

## La FTQ à la défense d'un système de santé public

Monique Audet  
Chercheure, FTQ

*« Lorsqu'on entend de plus en plus qu'il faut revenir aux vraies valeurs d'une Grande Noirceur qui n'aurait jamais existé, il est grand temps de réaffirmer haut et clair les valeurs léguées par une Révolution qui n'était ni tranquille ni de tout repos : la liberté, l'égalité et la solidarité de l'universalité. »*

Jean-Claude Germain, écrivain et historien québécois  
40<sup>e</sup> Anniversaire de la Loi de l'assurance maladie du Québec

Il y a un an, le 30 octobre 2010, les Médecins québécois pour un régime public, en collaboration avec la FTQ, la CSN, la CSQ et l'UPA et plusieurs invités, se donnaient rendez-vous à la Grande Bibliothèque de Montréal pour souligner le quarantième anniversaire de la Loi de l'assurance maladie du Québec.

L'adoption de cette loi, en 1970, a marqué une avancée fondamentale dans l'évolution du système de santé québécois.

Les risques liés à la maladie, assumés jusque-là par les individus et selon leur capacité de payer, provoquant des drames mesurés par le nombre de morts et de faillites familiales, allaient désormais être pris en charge par l'ensemble de la collectivité. Comme l'a si bien écrit Alfred de Musset, les larmes du passé fécondent l'avenir. La population du Québec a ainsi réussi à se hisser en tête de peloton des populations les plus en santé du globe.

Mais au fil du temps, des soins ont été retirés de la couverture universelle (échographie, résonance magnétique et soins dentaires pour ne prendre que ces exemples). Les dépenses publiques vouées à la santé ont été restreintes, avec des conséquences douloureuses (fermetures de lits et d'hôpitaux, virage ambulatoire sans autres ressources, mise à la retraite du personnel de santé...). Lentement mais sûrement, la table était mise pour une plus grande privatisation du système de santé.

La difficulté d'accès à des médecins de famille, l'engorgement des urgences et les délais d'attente sont sans aucun doute aujourd'hui les problèmes les plus criants du système de santé au Québec.



Ces questions ne sont pas nouvelles, elles nourrissaient les médias il y a déjà plusieurs années. Mais à partir de 2005, elles ont resurgi et n'ont pas cessé depuis d'agiter les lieux de discussion et d'intervention. La santé reste l'une des préoccupations majeures de la population du Québec et on peut dire qu'en 2011, ce sont toujours les mêmes questions qui la tracassent.

En fait, depuis 2005, trois épisodes ont transformé profondément le système de santé : l'affaire Chaoulli, le règlement gouvernemental sur les centres médicaux spécialisés et l'instauration d'une franchise ou d'une « taxe santé ».

### **L'affaire Chaoulli**

Le 9 juin 2005, la Cour suprême du Canada rendait jugement dans ce qu'il a été convenu d'appeler « l'affaire Chaoulli », affaire pour laquelle, en 1997, le Dr Jacques Chaoulli et son patient George Zeliotis avaient entrepris de contrer la longueur des listes d'attente par le biais du système judiciaire.

La conclusion du jugement reposait sur le fait que des listes d'attente trop longues mettaient en cause la sécurité, l'intégrité et la vie des personnes et que, dans ce cadre, l'interdiction de contracter des assurances privées pour recevoir des soins des médecins non participants devait être levée, sans mettre en cause la nécessité de préserver et d'améliorer un système de santé public et universel.

La question de la levée de l'interdiction de contracter des assurances privées a été le coup d'envoi d'un débat qui continue d'opposer d'un côté les tenants d'une privatisation accrue du système de santé et de l'autre, les défenseurs inconditionnels du système public.

Fidèle à ses principes, la FTQ s'est mise de la partie. Participant à la commission parlementaire sur les garanties d'accès au système de santé, en mars 2006, la FTQ constatait que des progrès notables avaient été accomplis dans la réduction des listes d'attente, sans résoudre le problème pleinement et complètement. Elle se disait confiante que des solutions efficaces et publiques pouvaient être apportées à la gestion des listes d'attente.

Le <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf> document gouvernemental appuyant cette consultation reconnaissait par ailleurs que la levée de l'interdiction de l'assurance privée ouvrirait « *la voie au développement d'un réseau privé de prestation de services où les personnes disposant de moyens financiers suffisants pourraient obtenir des services médicaux et hospitaliers plus rapidement que celles qui utilisent les services financés par le secteur public* ».

