

Henri Massé

L'auteur est président de la FTQ

Le gouvernement minoritaire de Jean Charest a confié à Claude Castonguay la présidence d'un nouveau comité de réflexion sur notre système de santé.

Les travaux ne sont pas encore commencés qu'on peut prédire avec exactitude l'orientation qu'y défendra monsieur Castonguay, puisqu'il l'a déjà détaillée dans une étude récente. En sept points, ses propositions vont du remaniement de la régie d'assurance maladie jusqu'à la révision de la *Loi canadienne sur la santé*, en passant par le développement de cliniques médicales, l'assurance privée généralisée et l'abolition de l'étanchéité entre le privé et le public.

Nous ne saurions en si peu d'espace examiner chacune de ces propositions, mais plusieurs affirmations laissent perplexe et méritent d'être relevées.

Les ressources hospitalières

M. Castonguay est d'avis qu'il faudrait rendre accessibles à la pratique privée, le soir et les fins de semaine, les blocs opératoires et les équipements de laboratoire et de radiologie, qui sont « nettement sous utilisés ». Cela, dit-il, générerait des revenus additionnels pour le système public et réduirait la demande de soins et les temps d'attente.

La proposition, aussi séduisante puisse-t-elle paraître, se heurte à une réalité têtue : les ressources humaines sont insuffisantes pour réaliser un tel projet. Nous assistons actuellement à une pénurie de médecins et de personnel de la santé. Le ministre Couillard l'a dit en Commission parlementaire : même si plusieurs voulaient opérer plus de 6 heures par jour et plus d'une journée par semaine, on ne peut utiliser davantage les blocs opératoires en raison du manque d'anesthésistes, d'inhalothérapeutes, d'infirmières, etc.

La proposition de Castonguay repose sur l'existence de ressources humaines suffisantes pour faire fonctionner des ressources matérielles sous-utilisées. Ce n'est pas le cas.

Les assurances privées

Pour l'ex-banquier, qui dit s'appuyer sur une étude de l'OCDE, « rien ne permet d'affirmer que l'accès aux soins de santé, dans les pays où l'assurance privée occupe une place importante dans le financement de la santé, est inéquitable envers les plus pauvres ».

Notre propre lecture de l'étude de l'OCDE¹ nous conduit cependant à une autre compréhension, puisque d'entrée de jeu, l'OCDE affirme que dans la plupart des cas, l'assurance privée pose « des problèmes considérables d'équité et de maîtrise des coûts ».

¹ OCDE, *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, 2004, ISBN : 9264015655.

«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 électorale. 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.» (op. cit., p. 3)

Par ailleurs, l'assurance privée n'aurait à peu près aucun effet sur la qualité des soins et services, les assureurs étant beaucoup plus préoccupés par la rentabilité que par la qualité des prestations qu'ils financent. De surcroît, elle aurait pour effet d'accroître la dépense totale de santé, sans soulager pour autant la charge des budgets publics (op. cit., p. 5).

Une étude récente du *Commonwealth Fund*² vient de démontrer qu'avec le système de santé le plus coûteux au monde, les États-Unis, au premier rang des pays qui recourent à l'assurance privée, témoignent d'une sous performance chronique en terme de soins de santé, particulièrement en matière d'accès, de sécurité, d'efficacité et d'équité. L'étude compare les systèmes de santé de l'Allemagne, de l'Australie, du Canada, des États-Unis, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni.

Près de 50 millions de citoyens américains ne bénéficient d'aucune couverture, faute de revenus suffisants pour se la payer. Il n'est donc pas étonnant de voir dans certains États dont le Massachusetts, un mouvement grandissant pour l'instauration d'un système public universel.

Nous invitons les employeurs du secteur privé à y penser à deux fois avant d'adhérer à l'ouverture sur une assurance privée qui ne manquera pas, comme le démontre amplement l'expérience aux États-Unis, d'exercer une pression énorme sur les coûts. Une chose est certaine, les travailleurs n'accepteront pas que les cadres obtiennent un tel bénéfice à même les revenus des entreprises, sans avoir une contrepartie dans leur convention collective.

Quelle solution ?

Nous avons déjà eu l'occasion de nous prononcer sur le problème du financement de notre régime de santé et de services sociaux, lors des travaux du comité Ménard et lors de la consultation parlementaire autour de l'affaire Chaoulli. À la FTQ, nous préconisons :

- Une caisse santé séparée du fonds consolidé de la province et constituée d'entrées fiscales à la mesure des revenus des contribuables (particuliers et entreprises), selon un système progressif, sans aucun montant fixe universel et sans plafond, afin que chacun puisse mettre l'épaule à la roue pour la préservation de notre système public.

² The Commonwealth Fund, *Mirror, mirror on the wall : an international update on the comparative performance of American health care*, mai 2007, www.commonwealthfund.org.

- La mise en place d'une véritable politique énergétique qui dégagerait une marge de manœuvre à dédier à la santé et qui respecterait la capacité de payer des plus démunis.
- Le retour des transferts fédéraux à leur niveau de 1983 et sous la forme de points d'impôt, dédiés aux services publics qu'ils sont supposés financer.

Le financement de nouveaux travaux dont l'issue est déjà connue consiste ni plus ni moins qu'à jeter de l'argent par les fenêtres. Ce qui, somme toute, n'est pas nouveau.