



Mémoire de la Coalition Solidarité Santé
Présenté à la Commission des affaires sociales
Sur le document de consultation
Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité

***Une ouverture au privé plus grande
que ne le prétend le gouvernement***

Mars 2006

La Coalition Solidarité Santé

La Coalition Solidarité Santé regroupe 52 organisations communautaires, religieuses et syndicales. Depuis sa fondation en 1991, les actions de la Coalition ont toujours été motivées par la défense du droit à la santé pour tous, sans égard au statut ou au revenu des citoyennes et des citoyens.

Depuis sa création, la Coalition Solidarité Santé défend les grands principes qui ont conduit à la mise sur pied de notre système de santé et de services sociaux: le caractère public, la gratuité, l'accessibilité, l'universalité et l'intégralité. Ces assises sont celles que l'on retrouve dans la *Loi canadienne de la santé* et dans le *Pacte relatif aux droits sociaux, économiques et culturels*, signé par le Québec, en 1976, dont l'article 12 porte sur le droit à la santé.

En janvier 2000, la Coalition adoptait son *Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux* (voir annexe 2). La Coalition Solidarité Santé demeure le principal lieu d'échanges et d'information communautaire et intersyndical et sur les enjeux entourant notre système de santé et de services sociaux.

Site internet : www.solidaritesante.qc.ca

Une réponse gouvernementale inquiétante

Dans son livre blanc, le gouvernement exprime sa volonté de maintenir un système public fort et de préserver les valeurs et les acquis qui le caractérisent, tout en permettant au secteur privé d'y jouer un plus grand rôle. Pour notre part, nous sommes loin de croire que le secteur privé pourrait jouer un rôle utile au service de la population.

À première vue, la proposition gouvernementale peut sembler attrayante et modérée, mais en y regardant de près, on voit qu'elle ouvre de sérieuses brèches dans les principes qui gouvernent notre système de santé, soit l'accessibilité, l'universalité, la gratuité et le caractère public.

Notre mémoire portera principalement sur le mécanisme de réduction des délais qui soulève nos plus vives inquiétudes. Nous croyons que les propositions du livre blanc sont même contradictoires avec l'énoncé de principe du gouvernement qui dit vouloir protéger le système public. Dans les faits, le document est si alambiqué qu'il semble fabriqué pour se servir du principe de la garantie d'accès pour, avant tout, ouvrir les soins au secteur privé.

Les listes d'attente

Le manque de disponibilité de services médicaux résulte de choix politiques exercés au cours de la dernière décennie. Le sous-financement du réseau, les compressions budgétaires, les mises à la retraite accélérées des médecins, d'infirmières et autres catégories de personnel, le virage ambulatoire, les réformes en série ont eu des répercussions importantes sur l'organisation et l'accessibilité des soins. Ce contexte explique le développement de longs délais d'attente en chirurgie, mais aussi dans plusieurs catégories de services tels l'hébergement pour soins de longue durée, les services à domicile, la réadaptation, les services psychosociaux...

A. De quelle attente parle-t-on ?

Selon le livre blanc, le début du délai d'attente ne débute qu'au moment où une personne obtient un diagnostic et une recommandation d'un spécialiste pour une chirurgie. À ce moment, le patient est inscrit sur une liste, et de là

le décompte est commencé pour l'opération à l'intérieur des délais reconnus. Mais qu'en est-il réellement?

Actuellement, les listes d'attente sont gérées par les bureaux de médecins ou par les départements hospitaliers sans règles particulières, sans normes et sans contrôle clinique systématique, permettant de déterminer le moment où une personne peut être inscrite sur la liste et le moment crucial où elle doit accéder aux soins dont elle a besoin.

Cette façon de faire entraîne une grande hétérogénéité dans les délais d'attente dans les différentes régions du Québec. Une stratégie québécoise qui vise à garantir l'accès en temps opportun aux soins appropriés est plus que nécessaire. Une gestion efficace des listes d'attente ferait en sorte d'établir une seule liste de patients par région pour une même intervention. De plus, un système de surveillance des délais d'attente et leurs conséquences sur la santé devrait être mis en place en coordination avec les agences régionales. Ce système permettrait d'identifier les véritables goulots d'étranglement sur le continuum de soins et de mieux y remédier.

