont le plus fortement privatisés actuellement, les services diagnostiques. Ainsi, les services médicalement nécessaires devraient être intégralement financés de façon publique, sans frais pour le patient, que ceux-ci soient offerts à l'hôpital ou en cabinet privé de médecins participants.
  - b) Réduire les listes d'attente
    - Assurer l'analyse et la gestion publique des listes d'attente.
    - Coordonner les soins pour corriger les écarts entre la capacité et la demande, utiliser le plein potentiel des professionnels de la santé et favoriser la collaboration multidisciplinaire.
    - Développer des cliniques affiliées publiques ou des centres de chirurgie ambulatoire publics.
    - Investir dans le système public en s'assurant d'une utilisation optimale et maximale des installations publiques.

- Confier au futur commissaire à la santé et au bien-être le mandat d'évaluer les résultats atteints quant aux objectifs de réduction des listes d'attente.
- c) Contrer l'expansion d'un système privé parallèle
- Maintenir la catégorie des médecins non participants de sorte qu'un médecin ne peut à la fois pratiquer dans le secteur privé et le secteur public et en excluant que les médecins non participants puissent recevoir des fonds publics comme le stipule la proposition gouvernementale.
  - Réserver exclusivement à l'usage du secteur public l'équipement des établissements publics.
  - Renoncer à l'ouverture aux assurances privées.



Communications

D11651

Avril 2006