

APPEL

pour un système de santé public

La privatisation :
une illusoire incantation

Faire de la **santé** et du **bien-être**
de la population un objectif
politique solidaire

Novembre 2007

www.santesansprofit.org

Faire de la santé et du bien-être de la population un objectif politique solidaire

Les appels à la privatisation accrue de notre système de santé se sont multipliés depuis une dizaine d'années au Québec. La porte ouverte par le jugement de la Cour suprême du Canada en juin 2006, a donné à ces appels la forme d'une incantation de plus en plus insistante. Ce discours propose un privé mythique, parfait, efficace, sans faille,quasi désintéressé ! et qui serait la solution miracle à des problèmes complexes qui relèvent pourtant essentiellement d'une gestion publique et de choix politiques.

Les signataires de cette déclaration, affirment qu'au contraire les faits portent à croire que l'incantation à la privatisation et le choix de cette voie constituent un recul, une sorte de «marche avant vers le passé» qui nous conduit dans un cul-de-sac dont nous aurons peine à nous extirper. **D'où cet appel à nos concitoyennes et concitoyens pour une résistance raisonnée à la privatisation du système de santé, un appel en faveur de solutions publiques mettant la solidarité au service de la santé et du bien-être de la population du Québec.**

Car avant d'être économique, la privatisation a d'abord une dimension politique et culturelle : elle s'attaque à des valeurs d'égalité, de justice, de solidarité que les sociétés ont mis un temps précieux à intégrer dans leurs institutions et dont elles tirent leur inspiration pour la mise en place de politiques et de programmes sociaux universels.

Résister à l'appel des sirènes!

Une privatisation passive, sournoise est commencée depuis longtemps : des soins dentaires aux examens de la vue en passant par les services diagnostic et les médicaments, nous payons de plus en plus cher pour y avoir accès et de manière de plus en plus inégalitaire entre les citoyens entre autre parce que ce sont les assurances privées, individuelles ou collectives, qui monopolisent désormais ces secteurs.

Mais une privatisation agressive a maintenant pris le relais : pas une semaine sans qu'on nous annonce l'ouverture d'une clinique privée, d'une agence privée de soins infirmiers, de centres d'accueil privés pour personnes âgées en perte d'autonomie, de partenariats public-privé, etc. Nous avons même connu un Davos de la santé ! ... Au rythme où vont les choses, la population s'interroge avec raison : est-ce qu'un système privé, parallèle au système public, nous pend au bout du nez ?

Nous sommes en effet passés en une vingtaine d'années d'une « demande de services publics » à une « demande de privé ». Car les forces qui poussent dans cette direction sont nombreuses : de la remise en question de l'État providence au début des années 80 à la réingénierie néo-libérale de l'actuel gouvernement¹, elles s'additionnent et se renforcent mutuellement. Le Rapport Clair, le rapport Ménard, les think tanks de droite tel l'Institut Fraser ou l'Institut économique de Montréal, qui offrait un Fellowship au Dr Chaouli pour appuyer son recours devant la Cour suprême, têtes d'affiches de l'establishment médical, du monde des finances, ou encore nombre de « lucides », toutes ces forces martèlent de façon lancinante la nécessité de privatiser le système de santé.

On accuse le système public d'être atteint d'une « rigidité étouffante »² et de souffrir d'inefficacité parce qu'il serait devenu trop lourd, trop coûteux, trop bureaucratique. Le remède ? Toujours la même incantation: faire entrer le privé. Pour mieux le justifier on invoque tous « les scénarios catastrophes » : le vieillissement de la population, les nouvelles technologies, la croissance effrénée des coûts et la disette des finances publiques. Le discours est ensuite admirablement dramatisé et relayé par une ligne éditoriale bien soutenue dans les principaux médias en vue. On monte en épingle le moindre raté du système public, on en exagère les faiblesses : la vétusté des installations, les longues listes d'attente, etc. En somme, le système public serait en faillite; le privé pourrait le sauver !

À force de nous faire asséner cette incantation, nos cerveaux sont devenus des territoires occupés par des idées qui servent l'intérêt de puissants secteurs financiers. Sous cette influence, nous avons fini par souffrir d'amnésie. Nous avons oublié qu'avant l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie, les gens devaient recourir aux assurances privées... ou à la charité. La maladie était alors la principale cause d'endettement des familles québécoises. Bon nombre de familles s'y sont même ruinées.

Aveuglés par la propagande du privé, nous avons littéralement perdu de vue ce qui se passe dans la cour du voisin étatsunien pour prendre la mesure de ce qui nous attend. Nous sommes incapables même de voir l'état pitoyable de la santé dentaire des Québécoises et des Québécois,qui pourtant témoigne du dégât que la privatisation croissante d'un domaine peut causer. §

Le privé : sauveur ou fossoyeur du système public?