La FTQ estimait donc que pour se plier aux prescriptions du jugement d'alléger les listes d'attente, il fallait trouver une solution autre que la levée de l'interdiction de l'assurance privée.

Plusieurs études et de multiples expériences à travers le monde démontraient qu'une extension de l'assurance privée duplicative conduisait tout droit à l'établissement d'un système de santé à deux vitesses<sup>1</sup>.

### L'OCDE

« Dans les systèmes duplicatifs, par exemple, l'assurance maladie privée offre à ceux qui peuvent se le permettre un niveau de soins, de choix et de rapidité d'accès supérieur à ce qu'offre le système public. Les assurés d'un régime privé peuvent en particulier bénéficier de délais plus courts pour la chirurgie électorive. Mais 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. »

OCDE, *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, 2004, ISBN : 9264015655.

Le gouvernement a cru qu'une levée partielle de l'interdiction de recourir à l'assurance privée constituait la solution, en la limitant aux chirurgies électorives de la hanche, du genou et des cataractes. Le gouvernement se gardait par ailleurs une marge de manœuvre en permettant d'élargir cette liste par simple règlement, le cas échéant.

Le gouvernement proposait de fixer des balises pour les délais suivant l'inscription sur une liste d'attente par un spécialiste. Tout en trouvant l'intention louable, la FTQ recommandait que de telles balises soient fixées afin de permettre d'abord l'accès à un médecin de famille, porte d'entrée dans le système de santé. Elle souhaitait du même coup qu'un mécanisme efficace puisse assurer les liens entre les médecins généralistes, les spécialistes, les autres personnels de soins dans les différents lieux d'intervention (cabinets, cliniques, établissements).

On ajouta un nouvel élément, celui des cliniques spécialisées affiliées. Comme d'autres, la FTQ s'est inquiétée du fait que la porte était ainsi ouverte à l'apparition d'importants centres de soins gérés par de grandes entreprises pour qui les impératifs de la rentabilité financière dameraient le pion à tout autre critère sociosanitaire.

Même l'ex-ministre de la Santé, Philippe Couillard était du nombre. *Le Devoir* du 14 février 2006 rapportait que ce dernier avait souligné l'incapacité de l'entreprise privée, « partout où on lui en a donné l'occasion, d'offrir des services aussi accessibles et peu coûteux qu'un régime basé sur la taxation universelle. »

*A contrario*, il n'est pas inutile de rappeler la réaction du D<sup>r</sup> Pierre St-Michel du groupe privé Opmedic. Pour lui, l'idée de cliniques spécialisées apparaissait comme « une belle ouverture vers



*le privé qui produira l'effet domino [...] Ce n'est que la pointe de l'iceberg. On a entr'ouvert la porte et on va voir beaucoup plus de possibilités... que les trois types de chirurgie annoncés<sup>2</sup>.» Le docteur ne doutait pas que l'effet « tache d'huile » gagnerait les traitements pour les pathologies anales, digestives, cutanées, mammaires, biliaires, herniaires, etc.*

Et il n'a pas eu à attendre très longtemps avant de voir ses vœux exaucés.

### **Le règlement sur les centres médicaux spécialisés**

En 2008, quelques mois avant de rejoindre Persistence Capital Partners — un fonds d'investissement en santé propriétaire entre autres du groupe de cliniques privées Medisys — l'ex-ministre Philippe Couillard avait préparé un règlement voulant qu'un nombre quasi illimité de traitements médicaux pour les pathologies anales, digestives, cutanées, mammaires, biliaires, herniaires, etc. puissent obligatoirement être effectués dans des centres spécialisés privés, à la seule condition de justifier un hébergement de 24 heures. Seuls des médecins non participants au régime public auraient le droit de pratiquer dans ces centres. Ce règlement devait inciter les médecins participants à se désengager, en plus de préparer le terrain pour une ouverture encore plus grande à l'assurance privée. L'ex-ministre, au même moment, décidait par décret de réduire de moitié le coût des permis d'exploitation des cliniques privées.

La FTQ et la CSN, conjointement, ont entrepris de contester l'adoption de ce règlement.

À son arrivée au ministère de la Santé, le D<sup>r</sup> Yves Bolduc a retiré temporairement le projet de règlement pour cause « d'ajustements techniques » nécessaires.

Le règlement modifié est finalement entré en vigueur en mars 2010 et après présentation du projet de loi 34.