Première embûche : trouver un médecin de famille

Obtenir un rendez-vous chez un médecin de famille n'est pas facile. Les personnes vont plutôt se présenter à une clinique sans rendez-vous ou à l'urgence, rarement au CLSC, et ils attendent plusieurs heures avant de voir un médecin. Celui-ci prescrira probablement des examens diagnostiques, des tests de laboratoire ou d'imagerie médicale pour lesquels l'accès sera une véritable course à obstacles¹. Plusieurs centaines de milliers de Québécoises et de Québécois n'ont toujours pas de médecin de famille. En 2003, plus de 1,2 million de Canadiens de 15 ans et plus ont été incapables de trouver un médecin de famille². De plus, il existe une disparité intra et inter régionale dans la répartition des médecins. Par exemple, dans le quartier Pointe St-Charles à Montréal, il n'existe aucun cabinet privé de médecins.

Deuxième embûche : avoir accès à un médecin spécialiste

L'autre délai survient dans l'attente de voir un spécialiste. Selon les nouvelles données de l'ICIS sur les remplacements du genou et de la

¹ Louise-Hélène Trottier, André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne, *Les délais d'attente dans le système de santé*, Département d'Administration de la santé, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, février 2006

² Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), rapport: *Temps d'attente et soins de santé au Canada: ce que nous savons et ce que nous ignorons*, mars 2006

³ Ibid

hanche, 30% de l'attente moyenne s'écoulait avant le premier rendez-vous avec le chirurgien orthopédiste³.

Troisième embûche : avoir accès aux examens diagnostiques

Il existe des délais d'attente pour plusieurs examens diagnostiques dans le secteur public. Déjà, on invite les personnes à se rendre dans des centres radiologiques privés pour obtenir des radiologies, des examens par scanner ou des tests de résonance magnétique. Une fois les examens réalisés, l'analyse des résultats et le retour de l'avis des spécialistes créent d'autres formes d'attente. L'urgence des hôpitaux devient alors la voie la plus simple pour permettre aux patients d'accéder aux consultations et aux examens spécialisés⁴.

Les délais socialement requis ne seront pas pris en compte

Dans le livre blanc, les garanties d'accès ne prennent pas en compte les services socialement requis. Le plan gouvernemental est centré sur les aspects chirurgicaux et médicaux des soins. Pourtant, les listes d'attente

⁴ Louise-Hélène Trottier, André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne, *Les délais d'attente dans le système de santé*, Département d'Administration de la santé, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, février 2006

se retrouvent aussi dans les services à domicile, les services de réadaptation ou de santé mentale. Il serait entièrement justifié d'inclure ces services dans le principe de garantie d'accès. La Coalition Solidarité Santé endosse ici les données et la position d'un de ses membres, la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN).

Les données fournies par l'Association des centres de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) et la Fédération des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (FCRDI) suffisent à elles seules à alerter sur la nécessité de considérer les services autres qu'hospitaliers comme devant faire l'objet d'une garantie d'accès dans une perspective de renforcement du réseau public. L'AERDPQ signale, en date du 6 février 2006, dans le communiqué qu'elle a émis lors de la sortie du livre blanc, que près de 8 000 personnes de tout âge étaient en attente de services en réadaptation physique dont 3 000 enfants qui sont contraints d'attendre jusqu'à deux ans pour y accéder.

Il est pourtant reconnu de longue date d'ailleurs qu'il faut intervenir le plus précocement possible auprès des personnes qui ont des limitations fonctionnelles (...) si l'on veut maximiser leurs capacités. Il est tout aussi admis que les services spécialisés et surspécialisés de réadaptation contribuent, de manière tangible et indéniable, à optimiser l'autonomie des personnes et, par conséquent, leur intégration dans la collectivité, leur participation à la société québécoise.

Le MSSS a en main un document intitulé, *Les délais d'attente et leur impact en matière de réadaptation spécialisée: les résultats de la recension des écrits*, (juin 2005) répertorient diverses études traitant des impacts des délais d'attente dans différents cas dont celui des enfants ayant une déficience motrice-cérébrale (0-12 ans), les enfants dysphasiques (0-18 ans), les adultes et aînés aphasiques suivant un accident vasculo cérébral, les enfants ayant une déficience auditive d'âge pré-scolaire, etc. Certes, des démarches sont entreprises pour déterminer ce que devraient être les délais maximum d'attente en matière de services spécialisés en réadaptation, toutefois, la Coalition, à l'instar de la COPHAN, juge

inacceptable que le livre blanc n'ouvre sur aucune perspective quant aux garanties d'accès dans ce domaine.