Nous avons été encouragés à penser que le secteur privé est le garant du droit à la vie et à l'intégrité des personnes, qu'il constitue la dernière chance d'un système public présumé en faillite, qu'il augmentera l'accessibilité, réduira les listes d'attente, diminuera les coûts et augmentera la qualité des soins. Mais ce privé qu'on nous présente comme le sauveur du système public n'en serait-il pas en réalité le fossoyeur ? Plusieurs faits, peu connus de la population québécoise, nous mènent à cette conclusion.

Des coûts plus élevés et moins contrôlés dans le secteur privé ³

Décennie après décennie, une écrasante majorité des études les plus rigoureuses démontrent que :

- Les systèmes publics sont moins coûteux pour les individus et les collectivités que les systèmes privés. Ainsi, en moyenne, chaque Suédois et Suédoise dépense par année 2825\$ pour la santé; chaque Canadienne et Canadien en dépense 2998\$...et chaque ÉtasunienNE.....6402\$...! ⁴
- Les systèmes publics dispensent une qualité de soins supérieure au système privé en terme de mortalité, de complications et d'accessibilité⁵. Sur 10.6 millions de patients étudiés admis sur 10 ans dans plus de 5000 hôpitaux américains, les patients traités dans les hôpitaux publics ou sans but lucratif avaient une mortalité significativement moins élevée que dans les hôpitaux privés à but lucratif⁶. Ces derniers engagent moins de personnel, procurent moins de soins et écourtent le séjour hospitalier pour faire plus de profits.
- Les coûts de la santé sont davantage contrôlés quand le système est public et que la part du privé y est moins importante⁷. Aucune étude revue par des pairs n'a démontré que les hôpitaux privés sont moins coûteux⁸.
- Le ticket modérateur ne contribue nullement à renflouer les caisses de l'État. Au contraire, il augmente les coûts du système et constitue un problème de plus, en particulier pour les citoyens et citoyennes les plus démunis et les plus vulnérables. La tarification a entraîné une baisse des consultations ambulatoires, surtout chez les personnes âgées et les personnes à faibles revenus (...) elle s'est traduite par une augmentation importante de l'utilisation des services hospitaliers accessibles gratuitement. Ce transfert a entraîné une augmentation des coûts autant pour les services publics que pour les usagers.⁹
- Les pratiques médicales en cliniques privées sont davantage orientées vers le profit surtout quand les médecins en sont actionnaires, ce qui entraîne une augmentation globale des coûts du système Une étude de l'Association des hôpitaux américains

démontrait clairement que dans les cliniques privées où le médecin était actionnaire, il se faisait plus de tests d'imagerie et d'interventions que partout ailleurs, soulevant le spectre de dépenses inutiles et d'interventions dont l'indication était douteuse.¹⁰

- Les laboratoires privés sont des «business». Pour réaliser de plus grands profits, (...) ils ne s'intéressent qu'aux analyses rapides et peu coûteuses laissant au secteur public la charge des analyses complexes et très coûteuses.¹¹
- Les médicaments constituent la part la plus croissante des coûts de la santé. (...) Ils augmentent à un rythme deux fois plus rapide que l'ensemble des dépenses en santé et ils absorbent une partie plus élevée du budget de la santé que les médecins et les infirmières. Le Canada dépense l'équivalent de 634\$ US par habitant contre 340\$US au Danemark (...) pour une mortalité infantile et une espérance de vie pratiquement identiques.¹²

Or, l'industrie pharmaceutique totalement privée exerce un contrôle presque total sur la recherche, la mise en marché et les prix des médicaments au Canada...et influence très efficacement le profil de prescription des médecins.¹³

- De nombreuses études mettent en lumière les failles importantes des partenariats public-privé dans le domaine de la santé. L'expérience d'autres pays montre que la privatisation et les partenariats public-privé dans le domaine de la santé entraînent une augmentation importante des coûts et une dégradation des soins¹⁴. Des médecins anglais, forts de leur propre expérience, ont même invité l'Association médicale canadienne fortement disposée à la privatisation via les PPP à ne pas s'engager dans cette voie. «Ceux qui sont en faveur de la privatisation font souvent référence à "l'expérience britannique" comme preuve que le secteur privé peut faire sauver de l'argent au système public. [...] La réalité est toutefois que cet argent a été essentiellement consacré à la réduction de listes d'attente en chirurgies non urgentes particulièrement sensibles d'un point de vue politique et qu'elle a été réalisée au moyen d'ententes dispendieuses et insoutenables avec le secteur privé».¹⁵ §

Les systèmes d'assurances privées

grands producteurs d'exclusion, d'augmentation des coûts globaux et de perte d'autonomie professionnelle

L'expérience et les recherches arrivent aux mêmes conclusions : les systèmes basés sur l'assurance privée (obligatoire ou non, individuelle ou collective) sont des grands producteurs d'exclusion pour les populations.