Pour la FTQ, le règlement final avait reculé sur les chirurgies dispensées en centres médicaux spécialisés privés, mais il en contenait tout de même une cinquantaine, concernant les pathologies mentionnées plus haut. Le contrôle sur la gestion et le fonctionnement des centres médicaux spécialisés avait été resserré et le pouvoir réglementaire du ministre avait été transféré au gouvernement. L'élargissement de l'assurance privée duplicative ne pourrait être édicté sur simple décision du ministre, l'Assemblée nationale en serait saisie.

Si les modifications au projet de loi répondaient en partie aux inquiétudes de la FTQ, les jalons de la création d'un marché privé de la médecine et de l'assurance privée duplicative y étaient toujours présents. C'est pourquoi la FTQ a réclamé le retrait du projet de loi.

En date du 6 juillet 2010, une cinquantaine de centres médicaux spécialisés avaient reçu un permis du ministère.



Bien que le nombre de médecins désengagés non participants à la RAMQ soit encore faible— on en comptait quelque 420 en avril 2011 — il n'en reste pas moins qu'il y a à peine quatre ans, on n'en comptait qu'une cinquantaine. C'est dire qu'il a augmenté de 800 % !

Tout médecin est réputé **participatif** au régime d'assurance maladie et il est rémunéré par la RAMQ selon les ententes intervenues entre les fédérations de médecins et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Un médecin **désengagé** exerce sa profession en dehors des cadres du régime mais accepte d'être rémunéré suivant les ententes. Ce sont les patients qui paient le médecin et qui doivent réclamer un remboursement auprès de la RAMQ.

Un médecin **non participatif** exerce sa profession en dehors des cadres du régime. Les patients assument à eux seuls le paiement de ses honoraires, lesquels ne sont soumis à aucune règle ou aucun barème spécifique.

(<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/desengages/desengages.pdf> La liste des médecins désengagés ou non participants est disponible sur le site de la RAMQ.)

Il faut savoir également qu'un médecin participatif peut se désengager ou devenir non participatif de façon temporaire, pour ensuite se réengager auprès du système public.

Si le principe d'étanchéité fait en sorte qu'un médecin ne puisse pas au même moment être à la fois participatif et désengagé ou non participatif, il reste qu'un va-et-vient est possible, contribuant à brouiller les cartes.

La situation reste d'autant plus complexe que selon le Collège des médecins du Québec, « *les médecins participatifs au régime offrent des services couverts à des personnes assurées. Mais un médecin participatif peut également offrir des services non couverts. Ou encore, il peut offrir des services couverts, mais à des personnes non assurées. Une personne assurée peut également décider de consulter un médecin non participatif pour recevoir des services qui seraient assurés si le médecin était participatif. Et ainsi de suite.* »  
[http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/\\_media/8A7D2DA17371498E829E9A1920C9794E.ashx?sc\\_lang=fr-CA&71108](http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/_media/8A7D2DA17371498E829E9A1920C9794E.ashx?sc_lang=fr-CA&71108) Revue Le Collège, printemps 2011.

L'apparition, d'une part, de centres médicaux spécialisés où ne pratiquent que des médecins non participants toutefois habilités à dispenser des services assurés et celle, d'autre part, de centres médicaux spécialisés où ne pratiquent que des médecins participatifs ne peut qu'ajouter à la confusion.

Une chose est certaine : il est dorénavant possible pour des personnes nanties de s'offrir une série importante de soins et de services de santé à l'intérieur des centres médicaux spécialisés; de même, elles feront de plus en plus pression pour que l'assurance privée se développe.

Il y a donc lieu de croire que l'avènement d'un régime de santé à deux vitesses est en cours au Québec, tant sur le plan de l'offre des soins que sur celui du déploiement de l'assurance privée.

### **La taxe santé**

L'introduction, par le gouvernement Charest et son ministre des Finances Raymond Bachand, de la contribution santé ou « taxe santé » marque le troisième épisode.

Cette contribution, qui sera de 200 \$ par adulte en 2012, sera versée par l'intermédiaire des déclarations de revenus.

À cette contribution devait s'ajouter une franchise calculée en fonction du nombre de consultations médicales effectuées pendant l'année. Il s'agissait là, ni plus ni moins, d'un ticket modérateur faisant appel à la notion d'utilisateur-payeur.

Sous la pression sociale, le gouvernement Charest a reculé, tout en maintenant la contribution santé. Le concept d'utilisateur-payeur ne peut trouver de sens légitime dans le domaine de la santé, car il incite à modérer l'accès aux services de santé et à dégrader l'état de santé des patients. On doit se féliciter du succès de la mobilisation populaire, mais il faut demeurer vigilants.