Même commentaire en ce qui concerne les listes d'attente en déficience intellectuelle. La FCRDI signale, en date du 16 mars 2006, que 1 444 personnes sont en attente de services en déficience intellectuelle et que 706 personnes ayant un trouble envahissant du développement sont en attente de services. Ces services visent les services de soutien, les services résidentiels et les services socioprofessionnels. Parmi ces personnes *en attente d'accès à un premier service* l'on retrouve des enfants de 0-4 ans qui doivent attendre 100 jours, des jeunes de 5-17 ans qui doivent attendre 276 jours, des jeunes de 18-21 ans qui attendent 301 jours, et des adultes dont l'attente se situe entre 544 jours (22-44 ans), 441 jours (45-64 ans) et 386 (65 ans et +). La courbe est sensiblement la même pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement.

On ne peut non plus passer sous silence les graves lacunes d'accès aux services à domicile dont souffrent à la fois les personnes qui ont des limitations fonctionnelles de tout âge ainsi que leurs proches et surtout le fait qu'il n'existe au MSSS aucune information sur les délais et listes

d'attente pour ces services. Il semble de plus que lorsqu'une personne a accès à un certain nombre d'heures de soins, même si ce nombre est insuffisant, elle n'est pas considérée en attente par le réseau. Soulignons de surcroît que *l'Outil d'évaluation multIClientèle* qui sert à évaluer les besoins des personnes notamment en terme de services à domicile, de même que la nouvelle politique sur les services à domicile repose sur le principe que le résiduel est confié au réseau alors que l'essentiel est demandé aux proches...

Compte tenu de ce qui précède, nous sommes particulièrement préoccupés du fait que le livre blanc ne fasse pas état de ces problèmes d'accès, ni n'envisage de les considérer dans l'élargissement des services devant faire l'objet de garantie d'accès, étant entendu que pour nous, ces garanties d'accès doivent trouver réponse dans le réseau public. Nous nous inquiétons également de l'impact systémique que produira la mise en œuvre du mécanisme de garanties d'accès tel que prévu au livre blanc sur le financement adéquat des services de longue durée et ceux qui sont socialement requis.

B. Les mécanismes d'accès

La réponse gouvernementale pour corriger le problème des délais d'attente repose sur trois mécanismes :

1. Des garanties d'accès aux chirurgies dans des délais fixés ;
2. La réalisation de chirurgies par des cliniques privées dites «spécialisées affiliées» ;
3. L'ouverture aux assurances privées pour des interventions ciblées par la garantie d'accès.

1. Garanties d'accès aux chirurgies dans des délais fixés

Le livre blanc prévoit que pour chacune des chirurgies identifiées, le gouvernement fixera des délais d'attente médicalement acceptables. Par exemple, si un médecin spécialiste vous prescrit une chirurgie et que vous l'acceptez, vous êtes inscrit sur la liste d'attente d'un établissement public. Ceci est le jour UN. Si après six mois d'attente, vous n'avez pas subi votre opération, vous pourriez être transféré dans un autre établissement public de votre région ou d'une autre région, ou encore référé à une clinique

spécialisée affiliée privée. Si après neuf mois, vous n'avez toujours pas obtenu votre chirurgie, vous pourriez vous retrouver en clinique à financement privé où elle serait réalisée par un médecin non participant au régime d'assurance maladie, ou encore être opéré dans un établissement hors Québec ou hors Canada, et c'est le gouvernement qui assume le coût.

Ce mécanisme s'applique uniquement aux chirurgies électives (non urgentes) qui ont une garantie d'accès. Le livre blanc mentionne les chirurgies de la cataracte, du genou et de la hanche.

Parallèlement, les patients prêts à assumer personnellement les coûts ou qui auraient réussi à contracter une assurance privée pourraient être opérés dans une clinique privée et ce, dans les jours suivants le diagnostic.

2. Les cliniques spécialisées affiliées appartenant au privé, un choix idéologique

Le gouvernement entend privilégier la création de cliniques spécialisées affiliées qui appartiendront à des intérêts privés.