- En raison de leurs coûts prohibitifs en croissance exponentielle : « Les régimes privés d'assurances complémentaires au Québec ont connu au fil des années des hausses de coûts beaucoup plus fortes que la croissance des dépenses gouvernementales en santé. Selon notre propre expérience (...) la prime d'assurance de nos membres a pratiquement doublé en sept ans et elle a augmenté à un rythme six fois plus élevé que la progression du salaire moyen. »¹⁶
- En raison des inégalités dans l'accessibilité même à une assurance : « Seul 8.1% de la population appartenant au quintile le plus pauvre possède une couverture de frais par un régime d'assurance privé alors que 79,9% des gens du quintile supérieur en ont.. »¹⁷
- En raison des refus d'assurer certaines catégories de personnes à cause de leurs mauvaises conditions de santé, les personnes avec diabète, obésité, troubles cardiaques, etc. ont beaucoup de difficultés à se procurer des assurances privées.
- Diverses barrières administratives (montant déductible important, tracasseries et délais au niveau des remboursements, lourdeurs bureaucratiques, etc.) visent à indemniser le moins possible.
- Les systèmes privés d'assurance font augmenter les coûts globaux de la santé : outre les coûts galopants des assurances, le coût de fonctionnement est plus élevé en raison du grand nombre de «payeurs». ¹⁸ Il existe en effet, plusieurs compagnies d'assurances qui se disputent la clientèle; de plus, leurs frais administratifs sont très élevés. En revanche, les régimes à payeur unique permettent d'éviter bon nombre de ces coûts. Ainsi, la Régie de l'Assurance-maladie du Québec ne consacre que 2% en frais de gestion pour le remboursement de plus de 5 milliards de réclamations, tandis que ces mêmes frais chez les assureurs privés s'élèvent à 10% et davantage. ¹⁹ Et encore : Les coûts de l'administration des régimes d'assurance privés aux États-Unis représentent 13,2% de la facture contre 1,3% dans le programme public canadien. ²⁰
- Enfin, les études démontrent que les professionnels doivent souvent abdiquer une partie importante de leur autonomie professionnelle désormais contrôlée par les pratiques des compagnies d'assurances (type de traitements choisis; durée, médication, etc.) ²¹

Les listes d'attente ne seront pas réduites.

Certains auteurs²² ont souligné que la Cour suprême avait erré en affirmant que des patients étaient morts à cause d'une attente trop longue et qu'au contraire d'importants progrès avaient été réalisés partout au Canada, y compris au Québec en terme de réduction des listes d'attente. Le ministre de la Santé et des Services sociaux ne manque pas d'ailleurs de souligner les avancées à ce niveau entre autres en cardiologie et oncologie, réalisées au sein du secteur public.

La longueur des listes d'attente constitue pourtant le seul et unique motif du jugement de la Cour suprême ouvrant aux assurances privées pour des services déjà couverts par le système public. Or les études montrent que non seulement la coexistence d'un système privé parallèle ne diminue pas les temps d'attentes dans le système public, mais elle semble au contraire les augmenter.²³

Le passage des employés du secteur public au secteur privé explique en partie cette situation. Les expériences des pays de l'OCDE montrent que la meilleure façon de réduire de façon globale les délais d'attente est de réinvestir dans le système public et non de recourir au secteur privé.²⁴

Une incitation au désengagement des médecins du système public.

On se souviendra que les associations de médecins du Québec en particulier les médecins spécialistes avaient mené une bataille acharnée contre l'instauration de l'assurance-maladie en 1971, qu'ils qualifiaient de «socialisation de la médecine». On retrouve ce même vocabulaire aujourd'hui dans les rangs de l'Association médicale canadienne qui milite en faveur d'une très grande ouverture au privé dans le système socio-sanitaire canadien. Or, la possibilité de se désengager du régime public avait constitué une concession aux médecins qui refusaient de travailler «dans le public». Ils sont à peine une centaine au Québec à faire payer «comptant» leurs patients. Mais l'ouverture aux assurances privées duplicatives risque de changer la donne et de perturber sérieusement le fonctionnement du système public. Commentant la proposition gouvernementale de mettre en place des cliniques privées spécialisées et des assurances privées pour des services déjà couverts dans le public suite au jugement de la Cour suprême du Canada, deux chercheurs (dont un ancien sous-ministre dans le gouvernement Bourassa) dessinent le scénario qui risque de se produire : (...) Des patients possédant une assurance