Plusieurs expériences ont montré que les frais modérateurs ne permettent pas d'atteindre les objectifs soi-disant poursuivis, à savoir la réduction des dépenses publiques, la responsabilisation des individus et la diminution des consultations médicales inutiles. Au contraire, les gens à faibles revenus et malades évitent autant que possible de recourir aux soins de santé, aggravant par là leurs problèmes et coûtant en bout de piste plus cher au système public.

Que ce soit en Allemagne, en France, aux États-Unis, aux Pays-Bas ou même en Suède, les bilans sont négatifs: patients ruinés, objectifs ratés, augmentation des coûts et des frais administratifs de gestion, pouvoirs indus et monopolisation croissante des assureurs, hausse des primes.

Ces trois épisodes participent tous du même phénomène : la marchandisation de plus en plus grande des services publics. En même temps, le principe de démocratie, d'accessibilité et d'universalité en prend un coup et c'est celui des inégalités refait surface.

### **La logique du marché**

L'expérience du Québec est loin d'être unique.



Un peu partout dans le monde, les réformes des systèmes de santé s'intègrent entièrement au phénomène de la mondialisation. La même logique préside aux transformations visées : la pénétration du capital dans la sphère des services publics, considérés non plus comme des droits communs, mais comme des biens de consommation soumis à la sacro-sainte loi de l'offre et de la demande et du libre marché.

L'enjeu n'est donc pas accessoire, il relève plutôt d'une orientation politique précise quant à la nature profonde à donner à notre société, conception qui, essentiellement, repose sur la logique marchande, la diminution du rôle de l'État et sur l'ouverture de nouveaux champs d'intervention pour l'investissement privé, sans par ailleurs qu'on ait fait la preuve que cela sert l'intérêt public.

Les représentants politiques font dorénavant une profession de foi envers le libre marché et renoncent à faire jouer à l'État sa responsabilité première : la défense de l'intérêt public et du bien-être de la population. L'État devient un bradeur d'une partie importante de la richesse publique pour la livrer impunément aux mains d'entreprises privées à la recherche de profits dans de nouveaux champs d'intervention et plus particulièrement dans le domaine de l'assurance privée et de la constitution d'établissements de santé privés.

Accueillir au Québec les multinationales de la santé qui sont à l'œuvre chez nos voisins du Sud et qui viendront offrir les infrastructures d'établissements privés de santé n'aura qu'une seule et unique conséquence : siphonner le personnel public vers le secteur privé et un désengagement grandissant des médecins vis-à-vis du système public. De la même manière, on peut s'attendre à ce que les cas les plus compliqués et les plus onéreux soient laissés à la charge d'un système public plus ou moins dépossédé de sa main-d'œuvre.

Le président de la Fédération des médecins spécialistes, Gaétan Barrette, témoignait du danger :

*« Aujourd'hui, je vous le dis, il y a une flopée de gens d'affaires québécois, canadiens et aussi étrangers qui nous appellent pour savoir comment on peut faire des "takeovers", et nous jugeons cela très inquiétant. [...] Si elles s'avéraient, ces prises de contrôle donneraient lieu à des achats multiples, synchronisés et volontaires destinés à créer de petits et grands empires de la santé. [...] J'ai vu ce genre de "takeover" en Europe. Et partout – j'insiste: partout – dans les cliniques où les actionnaires majoritaires étaient des entrepreneurs, il y avait une pression pour tourner les coins ronds et abaisser la limite inférieure de la qualité médicale. »*

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/176233/le-systeme-de-sante-dans-la-mire-des-speculateurs> *Le Devoir*, 15 février 2008.

Il faudra redoubler d'efforts pour imposer une réforme efficace du système public de santé, puisqu'il est possible de résoudre les problèmes actuels par le biais des solutions publiques.

**Les solutions sont publiques**

Au Québec, si nous réussissons à régler les problèmes d'accessibilité, d'engorgement des urgences et des délais d'attente, nous pourrions dire « mission accomplie ».

Pour la FTQ, plusieurs moyens sont à portée de main, à condition que les syndicats d'employés, les fédérations de médecins et autres associations de personnel et les patients interviennent.