Alors que le ministère met en œuvre une réforme dont l'objectif est d'intégrer en réseaux les différents services de santé et de services sociaux, cette option est aberrante. La création de ces cliniques représente clairement l'apparition d'une forme de partenariats public-privé (PPP) dans la prestation des soins de santé au Québec. Le gouvernement s'apprête à fournir un incitatif puissant à l'investissement par des intérêts privés, qui se verront garantir un volume d'interventions chirurgicales dans ces cliniques à but lucratif.

Et certains entrepreneurs sont déjà prêts et attendent le feu vert du ministère avant même que le débat en commission parlementaire ne soit commencé !

Prenons l'exemple du Groupe OPMEDIC, compagnie qui offre des services de soins de santé, y compris des installations et des services en matière de chirurgie aux patients, des traitements de fertilité, de l'imagerie médicale, des analyses de laboratoire et de procédures de diagnostics. Il s'agit d'une compagnie cotée à la Bourse de Toronto. Dans son communiqué de presse du 21 février rendu public suite à la sortie du livre blanc, le président et chef

de la direction, le docteur St-Michel déclarait : « *Le Groupe OPMEDIC souhaite ainsi étudier la possibilité de faire d'OPMEDIC Laval l'une des premières cliniques spécialisées affiliées pour les chirurgies électives dans la région de Montréal* ». Bien plus, le Groupe souhaite évaluer le développement possible d'un partenariat public-privé pour étendre les activités de sa division à Laval vers des chirurgies ciblées en ophtalmologie pour les cataractes et en orthopédie pour les arthroplasties du genou et de la hanche. Il est clair que ce type de compagnie se frotte les mains à l'idée de pouvoir faire une entente avec le réseau de la santé. Le PDG d'OPMEDIC considère d'ailleurs que l'ouverture vers le privé produira l'effet domino, et maintenant que la porte est entrouverte, il y aura beaucoup de possibilités de partenariat public-privé pour les trois types de chirurgies annoncées (Courrier de Laval, 19 février 2006).

Des accords commerciaux que l'on ne peut ignorer

Toute décision d'élargir les services privés à but lucratif pourrait, en vertu des accords commerciaux internationaux, avoir des répercussions que nous devons soigneusement peser à l'avance.

- Commission Romanow, 2002

Si certains médecins, alliés à des investisseurs québécois, pourront voir une occasion d'affaires en ouvrant des cliniques privées, ne pourra-t-il en être de même pour les grandes chaînes d'hôpitaux américains, et les Health Maintenance Organizations (HMO) qui demanderont à intégrer le marché québécois sous l'ALÉNA ?

Le Canada a signé une entente de libre-échange avec les États-Unis et le Mexique, l'ALÉNA, en vigueur depuis 1994. Les dispositions de l'ALÉNA représentent une menace constante de commercialisation des soins de santé au Canada. Selon le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), dans une opinion juridique qu'il a demandé en 2000, la problématique se résume ainsi :

Les objectifs de libéralisation du commerce que comporte l'ALÉNA sont de diverses façons incompatibles avec des politiques qui veulent mettre de côté les lois du marché dans le but d'atteindre d'autres objectifs sociaux tel que celui d'offrir un système de soins de santé qui soit universel, accessible et dont le coût est assumé par des fonds publics⁵.

⁵ Syndicat de la fonction publique, Avis juridique concernant les règles de l'ALÉNA en matière d'investissements et de services et le projet de la Loi 11: le projet de l'Alberta de privatiser certains services de santé, 29 février 2000

Les règles de l'ALÉNA relatives aux investissements et aux services cherchent par exemple à restreindre le pouvoir des gouvernements de réglementer dans ces secteurs de l'économie ou d'y intervenir d'une autre façon. D'un autre côté, le système canadien des soins de santé est structuré en fonction d'une politique intégrée des gouvernements fédéral et provinciaux⁶. Il est soumis à un régime juridique et financier qui restreint les droits des investisseurs et des fournisseurs de services du secteur privé dans le but de protéger un système de soins de santé qui repose sur les cinq principes à la Loi canadienne sur la santé : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité⁷. Aussi, le Canada a prévu deux exemptions relatives aux soins de santé sous les termes de l'ALÉNA. L'Annexe I protège toutes les mesures provinciales en place avant le 1^{er} janvier 1994 et l'Annexe II permet à un gouvernement d'adopter ou de maintenir toute mesure du moment qu'il s'agisse *d'un service social établi ou maintenu à des fins publiques*.