La privatisation croissante du système de soins en arrivera à confier aux assureurs et aux médecins la responsabilité de faire respecter le droit à la santé.

privée court-circuitent le mécanisme de garantie d'accès, obtiennent directement et immédiatement, dans le privé, des chirurgies visées par règlement, qui sont pratiquées par des chirurgiens non participants au régime public, facturant des honoraires plus élevés que ceux payés par la RAMQ et remboursés en tout ou en partie par l'assurance privée des patients. C'est uniquement dans un tel scénario que réside tout l'intérêt de l'assurance privée pour les patients. C'est aussi dans ce scénario que réside tout l'intérêt de devenir médecin non participant et de pratiquer dans des cliniques à financement privé. D'ailleurs, plus l'écart entre les honoraires obtenus par les médecins non participants et ceux versés par la RAMQ sera grand, plus important sera l'incitatif des médecins de quitter le régime public d'assurance maladie et d'opter pour le statut de non participant. C'est généralement ce qui a été observé dans les pays de l'OCDE ayant implanté ce type de mécanisme. C'est précisément ce que l'on appelle au Québec, un système à deux vitesses.²⁵

Une relégation au second rang des problèmes sociaux

Les problèmes de santé ne sont rarement que virus ou dysfonctionnement hormonal. Ils sont imbriqués dans un réseau complexe d'inégalités socio-économiques, de difficultés psychologiques, de rapports familiaux et sociaux pas toujours harmonieux, de conditions de travail, de logement, de revenus, d'éducation qui mettent les individus à rude épreuve, les femmes en particulier. Ce sont là des situations qui n'intéressent pas le secteur privé lequel les relègue systématiquement au secteur public.

Aucune garantie pour le droit à la santé

Le privé n'est garant d'aucun droit : il ne poursuit que les intérêts de ses actionnaires. La privatisation croissante du système de soins en arrivera à confier aux assureurs et aux médecins la responsabilité de faire respecter le droit à la santé. Mission impossible parce qu'en contradiction absolue avec les finalités du privé. La Déclaration universelle des droits de l'Homme, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels ont été signés par des États et non par l'entreprise privée. C'est l'État qui est garant des droits, non le privé.

Un déficit démocratique accru

Privatiser le secteur socio-sanitaire c'est le soustraire à la participation démocratique et à la vigilance citoyenne. Les nouvelles cliniques privées affiliées siphonneront l'argent des contribuables (car c'est l'État qui va payer) mais seront soustraites au contrôle public. Nous passerons de la gestion publique à une prise de contrôle par les actionnaires ... un recul innommable.

La participation citoyenne est fondée sur le raisonnement démocratique et « le droit que possède chacune et chacun de participer aux décisions qui le concernent. »²⁶ Elle constitue un des principes de la Charte d'Ottawa depuis 1986 : « (...) la promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé. Elle est également considérée comme un déterminant de la santé et du bien-être des personnes et des communautés. »²⁷

Or les exigences de démocratie ne font pas bon ménage avec le secteur privé : celui-ci, basé justement sur la propriété privée et personnelle ou corporative des établissements, équipements, etc. possède ses propres mécanismes de gestion ... privée. On a peu entendu les médecins propriétaires de cabinets privés et on n'entendra pas non plus les propriétaires des cliniques spécialisées faire une assemblée générale de leurs patients, les consulter sur les orientations de leurs pratiques, les mécanismes d'imputabilité, la gestion et le financement. Plus les institutions privées pénètrent le champ de la santé, plus les possibilités de participation démocratique des citoyennes et citoyens s'amenuisent.

Nous assistons au déplacement des instances décisionnelles et démocratiques de l'État vers le secteur privé et dans les clubs sélects via des rencontres à huis clos où les plans d'affaire des magnats des finances tiennent lieu de politiques publiques et de plan d'action. Mais de plus au sein même des établissements de santé, la participation citoyenne est évincée. En effet, le gouvernement lui-même a adopté sous le bâillon une loi (loi 25) qui rétrécit considérablement la participation citoyenne dans les institutions du réseau socio-sanitaire, malgré un large consensus en défaveur de ce projet de loi. §

Ce que nous proposons...

Nous voulons que le Québec devienne, en Amérique du Nord, une société qui fait de la santé et du bien-être de sa population un objectif politique solidaire et non pas un objet de convoitise et de profit pour l'industrie privée. Nous avons le goût de créer une société dont les membres sont en sécurité face à l'imprévisibilité de la maladie. Depuis la mise en place de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie dans la foulée de la Révolution tranquille, et malgré les lacunes de ces systèmes, des milliers de Québécois et Québécoises ont bénéficié de cette sécurité et évité l'endettement ou les assurances privées aux coûts exorbitants. Nous ne voyons pas pourquoi troquer cet acquis pour «l'illusion tranquille» d'un système assurantiel privé dont nous connaissons déjà le gâchis et l'appétit vorace.