- Procéder à une organisation du travail et des soins en équipe en jetant des ponts entre les professionnels de la santé et le personnel de soins.
- Constituer des listes d'attente communes par spécialité plutôt que des listes dispersées et dédoublées.
- Accroître les heures d'ouverture des blocs opératoires.
- Déléguer un certain nombre d'actes médicaux, des médecins aux infirmières et des infirmières aux infirmières auxiliaires et des infirmières auxiliaires aux préposées.
- Revoir les modes de rémunération des médecins.
- Étendre le réseau de groupes de médecine familiale avec la prise en charge d'une clientèle ciblée.
- Remplacer certains rendez-vous par de simples coups de fil (renouvellement de prescriptions, transmission de résultats de tests, etc.).
- Mettre sur pied des cliniques ambulatoires publiques spécialisées.
- Rendre disponibles les données du dossier médical aux différents intervenants afin de procéder à un véritable plan de traitement (informatisation avec protection de la vie privée).
- Systématiser la prescription par les pharmaciens dans le cas de pathologies facilement identifiables.
- Rendre accessibles les fins de semaine les ressources spécialisées publiques (résonance magnétique, échographie, etc.).
- Freiner et prévenir la pénurie en modifiant les conditions de travail :
  - ✓ en prenant les moyens de réduire le nombre de lésions, de maladies professionnelles et d'accident de travail ;



- ✓ en introduisant de meilleurs horaires de travail ;
- ✓ en favorisant l'embauche de personnel à temps plein ;
- ✓ en abolissant le recours aux agences de placement ;
- ✓ en s'attaquant au problème de l'équivalence de diplômes pour les personnes provenant de l'étranger.

Il ne s'agit pas ici de vœux de l'esprit.

Les membres des syndicats FTQ du secteur de la santé vivent quotidiennement les problèmes auxquels les médias font allusion et y voient de nombreuses solutions.

Les médias font de temps à autre écho à plusieurs suggestions venues d'ici ou d'ailleurs, proposées par des chercheurs, des médecins, des usagers et autres observateurs. Malheureusement, ces nouvelles demeurent trop souvent sans lendemain.

#### **Des exemples**

- À Sault-Sainte-Marie, en centralisant le système d'enregistrement des traitements, le délai moyen entre le premier examen et le traitement d'un cancer du sein est passé de 107 à 18 jours.
- Au Québec, au Centre de santé et des services sociaux de Pontiac, la mise sur pied d'une clinique de transition capable d'accueillir tous les patients sans médecin de famille de la région a permis en quelques mois de leur en fournir un dans les deux tiers des cas, et de réduire d'autant les visites à l'urgence.
- À Edmonton, la réorganisation des services a fait passer l'attente moyenne pour des programmes liés au diabète de six mois à deux semaines.
- À l'hôpital Heartlands de Birmingham, l'intégration des listes d'attente de chaque chirurgien en une seule a permis de réduire le temps d'attente de 75 %.
- Un projet-pilote de l'Université de Pittsburgh a montré que chaque tranche de 35 000 \$ investis en hygiène et propreté contribuait à la diminution des infections bactériennes, tout en générant des économies annuelles de 800 000 \$.

Des travaux conjoints réalisés en 2008 par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont montré que l'on pourrait effectuer au Québec au moins 50 000 chirurgies de plus annuellement, soit 5 % de plus, moyennant des changements simples, applicables et... publics. Un an plus tard, après un suivi effectué auprès de



neuf centres hospitaliers, on constatait que le nombre de chirurgies avait augmenté de 10,2 %, soit deux fois plus que prévu et à petits frais.

Une chose est certaine : on ne peut baisser les bras. Ce qu'il faut, c'est placer les besoins de la population et des patients au centre des préoccupations. Beaucoup plus qu'une réorganisation des établissements de santé, une véritable réforme doit viser une réorganisation des soins et des services coordonnée et basée sur la réalité locale et régionale.

Elle doit également viser à modifier la façon d'établir les budgets de la santé et à ajuster ces derniers selon les caractéristiques de la population, de son état de santé, de ses besoins et de sa géographie.

Elle doit enfin viser à faire en sorte que l'orientation générale des politiques de santé soit le résultat d'une concertation ouverte entre les différents intervenants.

Pour ce faire, la FTQ a lancé l'idée de la tenue d'États généraux de la santé, réunissant l'ensemble de la société civile. C'est à suivre.

---

<sup>1</sup> On entend par assurance privée duplicative une assurance parallèle à l'assurance publique pour des services et des soins dispensés par le système public de santé. Les bénéficiaires de régimes d'assurances collectives, par exemple, voient leurs médicaments et certains soins et services remboursés par ces régimes plutôt que par le régime public d'assurances.

<sup>2</sup> Stéphane St-Amour, *Le Courrier de Laval*, 26 février 2006. Document consulté sur Internet.