Mais Québec doit y penser à deux fois avant de permettre l'assurance privée duplicative et l'introduction de cliniques privées à but lucratif, car le

⁶ Ibid

⁷ Ibid

marché étasunien privé pourrait y voir le signal de son entrée de plein pied au Canada. Surtout, une levée de l'exemption pour les services de santé (assurance ou prestation) sous l'ALÉNA signifie que le marché privé serait ouvert pour l'ensemble du Canada et pas seulement au Québec. Allons-nous nous distinguer et porter l'odieuse de créer un précédent dont nous ne pourrions plus nous départir ?

Une solution urbaine qui ne règle pas l'accès en région

Pour être rentables, les cliniques privées affiliées s'installeront dans les régions où elles ont accès à un bassin important de population. On sait déjà que les régions de l'Abitibi, de la Gaspésie, de la Côte-Nord, du Saguenay–Lac-St-Jean, le centre du Québec ne verront pas de tels établissements se développer sur leur territoire.

Mauvaise qualité de soins dans les hôpitaux et cliniques privés

Une analyse exhaustive des différentes études comparant la prestation de services par le secteur sans but lucratif et le secteur à but lucratif a permis de conclure que les hôpitaux à but lucratif étaient associés à un risque

sensiblement plus élevé de mortalité et que, en général, le personnel était moins bien formé que celui des établissements sans but lucratif.

Rapport Romanow 2002

En Angleterre, le recours du système public à des cliniques privées pour réduire les listes d'attente pour le remplacement de genoux et de hanches, vient de faire l'objet de sévères critiques de la part des autorités médicales (UK Guardian, 10 mars 2006).

Le *British Medical Journal* fait état de patients victimes de piètres opérations, de prothèses mal placées, d'erreurs techniques et d'articulations infectées. On estime que l'échec d'opérations de remplacement d'articulation ne doit pas dépasser 1 %, mais dans certains Independent sector treatment centres (ISTC), le taux d'échec est de 20 %. La *British Orthopaedic Association* a transmis des plaintes au sujet de la qualité des interventions dans les ISTC au gouvernement britannique.

Les médecins anglais mettent en garde contre la privatisation

Des médecins du Royaume-Uni font un constat douloureux du choix du privé dans leur pays. Dans une lettre publiée le 16 août dernier, ils font le bilan suivant : « 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 d'occasions de formation parce qu'un grand nombre de chirurgies sont sous-traitées dans des centres privés. (...) Les soins en cliniques privées sont plus chers parce qu'il en coûte davantage pour emprunter dans le secteur privé et parce que les actionnaires réclament des profits. (...) L'augmentation des dépenses gouvernementales n'a produit que des retombées modestes à cause des effets négatifs de la commercialisation ».

L'expérience du Royaume-Uni, de l'Australie et de l'Irlande indique que l'achat de services dans le secteur privé entraîne un transfert des ressources humaines du secteur public vers le secteur privé et que ce transfert ne conduit pas à augmenter l'offre globale des services. Le secteur privé a tendance à ne traiter que les cas mineurs. Pour les hôpitaux publics, la pression de la demande augmente, puisque ce sont eux qui continuent

de traiter les cas urgents, complexes et coûteux, soit ceux qui nécessitent une expertise médicale élevée et un plateau technique sophistiqué⁸.

Pour des cliniques affiliées publiques

Le choix de recourir au secteur privé est-il fait parce qu'il est impossible de créer des cliniques affiliées publiques ? Non ! Dans d'autres provinces et au Québec, il existe des cliniques spécialisées publiques qui ont fait leur preuve.

Les expériences au Manitoba et en Ontario sont des exemples qui illustrent bien comment des centres ambulatoires publics rattachés aux infrastructures publiques ont permis de réduire les listes d'attente pour certaines chirurgies et d'offrir des soins ambulatoires et des examens diagnostiques.

En Ontario, l'hôpital spécialisé public Trillium Health Center est le centre chirurgical sans admission le plus important en Amérique du Nord⁹. Au

⁸ Louise-Hélène Trottier, André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne, *Les délais d'attente dans le système de santé*, Département d'Administration de la santé, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, février 2006

Manitoba, le gouvernement a acheté la Pan-Am Clinic à ses propriétaires privés. La clinique est maintenant sous la direction du Winnipeg Regional Health Authority¹⁰. Dans ces deux cas, le résultat est supérieur à ce que le secteur privé peut offrir. Ces cliniques bénéficient de l'efficacité, de la spécialisation et de l'innovation habituellement attribuées au secteur privé, tout en réduisant les frais administratifs et en garantissant des services de qualité supérieure à la population.