Respecter le droit à la santé et exiger de l'État qu'il s'en fasse la garant

La santé et le bien-être des citoyennes et citoyens ne sont ni des luxes ni des privilèges. Ce sont d'abord et avant tout des droits, de précieux biens communs qu'il ne faut pas ravalier à de simples marchandises soumises au marché, mais plutôt protéger grâce à la régulation publique et la vigilance citoyenne. Avoir accès au meilleur état de santé possible est un droit qui fait partie du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels dont le Canada et le Québec sont signataires. Ce droit est lié à notre statut d'être humain et à notre dignité et ne doit pas être assujéti à la hauteur de nos revenus. L'égalité de droit en santé est contraire à la voie empruntée par la privatisation qui conduit inévitablement à une société à deux vitesses où «certains sont plus égaux que d'autres».

Garder le cap sur la solidarité

Au Québec, la solidarité est au cœur de notre projet de société. La solidarité doit donc être au centre de notre conception de la santé et du bien-être de la population. Un système de santé qui ne fait pas de distinction basée sur l'épaisseur du porte monnaie, qui est au service de notre patrimoine humain commun, pour notre génération et pour les «sept générations devant nous» comme le veut la sagesse autochtone. Cet appel à la solidarité doit de toute urgence remplacer les incantations à la privatisation et au repli frileux sur les seuls intérêts personnels ou corporatifs.

Développer et maintenir un système public accessible et de qualité

À problèmes publics, solutions publiques.

Pour améliorer le système de santé nous invitons le Québec à se tourner résolument vers des solutions à taille humaine, efficaces, démocratiques et écologiques qui placent l'intérêt public devant

le profit privé. Le système public québécois possède les capacités structurelles pour faire face aux problèmes rencontrés. Il lui manque cependant les ressources :

- d'abord plus de personnel (dont des infirmières) qu'il faut mieux former et mieux retenir
- ouvrir des lits de soins prolongés pour désengorger les hôpitaux qui ont besoin davantage de lits actifs
- faire fonctionner les salles d'opération actuellement sous-utilisées. Il faut également lui redonner les moyens de recruter du personnel en réglementant les activités commerciales des agences privées de placement. Car la réorganisation et l'utilisation optimale de ces ressources est aussi un élément clé pour améliorer l'accès au système:
- renforcement des équipes multidisciplinaires
- utilisation efficiente des équipements médicaux
- meilleure répartition des effectifs médicaux
- gestion transparente et efficace des listes d'attente à l'échelle régionale
- mise en place de cliniques publiques de chirurgie spécialisées ambulatoires, plutôt que de favoriser le développement de cliniques privées de chirurgie aux frais des contribuables.

Maintenir et augmenter le financement public du système de santé et de services sociaux

La principale modalité de financement demeure la fiscalité qui constitue le principal outil de solidarité collective mais à la condition que le gouvernement mette en place une fiscalité qui repose sur la contribution équitable des citoyens et citoyennes et des corporations. La population est d'ailleurs favorable à une augmentation des impôts en échange d'un système de santé efficace et de qualité. À l'heure actuelle, une majorité d'entreprises ne paient même pas d'impôt!²⁸ La récupération des sommes contrôlées par Ottawa demeure toujours une source de financement tant que le déséquilibre fiscal n'est pas réglé et que le gouvernement fédéral continue d'engranger sans investir au niveau provincial. Le refus des assurances privées pour des services déjà offerts dans le système

Ce que nous proposons...

public : nous avons démontré que l'introduction de ces assurances privées va faire monter les coûts du système en plus de créer des exclus par milliers. L'argent que le gouvernement prévoit investir dans les cliniques spécialisées privées par exemple doit être gardé dans le secteur public.

Ouvrir des avenues de travail porteuses d'avenir

L'orientation qui consiste à chercher des alternatives publiques aux problèmes du système invite également à élargir nos perspectives et à :

