



Le groupe de travail sur le financement de la santé pour assurer la pérennité du système de santé québécois – Groupe Castonguay

Premier regard

Hélène Le Brun, conseillère
juin 2007
D11793

Le groupe de travail Castonguay

Présentation

Le groupe de travail sur le financement de la santé pour assurer la pérennité du système de santé québécois a été mis sur pied le 24 mai 2007 par la ministre des Finances et présidente du Conseil du trésor, M^{me} Monique Jérôme-Forget, dans la foulée de son *Discours sur le budget 2007-2008*. Le groupe de travail doit remettre son rapport à la ministre à l'automne et un plan d'action sera par la suite développé et mis en œuvre. Les consultations effectuées par ce groupe de travail seront sur invitation d'un nombre très limité de groupes dont ni les centrales syndicales ni la Coalition Solidarité Santé ne font partie.

M^{me} Forget a nommé M. Claude Castonguay, ancien ministre de la santé du Québec au moment de la mise sur pied du système public de santé du Québec dans les années 1970, pour présider le groupe de travail. Chacun des partis de l'opposition officielle y a désigné un coprésident de leur choix. L'Action démocratique du Québec y délègue M^{me} Johanne Marcotte, réalisatrice du film documentaire *Les illusions tranquilles* et le Parti Québécois a choisi M. Michel Venne, éditorialiste au quotidien *Le Devoir* et directeur de l'Institut du Nouveau Monde pour le représenter.

Il faut rappeler que ce comité de travail fait suite à plusieurs autres groupes ou commissions mis sur pied dans la dernière décennie sur la même question : Arpin, Romanow, Clair et très récemment Ménard. La ministre Jérôme-Forget a dit compter sur la notoriété et la crédibilité de l'ancien ministre de la santé et père de l'assurance maladie pour garantir que, cette fois, le rapport ne serait pas tabletté.

Or, de l'avis de la majorité des groupes sociaux et de quelques analystes, M. Claude Castonguay n'a pas l'indépendance nécessaire pour présider ce groupe de travail. Ancien président de la Banque Laurentienne, il a travaillé au sortir de ses fonctions politiques, entre autres, dans le domaine des assurances. De plus, il vient de produire un rapport tout chaud sur la même question pour le groupe Cirano (Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations). Dans ce rapport intitulé *Santé : pour des changements en profondeur*, ses recommandations pour la pérennité du système public avancent déjà des pistes de solution telles que le ticket modérateur, l'abolition de la cloison entre le privé et le public pour les médecins, une grande ouverture aux assurances privées et la révision de la Loi canadienne sur la santé. Claude Castonguay rendait d'ailleurs publiques les conclusions de son rapport lors d'une allocution prononcée devant l'Institut économique de Montréal le 16 mai 2007, soit moins de dix jours avant sa nomination à la présidence du comité.

Or, le mandat du groupe de travail commande notamment de « proposer au gouvernement des sources additionnelles de financement pour la santé ; de préciser le rôle que peut jouer le secteur privé pour améliorer l'accès aux soins [...] ; d'examiner les modifications qui pourraient être nécessaires à la Loi canadienne sur la santé.

Afin de justifier la mise sur pied de ce nouveau groupe de travail, la ministre Jérôme-Forget¹ explique que « cette intervention à l'égard du financement du système de santé devient nécessaire en raison des pressions considérables qu'exercent, et qu'exerceront encore davantage à l'avenir, les coûts financiers du système de santé sur les finances publiques du gouvernement du Québec. » Toujours selon M^{me} Jérôme-Forget, « les données démographiques, notamment le vieillissement de la population et l'inversion de la pyramide des âges, conjuguées à la hausse du coût des technologies médicales et des médicaments, font en sorte que l'augmentation annuelle des budgets de la santé est appelée à s'accélérer durant les prochaines années. » Est-il nécessaire de rappeler que la ministre Jérôme-Forget met sur pied ce comité sur le financement et la pérennité du système de santé au moment même où elle annonce dans son *Discours sur le budget 2007-2008* une réduction des impôts de près d'un milliard de dollars, preuve que son gouvernement peut du même souffle priver les recettes publiques et affirmer qu'il n'a plus d'argent pour les soins de santé.

Il y a à peine un an également, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, reconnaissait lui-même, à la suite des travaux du professeur Béland de l'Université de Montréal, que les finances publiques du Québec au regard des dépenses de la santé étaient sous contrôle, que l'effet du vieillissement de la population n'était pas catastrophique et que Québec était en mesure de faire face aux besoins de sa population.