Même l'Alberta, qui n'est pas considérée comme une province fermée au secteur privé, a mis sur le pied le projet *Alberta Hip and Knee Replacement Project*, une collaboration entre le gouvernement albertain et un vaste groupe d'associations, d'hôpitaux et de régions régionales de la santé. Et c'est un succès ! Les temps d'attente ont considérablement diminués. Après seulement huit mois d'opération et 20 millions d'investissement, la consultation auprès d'un spécialiste orthopédique est passé de 36 semaines à six, et les délais d'attente pré-chirurgie de 47 semaines à cinq seulement. Alors que la moyenne canadienne d'attente pour le remplacement d'une hanche ou d'un genou est de plus de six mois.

⁹ Rachlis M.M., *Public Solutions to Health Care Wait Lists*, Centre canadien de politiques alternatives, décembre 2005

Plusieurs avantages résultent de la mise sur pied de cliniques affiliées publiques. Elles peuvent recevoir les patients à faible risque chirurgical, libérant ainsi les blocs opératoires conventionnels qui serviront pour les chirurgies majeures. L'évaluation pré-opératoire et le suivi post-opératoire peuvent se faire dans les infrastructures déjà existantes du centre hospitalier public. Étant intégrées dans le système public de santé, l'évaluation de la qualité des soins, la rémunération des médecins et des professionnels de la santé, l'enseignement des chirurgies pour la relève et le suivi auprès des patients, seront les mêmes que ceux déjà en place dans le réseau. Les avantages de tels établissements publics intégrés au système de santé et de services sociaux ne sont plus à démontrer.

Recommandation

Pour la Coalition, s'il est nécessaire de créer des cliniques pour certaines chirurgies réalisées hors des centres hospitaliers, celles-ci doivent être publiques et être rattachées à une administration hospitalière.

¹⁰ Ibid

3. L'ouverture aux assureurs privés : ce n'est que le début

Au départ, les assureurs privés ne pourront offrir une couverture que pour trois chirurgies, réalisées par des médecins non participants : le traitement des cataractes, le remplacement de la hanche ou du genou. Ce sont les trois seules chirurgies pour lesquelles des délais d'attente ont déjà été fixés dans le livre blanc.

Toutefois, la situation n'en restera pas là. La liste pourrait s'allonger par simple voie réglementaire, sans débat public. Le premier ministre Jean Charest a même précisé en entrevue qu'il est dans l'intention de son gouvernement de fixer des délais d'attente maximaux pour toutes les chirurgies médicalement requises. Cela signifie que chaque fois qu'une nouvelle garantie d'accès sera annoncée, les assureurs privés pourront élargir leur couverture, permettant aux assurés d'échapper aux délais inhérents au mécanisme de la garantie d'accès. Autrement dit, le patient assuré pourra contourner les délais d'attente du système public en ayant accès à des cliniques privées où les soins seraient donnés par des médecins non participants au régime public et dont le nombre risquera d'augmenter dramatiquement.

Mieux vaut être riche et en santé

La Charte des droits et libertés du Québec permet aux assureurs privés de faire de la discrimination en fonction du risque qu'une personne représente.

CDLQ- Article 20 (...) De même dans les contrats d'assurance ou de rente, les régimes d'avantages sociaux, de retraite, de rente ou d'assurance ou dans les régimes universels de rente ou d'assurance, est réputée non discriminatoire une distinction, exclusion ou préférence fondée sur des facteurs de détermination de risque ou des données actuarielles fixés par règlement.

Ainsi, une personne atteinte de problèmes chroniques, d'incapacités permanentes, d'un problème cardiaque ou de santé mentale sera jugée à haut risque par les assureurs et devra payer une prime, souvent hors de prix, pour être assurée pour des chirurgies déjà couvertes par le système public.

Les personnes présentement en attente pour une chirurgie seront difficilement assurables. En effet, quel assureur offrira de vendre une prime de 2000 \$, en sachant qu'une personne sera opérée sous peu et que la chirurgie coûtera au moins 12 000 \$ dans le privé ?