- Introduire dans le « panier de services publics » ce qui avait été oublié et y réintroduire ce qui y a été privatisé (en partie ou totalement) et qui s'avère essentiel à la santé et au bien-être des citoyens et citoyennes : les soins dentaires, oculaires; les examens diagnostics, la gratuité des médicaments pour les personnes à faible revenu. La couverture publique de ces soins fera diminuer l'ensemble des coûts du système.
- Mettre l'accent sur un renouvellement des pratiques médicales. Il y a là un immense chantier où rien ne doit être pris pour acquis. Les études abondent sur la quantité de gestes médicaux, d'utilisations de technologies, d'approches qualifiées abusivement de «scientifiques», de médicaments pour lesquels nous payons collectivement et qui s'avèrent au minimum controversés et à la limite inutiles ou même dangereux. Et les expériences abondent –surtout en milieu communautaire – de pratiques novatrices (humanisation des naissances, ressources alternatives en santé mentale, travail avec et auprès des jeunes, santé des femmes, thérapies alternatives, etc.) porteuses de conceptions autres du service public.
- Valoriser le caractère éminemment relationnel des soins de santé et des services sociaux et donner au personnel le temps nécessaire «pour parler au monde» et ne pas juste recourir à l'arsenal technique ou aux médicaments.
- Accorder à la proximité des services du lieu de vie des personnes une importance au moins aussi grande que leur efficience d'où la nécessité de revoir la théorie et la pratique des «fusions d'établissements», de s'éloigner de structures trop immenses qui finissent par échapper au contrôle des meilleurs gestionnaires, d'investir massivement dans la première ligne et les soins à domicile et de revenir peut-être à quelque chose qui ressemblerait ...aux CLSC.
- Faire en sorte que les usagers et usagères du système et les travailleurs et travailleuses participent activement non seulement à la prestation des services mais à leur orientation, planification et gestion. Ils en sont eux aussi les meilleurs experts.

- Explorer des formules dites nouvelles comme les coopératives de santé (sans frais excessifs pour les membres et avec accessibilité pour tous, membres ou non) en se souvenant que la première clinique populaire de l'histoire du Québec –la clinique St-Jacques– était une coopérative !
- Etc....bref mettre l'imagination au pouvoir...

Diminuer les dépenses en médicaments, principal facteur de la croissance des coûts en santé

Un régime entièrement public d'assurance-médicaments permettrait l'économie des coûts administratifs des assureurs privés tout en assurant une couverture plus équitable des besoins de toute la population. Un régime public d'assurance contient mieux les coûts en dressant une liste nationale des médicaments d'ordonnance, pour assurer l'évaluation objective des médicaments et éviter la surprescription de médicaments inutilement coûteux. Il assurerait aussi une capacité supérieure de négocier à la baisse les prix pratiqués par les multinationales pharmaceutiques, en autant qu'une volonté politique ferme existe, à l'exemple de la Nouvelle-Zélande qui a réduit de moitié ses dépenses en médicaments en favorisant les médicaments génériques et en négociant des baisses de prix avec les compagnies pharmaceutiques. Ces solutions et d'autres sont actuellement examinées et mises au débat par différents partis politiques qui optent pour réduire les coûts des médicaments, telles la mise sur pied de Pharma-Québec, une entreprise publique d'achat groupé et de production de génériques préconisée par Québec Solidaire, le National Prescription Drug Plan préconisé par le NPD ou une assurance médicaments universelle promise par Lorne Calvert premier ministre sortant de Saskatchewan.²⁹

Travailler sur les déterminants principaux de la santé et du bien-être

La santé est malade des inégalités socio-économiques, des salaires insuffisants pour sortir de la pauvreté, des conditions de travail précaires, des logements insalubres et inabordables, des insuffisances en éducation, de la mauvaise alimentation, de l'environnement malsain (des algues bleues aux contaminants de toutes sortes en passant par la pollution atmosphérique, la contamination des sols, de l'eau et de l'air, etc.). Et cela, aucun médicament, aucune technologie médicale, aucun médecin ne peut prétendre constituer «la» réponse ...au contraire toutes les tentatives pour médicaliser ces situations ne font que les aggraver.

Ce que nous proposons...

Bien davantage que la quincaillerie lourde des appareils médicaux et l'hyperconsommation de médicaments, ce sont les politiques qui agissent sur ces grands déterminants qui font qu'une population est « malade ou en santé ».³⁰ Aussi, le gouvernement ne peut pas d'un côté prétendre améliorer la santé de la population et en même temps réduire les bourses aux étudiants et étudiantes, augmenter les frais des services de garde, ne pas améliorer ni indexer en totalité les prestations d'aide sociale, augmenter les tarifs d'électricité, etc. ... et introduire l'assurance privée duplicative qui viendra diminuer les ressources des citoyens et citoyennes.