Aussi, depuis 2002, les dépenses publiques en santé au Québec sont moindres que dans les autres provinces. En 2005, l'Institut canadien d'information sur la santé révélait que pour une autre année, le Québec se situait en queue de peloton au regard de ses dépenses en santé (2 707 \$ par habitant), démontrant ainsi un écart de près de 12 % avec la moyenne canadienne (3 069 \$ par habitant).

Quant au phénomène du vieillissement de la population, il est reconnu que son impact sur l'augmentation des dépenses en santé est minime, soit moins de 1 %.

Conjoncture politique

Il est important de rappeler que la mise sur pied de ce groupe de travail fait suite à la loi 33 adoptée sous le bâillon en décembre 2006. Cette loi prévoit la mise sur pied de cliniques médicales spécialisées privées composées soit de médecins participants ou non participants au régime public de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui pallieront aux délais d'attente trop longs dans les hôpitaux publics en offrant, sous régime public, des chirurgies limitées pour l'instant à la hanche, au genou et à la cataracte.

¹ En 1999, Monique Jérôme-Forget cosignait avec son conjoint Claude E. Forget un document intitulé *Qui est maître à bord ? Projet de réforme du système de santé canadien* dans lequel son orientation était déjà passablement étayée sur les besoins d'une réforme radicale du système de santé canadien axée sur la réponse aux « besoins de santé des consommateurs ».

Cependant, la loi 33 prévoit que le gouvernement du Québec peut allonger la liste des chirurgies admissibles à l'offre privée par simple voie réglementaire. Des réflexions sont d'ailleurs déjà en cours à Québec pour élargir rapidement cette liste.

Même si elles œuvrent sous régime public, il reste que ces cliniques sont autorisées à imposer des frais accessoires aux patients pour des médicaments et les produits anesthésiants nécessaires à la chirurgie. En milieu privé, ces frais sont parfois exorbitants.

Par ailleurs, ces cliniques où œuvrent des médecins non participants à la RAMQ pourront également être accessibles aux personnes qui souscriront à une assurance privée pour obtenir, dans le secteur privé, ces chirurgies normalement couvertes par le régime public. Cette ouverture aux assurances privées était auparavant interdite par la loi, mais l'arrêt de juin 2005 de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli déclarait que l'interdiction de l'assurance privée, dans le cas où les délais d'attente pour obtenir une chirurgie sont déraisonnables, contrevenait à la Charte québécoise des droits et libertés et sommait le gouvernement du Québec de trouver une résolution à ce problème. Le gouvernement du Québec avait le choix de sa réponse pour garantir des délais d'attente raisonnables. Il a choisi de procéder par la loi 33 et d'ouvrir le recours à l'assurance privée.

Depuis l'adoption de la loi, même si celle-ci n'était pas encore en vigueur, on a vu poindre plusieurs initiatives mercantiles, Medi +, Medecina, le Groupe Chaoulli et autres.

Dans une décision rendue le 5 juin dernier, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a rendu illégales les pratiques de la firme Medecina, des cliniques RocklandMD et Opmétic en vertu des clauses sur les frais accessoires. Les cliniques contrevenantes chargeaient des frais de toutes sortes aux patients pour le fonctionnement de la clinique incluant la rémunération du personnel. Or, plutôt que d'affirmer sa volonté de renforcer rapidement la loi sur les frais accessoires, le ministre Couillard a déclaré qu'il était peut-être temps de la modifier pour qu'elle reflète la réalité actuelle !

Une consultation supplémentaire initiée par le Collège des médecins

Quelques jours après l'annonce du groupe de travail par la ministre des Finances, le Collège des médecins proposait à son tour, le 8 juin dernier, un sommet sur la santé. Seront conviés à ce sommet, du 5 au 7 novembre 2007, les organisations syndicales, les divers acteurs et intervenants du réseau de même que les associations représentant les malades.

Il faut rappeler que dans le passé, le Collège des médecins a toujours affirmé qu'il compte lui aussi sur un meilleur arrimage entre les secteurs privé et public.

Un petit rappel historique

Avant l'instauration du Régime d'assurance maladie du Québec en 1970, les soins de santé n'étaient pas gratuits. L'assurance privée était reine pour les plus fortunés, la charité publique pour les plus démunis et l'endettement personnel pour les autres !

À cette époque, beaucoup de familles québécoises ont eu à s'endetter et à se priver grandement pour avoir accès à des soins de santé.