Les assurances : pour les mieux nantis seulement

Près de 80 % des contribuables québécois gagnent moins de 50 000 \$ par année. Quand on sait qu'une prime d'assurance pour des chirurgies peut coûter plusieurs milliers de dollars, quelles seront les personnes qui en auront les moyens ? Probablement, celles qui ont des revenus supérieurs à 100 000 \$ par année, qui ne représentent que 2 % des contribuables du Québec. Dans ce contexte, on ne peut qu'affirmer que seul le système public s'avère la seule solution équitable pour toute la population.

L'assurance ne solutionne rien et augmente les frais

Selon une étude de l'OCDE, l'ouverture aux assurances duplicatives a pour effet d'accroître les dépenses totales en santé. Bien que les personnes possédant une assurance privée peuvent bénéficier de délais plus courts

pour une chirurgie électorive, rien ne permet de dire que cela réduit du même coup les temps d'attente dans le secteur public, qui est le seul choix possible pour les catégories à faible revenu.

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le niveau de revenu au Québec

Très pauvre	8,1
Pauvre	20,4
Moyen inférieur	48,7
Moyen supérieur	70,2
Supérieur	79,9

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998.

Lien délétère entre les services visés par la garantie d'accès et les assurances privées

La proposition gouvernementale dit explicitement que les personnes auront le choix de s'assurer privéement pour des services définis par règlement et qui sont également visés par la garantie d'accès. À notre avis, ce lien est dangereux et sciemment voulu par le gouvernement. Plus la gamme de services hospitaliers visés par le mécanisme de garantie d'accès s'élargira, plus la gamme de services pouvant être couverts par les assurances privées s'élargira elle aussi. Et cela se fera sans débat public, par simple voie réglementaire et déterminée par le ministre de la Santé et des

Services sociaux ou le conseil des ministres. C'est carrément inacceptable !
C'est une incitation à créer un système de santé parallèle et à une invitation aux médecins à se désengager en fort nombre de la RAMQ.

Le recours au privé : une solution aux délais d'attente ?

Des études récentes démontrent que l'achat de services dans le secteur privé ne permet pas de réduire les listes d'attente dans le secteur public, particulièrement dans une situation de pénuries de ressources humaines, comme c'est le cas au Québec. Ce qui s'en suit, c'est un transfert des ressources humaines du public vers le privé, ce qui ne conduit pas à augmenter l'offre globale de services pour une majorité de la population.

Recommandation

La Coalition Solidarité Santé s'oppose à l'ouverture aux assurances duplicatives privées, et ce pour tous les services de santé et de services sociaux.

La solution : renforcer le secteur public

Il ne manque pas de solutions pour répondre aux carences du système public de santé et de services sociaux. En fait, il faut de la volonté politique et une conviction que le système public est le seul capable de répondre à tous les citoyens et à toutes les citoyennes sans égard aux revenus de chacun. Et c'est encore dans le public que les soins de santé coûtent moins chers. C'est possible de le faire ! Le gouvernement a réussi à régler les délais d'attente en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie à l'intérieur du système public, sans ouvrir à l'assurance duplicative privée, ni à la prestation privée à but lucratif. Alors, pourquoi ne pourrait-il pas régler les listes d'attente dans d'autres domaines ?

Le secteur public est efficace

Pourquoi se tourner vers le secteur privé, alors que l'efficacité du secteur public n'est plus à démontrer ? Au Québec, ce n'est pas la performance dans la gestion et la prestation des services par le secteur public qui

peuvent être mises en doute, mais bien le sérieux problème de sous financement dont il est victime.

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, les dépenses publiques et privées par habitant au Québec sont de 3 878 \$, alors que la moyenne canadienne est de 4 410 \$. De son côté, l'OCDE établit la moyenne de dépenses par habitant aux États-Unis à 6 500\$.

Le Québec est également l'endroit où les dépenses publiques par habitant pour les soins de santé sont les plus faibles parmi toutes les provinces canadiennes. Elles s'élèvent à 2 430 \$ comparativement à 2 790 \$ pour l'ensemble du Canada.

Compte tenu d'une population de 7,4 millions, l'écart des dépenses québécoises de

360 \$ par habitant avec la moyenne canadienne indique un besoin de rattrapage de 2 milliards 660 millions.