En 1997, l'Organisation mondiale de la santé écrivait : « Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, le logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, le revenu, l'émancipation des femmes, un écosystème stable, une utilisation judicieuse des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'Homme et l'équité. La plus grave menace à la santé est la pauvreté. »³¹

Repenser l'économie en utilisant, notamment, les nouveaux indicateurs de richesse exprimés en termes de développement humain, qui rendent compte des différences entre les hommes et les femmes, de « santé sociale », de bien-être, de qualité de vie, de « bien-être économique durable » ou encore « d'empreinte écologique ».³²

De nombreux économistes travaillent à développer ces nouveaux indicateurs, pour que l'on puisse sortir des ornières d'une croissance économique désincarnée, évaluée essentiellement sur la base du PIB (produit intérieur brut), sans que ne soient pris en compte, ni l'augmentation des inégalités qu'elle génère, ni l'emprise croissante des marchés financiers sur son orientation.³³

Dans les meilleurs délais nous demandons un **vrai débat public** sur le financement du système de santé et de services sociaux

Les décideurs politiques prétendent qu'un rôle accru du secteur privé dans la santé est nécessaire. On nous présente cette assertion comme une vérité absolue, une évidence, à la limite un fait inéluctable de notre époque que seuls les défenseurs de la «république du statu quo» contestent. Or la part du privé dans notre système est déjà à 30%, la plus élevée des pays occidentaux à la notable exception des États-Unis et de la Suisse.³⁴ Pire, le privé enregistre ici sa croissance la plus importante.

Nous pensons au contraire que ces faits ne découlent ni «du simple bon sens», ni du «pragmatisme lucide», ni de «changements

indispensables», mais résultent de l'application dogmatique de croyances « en la supériorité du marché ». Ce discours masque entre autres les intérêts économiques et professionnels de l'industrie médicale et pharmaceutique, des compagnies d'assurances, de l'establishment médical.

Le temps est venu pour un véritable débat public qui mette toutes les positions, y compris la nôtre, à l'épreuve des faits. Nous pensons que ni le groupe Castonguay, ni les habituelles commissions consultatives ne répondent à ce besoin de délibération publique. Une formule qui s'apparente à celle du BAPE permettrait davantage à la population québécoise de se faire une opinion éclairée et de prendre une orientation aux répercussions énormes sur le présent et sur les générations futures. Sans discussion publique, la société québécoise demeurera prisonnière de l'incantation à la privatisation.

D'un appel à l'autre...

Les appels à la privatisation se font de plus en plus pressants. Nous appelons nos concitoyens et concitoyennes à dire «non» et à emprunter un autre chemin, celui qui renoue avec ce que nous avons produit de meilleur dans notre société, celui qui nous confronte à des défis collectifs porteurs pour l'avenir, celui qui nous invite à créer des alliances avec ceux et celles qui, partout à travers le monde, luttent pour le respect du droit à la santé à travers l'accessibilité, l'universalité, la gratuité des soins de santé et des services sociaux.

Le respect du droit à la santé, les risques face à la maladie, la préoccupation pour le bien-être de nos concitoyennes et concitoyens nous voulons les assumer solidairement. Nous en avons les moyens collectifs. Nous puisons nos convictions dans le souci que nous avons les uns des autres en vue d'un monde commun plutôt que dans la solitude du chacun pour soi et la loi de la jungle.

Au-delà de la simple prestation de services, le maintien d'un système public et universel constitue pour nous un formidable instrument de cohésion sociale et d'apprentissage de la solidarité qui nous rend davantage capables de «vivre ensemble» et dont nous pouvons raisonnablement être fiers.

NOTES :