L'épreuve des faits

- **La contribution du secteur privé pour des chirurgies mineures ne conduit pas à des économies pour l'État**
 - En 2004, *The British Medical Journal* rapportait que les cliniques privées de chirurgie de la hanche avaient chargé 47 % de plus au gouvernement britannique que si ces chirurgies avaient eu lieu dans un hôpital public.
 - En août 2005, après la décision de la Cour suprême, des médecins britanniques écrivent à leurs collègues canadiens pour les inciter, d'expérience, à ne pas se lancer dans un système privé parallèle : « pour raccourcir les listes d'attente, on signe d'alléchants contrats avec le secteur privé, jusqu'à 40 % plus cher qu'en milieu public. Celui-ci prend des cas légers et sans risque de complication ou nécessité de suivi », leur disent les docteurs Peter Fisher et Jacky Davis.
 - En Alberta, un expert en politique publique a dévoilé que le coût d'une chirurgie de la hanche s'établissait à 10 000 \$ dans un hôpital public contre 21 780 \$ dans une clinique privée.
- **Le recours au secteur privé par les gens qui ont les moyens de s'y payer les soins ou de recourir à des assurances ne réduit pas les listes d'attente dans le secteur public**
 - En Angleterre et en Australie, où on a adopté un système semblable à ce que Québec propose, le recours aux soins privés de chirurgie a eu un effet nul sur les listes d'attente du secteur public. Par contre, les médecins ont réduit leur offre de services dans le système public.
 - En Alberta, la loi 11 a permis l'introduction graduelle du système privé. Les fournisseurs de soins privés se sont installés uniquement en zone urbaine. Les listes d'attente les plus longues du système public se retrouvent justement dans les régions où ces services privés se sont installés. Le personnel médical est invité à désertir le secteur public pour œuvrer dans le secteur privé.

- **Le recours aux assurances privées pour obtenir des soins de santé n'est pas sans effet sur la population en général**
- Plus une personne est pauvre, plus elle risque d'être malade ou de vivre avec des incapacités et moins elle aura les moyens de payer les primes exorbitantes d'assurance. De plus, les compagnies d'assurances sont peu enclines à assurer les personnes âgées. Les cliniques privées de chirurgie demandent des frais accessoires pouvant aller de 700 \$ à 17 000 \$.
- En Australie et en Angleterre, l'instauration d'un système d'assurance privée a fait exploser les coûts du système public en raison des subventions qui ont été versées aux assurances. Plutôt que de soutenir le système public, des fonds gouvernementaux sont dirigés vers le secteur privé à but lucratif. Il y a eu par la suite des coupes dans les budgets de programmes de santé mentale, de soins à domicile et autres programmes communautaires.

Les impacts sur le système public

- **La pénurie de personnel**
- Le manque d'accessibilité aux services et aux soins est en grande partie attribuable à la pénurie de médecins et d'infirmières. Or, le ministère de la Santé et des Services sociaux de même que l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) évaluent à près de 100 000, les recrues qu'il faudra rechercher d'ici 2015.
- **Les inégalités sociales**
- Les personnes plus riches vivent en moyenne six années de plus que les personnes plus pauvres. À Westmount, on vit en moyenne neuf ans de plus qu'à Pointe Saint-Charles.
- Il est reconnu que les cliniques privées ne s'occupent pas des pauvres. Le but du secteur privé est de faire des profits. Il s'occupe donc des personnes qui représentent le moins de risques possible au regard de la santé. Il préfère les chirurgies à haut volume, les plus rentables laissant au secteur public les cas les plus lourds... et les listes d'attente les plus longues (OCDE, 2004).
- **Le contexte de la mondialisation et du libre-échange**
- Le ministre dit qu'il n'y a aucun problème à ce que la prestation soit privée si le financement demeure public. Or, la notion de « propriété » est de première importance dans la conception d'un système de santé.
- Les privatisations ouvrent le système de santé québécois aux marchés internationaux de libre-échange. À partir du moment où l'on privatise certains pans

de services spécialisés, de services à domicile ou de services d'hébergement, des appels d'offres peuvent être accessibles à des compagnies étrangères.

Les solutions publiques existent

- Régler la pénurie de personnel.
- Développer des centres ambulatoires publics.
- Adopter un plan de gestion ministériel incluant des normes administratives rigoureuses de coordination des listes d'attente.
- Mettre l'accent sur la prévention.
- Développer les services à domicile.

Les revendications

- Abroger la loi 33
- Adopter une loi qui interdit tout recours à un système privé parallèle pour dispenser des soins médicaux et hospitaliers couverts par le Régime d'assurance maladie du Québec.

L'action-mobilisation

- À l'exemple de la mobilisation canadienne.
- En CSQ : actions à déterminer tôt à l'automne et poursuite de la campagne santé.
- En SISP : tournée médiatique régionale.
- En Coalition Solidarité Santé : le Forum social québécois et actions de mobilisation en alliance élargie avec des groupes de médecins progressistes, des universitaires et d'autres groupes sociaux.