Autres constats :

- Le secteur privé gagne du terrain constamment. Les dépenses privées de santé sont passées de 18,5 % des dépenses totales de santé en 1980 à 30,2% en 2005.
- Le Québec est la province dont les dépenses de santé représentent la plus faible proportion des dépenses de programme du gouvernement.
- Depuis 2002, les dépenses publiques de santé ont augmenté plus lentement au Québec que dans l'ensemble du Canada.
- Après le Nouveau-Brunswick, c'est au Québec où l'on retrouve les dépenses par habitant les plus élevées en médicaments d'ordonnance.

La Coalition Solidarité Santé propose :

1. d'améliorer la gestion et la coordination des listes d'attente ;
2. d'optimiser l'utilisation des équipements du réseau public ;
3. de revoir l'allocation budgétaire dans la santé et les services sociaux afin de mieux répondre aux besoins de la population ;
4. de maintenir l'étanchéité entre médecins participants et non participants ;
5. de renforcer la première ligne.

Malgré les différentes réformes mises en place au cours des dernières années, la première ligne au Québec reste déficiente. Alors que l'ensemble des pays de l'OCDE ont amorcé depuis plusieurs années une diminution de la part relative des dépenses hospitalières, cette diminution au Québec est moins marquée et elle ne se fait pas en faveur d'un meilleur financement des services de première ligne et des services à domicile¹¹. Au contraire, l'approche du gouvernement du Québec est très centrée sur la technologie médicale, les médicaments et les hôpitaux. Les exemples du CHUM et du CUSM sont patents quant à l'ampleur des investissements.

¹¹ Lamarche, P.A., et al., *Le système de financement des soins du Québec: miroir ou mirage des valeurs collectives?* 2005, COLUFRAS

Les enjeux du financement du système de santé et de services sociaux

La Coalition Solidarité Santé s'oppose à l'insertion du chapitre 6 au document de consultation. Bien qu'elle croit que le débat sur les enjeux du financement du système de santé et de services sociaux soit crucial, il ne doit pas se faire dans le cadre de la présente commission parlementaire. En effet, le gouvernement Charest n'a pas cru bon de lancer le débat depuis la sortie du rapport Ménard en juillet dernier, se contentant de le recevoir sans prendre position.

La Coalition s'oppose fermement à une approche omnibus qui voudrait faire davantage que ce que la Cour suprême a exigé. Nous avons été étonnés d'entendre le ministre de la Santé et des Services sociaux vouloir entendre la population à ce sujet, en commission parlementaire¹². Pour nous, il était clair que la commission parlementaire a pour objet d'entendre les personnes et les organisations sur la réponse du gouvernement au jugement de la Cour suprême. Quant au débat sur le financement, nous

¹² Richer Jocelyne, *Financement de la santé – Couillard admet frapper un mur*, Le Nouvelliste, 28 mars 2006

sommes prêts à y participer, mais encore faut-il qu'il soit préparé correctement.

Recommandation

La Coalition Solidarité Santé demande que le débat sur le financement des services de santé et de services sociaux soit le plus large possible et permette à l'ensemble de la population de se prononcer. C'est pourquoi, il doit être reporté à l'automne. Il faut également qu'il soit fait à l'aide de toute l'information et de tous les éléments pertinents pour en débattre adéquatement.

Conclusion

Pour la Coalition Solidarité Santé, le financement du système de santé et de services sociaux doit rester public afin de garantir l'équité pour tous, quels que soient l'âge, le revenu, le territoire géographique ou l'état de santé. La Coalition est par ailleurs convaincue qu'un système mixte, privé et public, coûtera plus cher, sera moins équitable et sera moins efficace. L'effet combiné d'une réponse inappropriée au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli et les propositions du rapport Ménard pourraient nous entraîner dans une direction qui ne serait qu'un immense

recul.

La Coalition demande au gouvernement de renoncer à ouvrir la porte aux assurances privées, même partiellement. Il est clair pour nous, qu'une fois que la porte sera entrebâillée, elle pourra alors s'ouvrir toute grande, d'autant plus que le gouvernement annonce son intention d'ajouter des chirurgies sur la liste par simple voie réglementaire.

Il est impératif de donner au réseau public de santé et des services sociaux les moyens de fournir à la population tous les services médicalement et socialement requis. Par une meilleure utilisation des ressources du réseau et par des investissements publics aux bons endroits, il est possible de diminuer les temps d'attente. La seule solution viable passe par le renforcement de notre système public, parce que toute expérience démontre qu'il coûte moins cher, qu'il est plus efficace et qu'il est plus équitable.