1. Marie-Claude Prémont *L'avenir du système de santé du Québec : que penser de la proposition gouvernementale ?* Colloque «Le privé dans la santé? Après le jugement Chaoulli, les options du Québec» INM, RRSPO, Février 2005.
2. Castonguay, C. et Forget, C. «Gare à la passivité ! Il serait très imprudent pour le gouvernement québécois d'adopter des solutions minimalistes au problème soulevé par le jugement Chaoulli». La Presse 11 et 12 février 2006.
3. Conseil de la santé et du Bien-être (1995) *Un juste prix pour nos services de santé* ; Conseil de la santé et du Bien-être (2002) *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers* ; Romanov, R. (2002) *L'avenir des soins de santé au Canada* ; OCDE (2004) *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE* ; Béland, F., Contandriopoulos, A-P., Contandriopoulos, R-B, Denis, J-L., Lamarche, P. *L'assurance privée des services médicaux : puissantes rhétoriques, avantages théoriques*. Le Devoir 12 décembre 2005 ; Cahier spécial du Devoir 19 février 2006; Médecins pour l'accès à la santé (2006) *Accessibilité aux soins de santé et délais d'attente déraisonnables : 1001 solutions publiques*; Relations (2007) *Où va notre système de santé ?* Collaboration de A-P. Contandriopoulos, F. Champagne, J-C Saint-Onge; Coalition Solidarité Santé *Privatisation : la menace grandit !* FIIQ (2006) *Garantie d'accès ou garantie de soins?*; Claude Saint-Georges, août 2007 *Privatisation : la menace grandit.*; FSSS (CSN) 2007 *Privatiser est la pire des solutions*.
4. OCDE, Statistiques sur la santé, octobre 2006, ONU, World Population Prospects report, 2006 et *The Association between For-Profit Hospital Ownership and Increased Medicare Spending* New England Journal of Medicine, 341:420-426, August 5, 1999.
5. Champagne, François. *L'illusion du privé*. Revue Relations. No 717. Juin 2007
6. *The association between hospital type and mortality and length of stay: a study of 16.9 million hospitalized Medicare beneficiaries*. Medical Care 2000 Feb;38(2):231-45.
7. Conseil de la santé et du Bien-être (1995) *Un juste prix pour nos services de santé* ; Romanov, R. (2002) *L'avenir des soins de santé au Canada* Vaillancourt, Roseneau, Linder SH (2003) Two Decades of Research Comparing For-profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States. Social Science Quarterly 2003;84(2):219-41.
8. *When Money is the Mission — The High Costs of Investor-Owned Care*, NEJM Volume 341(6):444-446(1999).
9. Pour une argumentation complète concernant les effets pervers de la tarification voir Conseil de la santé et du Bien-être (1995) *Un juste prix pour nos services de santé*. Section 1 p 41 «Tarif, ticket modérateur, coassurance : quand le consommateur devient la cible.
10. Médecins pour l'accès à la santé (2006) *Accessibilité aux soins de santé et délais d'attente déraisonnables : 1001 solutions publiques* p 16.
11. Leblanc, L. *Privatisation des soins de santé : le public fait mieux et coûte moins cher* Le Devoir 13 août 2007.
12. Saint-Onge, J.-C. (2007) «Faire mieux sans se ruiner». Revue Relations. No 717. Juin 2007
13. Romanov, R. (2002) *L'avenir des soins de santé au Canada*.
14. Champagne, F. (2007) «L'illusion du privé». Revue Relations. No 717. Juin 2007
15. Dr Jacky Davis et Peter Fisher de l'Association des consultants du Service national de la santé (NHS), une organisation britannique comptant 650 spécialistes de diverses disciplines se disant en faveur d'un système public de santé. Le Devoir samedi, 18 août 2007 «Le privé connaît des ratés, mettent en garde les médecins britanniques» Gervais, Lisa-Marie.
16. FSSS (CSN) 2007 *Privatiser est la pire des solutions*.
17. Idem
18. OCDE, *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, 2004.
19. Claude Saint-Georges, *Privatisation : la menace grandit*, août 2007; FSSS (CSN) 2007 *Privatiser est la pire des solutions*.
20. Martin, V, Bougie, G (2005) Le financement de la santé au XXIe siècle : une préoccupation universelle. *Cent idées citoyennes pour un Québec en santé*. Compte-rendu des débats des Rendez-vous stratégiques de l'Institut du Nouveau Monde sur la santé. Supplément de l'Annuaire du Québec, p 58.
21. CSBE 1995
22. McIntosh, T. (2006), *Don't Panic : The Hitchhiker's Guide to Chaoulli, Wait Times and The Politics of Private Insurance*. Canadian Policy Research Networks Inc, Ottawa. Site Internet www.cprn.org
23. Champagne, F. (2007) «L'illusion du privé». Relations *Où va notre système de santé ?*
24. Lamarche, P et Contandriopoulos, A-P (2006) *La proposition gouvernementale : un pas vers l'amélioration de la cohérence du système ?* GRIS et Administration de la santé, Université de Montréal p. 8.
25. Idem p. 10.
26. Forest, P.-G., Bryson, S.-A. et J. Lorin (1994). « La participation des citoyens à l'administration des services de santé », dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger (dir), *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
27. Conseil de la santé et du bien-être (2000) *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*. Et *Cadre de référence de la participation publique (démocratique, utile et crédible)*. Proposé pour avis aux citoyens actifs du Québec.
28. Selon le Ministère des Finances (2003), «le pourcentage des entreprises québécoises ne payant aucun impôt a dépassé les 50% durant 15 des 18 années de la période 1981-1998. Les trois autres taux étaient de 48%, 48% et 49%». Statistiques fiscales des sociétés. Année d'imposition 1999. Gouvernement du Québec
29. Coalition Solidarité Santé. www.solidaritésanté.qc.ca
30. MSSS, Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. *Produire la santé* Mai 2005
31. OMS Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé, Jakarta, juillet 1997
32. Jean Gadrey, Florence Jany-Catrice, 2005. *Les nouveaux indicateurs de richesse*. Paris, La Découverte, Collection Repères.
33. Debailleul, Guy; Deblock, Christian; Dostaler, Gilles; Élie, Bernard; Hamin, Frédéric; Morel, Sylvie, Van Schendel, Vincent *Pour une autre vision de l'économie*.
34. Contandriopoulos, A-P. *Diagnostic d'une crise*. Revue Relations. No 717. Juin 2007