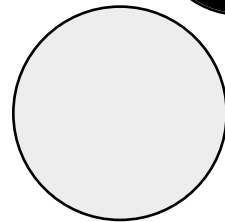
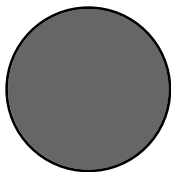
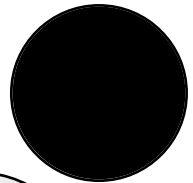
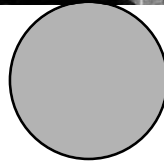
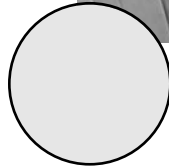


# *Rayon X*

## *de notre système de santé*



---



---

## SOMMAIRE

### Problématique

Objectif .....	.A-3
Introduction .....	.A-3
Pourquoi notre système de santé va mal? .....	.A-6
Petit retour en arrière .....	.A-6
Un problème de fond .....	.A-7
Les décisions récentes du Québec .....	.A-8
Le privé: Une question de gros sous .....	.A-11
Une «business» qui rapporte gros .....	.A-11
La CSST: Acheteur no. 1 des soins privés au Québec .....	.A-12
Des infirmières attirées par le privé .....	.A-12
Est-ce que c'est bon, le privé en santé? .....	.A-14
Raison no. 1 .....	.A-14
Raison no. 2 .....	.A-17
Raison no. 3 .....	.A-18
Quelles sont les solutions? .....	.A-20
Manque de médecins .....	.A-20
Urgences bondées .....	.A-21
Liste d'attente pour les traitements et les opérations .....	.A-22
Prix des médicaments .....	.A-22
Conclusion .....	.A-24

### Informations complémentaires

Sources documentaire .....	.A-26
Idée éclair .....	.A-29
Activité: suggestion et outils .....	.A-30

<p>Rédactrice Nathalie Chapados</p>
---

Juin 2009

## Rayon X de notre système de santé

### OBJECTIF : Se faire une opinion sur l'organisation du système de santé au Québec

#### Introduction

**M**anque de médecins et d'infirmières. Salles d'urgence qui débordent. Listes d'attente qui s'allongent pour les examens et les opérations... Depuis les années 90, notre système de santé public a pris du plomb dans l'aile. Pourtant, les malades ne désirent qu'une chose: se faire soigner dans des conditions acceptables.

Pour «guérir» notre système de santé, un remède est envisagé: faire plus de place au privé. C'est-à-dire permettre à des médecins et à des cliniques commerciales privées d'offrir des soins aux patients moyennant de l'argent. Quitte à changer notre loi québécoise sur les services de santé pour y arriver.

Et bien, le saviez-vous? C'est maintenant chose faite! Notre loi a été changée<sup>1</sup> et le Québec est maintenant le paradis du privé! Selon la revue l'Actualité d'avril 2008: «Dans nulle autre province on ne trouve une telle concentration de cliniques privées de radiologie (une quarantaine), où les patients peuvent payer pour des services normalement couverts par le régime public. Nulle part il n'y a autant d'ophtalmologistes désireux de vous débarrasser rapidement de votre cataracte, en échange de 1500 à 3000 dollars (par œil). Et nulle part

ailleurs on ne dénombre autant de médecins ne participant pas au régime public: le Québec en compte 151 (200 en 2009), soit 20 fois plus que toutes les autres provinces réunies.» Montréal est même la capitale des soins de santé privés au Canada!

Les Montréalaises et Montréalais peuvent payer de leurs poches pour se faire vacciner à la maison ou obtenir une prise de sang au bureau. Les patients qui veulent payer et contourner les listes d'attente dans les hôpitaux ont le choix entre six cliniques privées de chirurgie pour se faire réparer un ligament ou se faire poser une hanche artificielle. Montréal accueille aussi de plus en plus de cliniques de médecine familiale privées où vont les familles qui refusent d'attendre dans le réseau public.

Déjà, au Québec, 30% des dépenses de santé sont privées<sup>3</sup> et sortent de la poche des usagères et usagers. Pensons, par exemple, aux soins dentaires, aux soins de la vue, aux médicaments et à la physiothérapie... C'est plus élevé que partout ailleurs, sauf aux États-Unis et en Suisse<sup>4</sup>.

Pendant ce temps, la province de l'Ontario a choisi d'aller en sens contraire. En

2003, l'Ontario a adopté la **Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé**.

Cette loi interdit aux médecins de se retirer du régime public de la santé. Elle leur impose de lourdes peines s'ils le font. Un Ontarien surpris à payer pour un service **déjà assuré** par le régime public peut avoir à payer une amende de 10,000 dollars. «*On a claqué la porte au nez du système à deux vitesses*» a dit le porte-parole du ministre ontarien de la Santé<sup>6</sup>.

Parce que c'est ça, le fond de la question: en faisant plus de place au privé en santé, est-ce qu'on crée plus d'injustice? Soit un système de santé divisé en deux:

### Combien ça coûte, le privé<sup>2</sup>?

- ◆ 20 000 dollars pour se faire opérer un coude.
- ◆ 13 000 dollars pour un genou.
- ◆ 12 000 dollars pour une hanche.

Mais il faut payer comptant ! Sinon, vous pouvez emprunter et rembourser votre dette tant par mois, comme dans les magasins de meubles. Des entreprises, ainsi que les caisses populaires Desjardins et la Banque Nationale, offrent des plans de financement pour les soins de santé. Attention toutefois à l'endettement médical! Les taux d'intérêt exigés varient de 9,95 % à 22,95 %.

Source : L'Actualité, avril 2008.

d'un côté, les riches qui vont au privé, et de l'autre, les pauvres (et la classe moyenne) soignés dans un système public de plus en plus affaibli? Qu'est-ce qui est le plus avantageux, pour nous, les femmes «ordinaires»? Est-ce vrai qu'en acceptant de payer au privé, notre système de santé va aller mieux? Qu'on va se faire soigner plus vite? Le privé est-il un remède «miracle» ou une menace pour notre système de santé ?

Le saviez-vous? On attend moins en Ontario <sup>5</sup>		
	Ontario	Québec
Attente pour voir un médecin spécialiste (à partir du moment où le médecin de famille réfère son patient)	7 semaines	9 semaines
Attente entre la visite chez le spécialiste et le début du traitement	6 semaines	9 semaines
Attente totale pour le début du traitement (une fois que le médecin de famille a référé son patient)	13 semaines	18 semaines

Il ne faut pas s'illusionner: chacun défend ses intérêts dans le système de santé. Les malades veulent être soignés. Les gouvernements et les responsables d'hôpitaux veulent éviter les déficits. Le personnel du réseau public de la santé (surtout des femmes) est à bout de souffle et veut améliorer ses conditions de travail. Des médecins et des entreprises veulent faire de l'argent avec la

santé et font des pressions sur le gouvernement pour y arriver. Tout le monde a aussi son opinion pour «réparer» notre système de santé. Certains disent : «Laissons faire. De toute façon, le privé est déjà là ! Et ça va désengorger nos hôpitaux!» D'autres s'indignent: «C'est à croire que nos gouvernements font exprès pour que ça fonctionne mal afin de nous vendre l'idée des cliniques privées<sup>7</sup>».

Quelle est la part de vérité dans tout ça? C'est ce que nous verrons dans ce thème. En effet, il est urgent d'y voir clair et de se faire sa propre opinion. Car si la voie tracée ne nous plaît pas, ce sera à nous d'agir, avant qu'il ne soit trop tard...

## POURQUOI NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ VA MAL?

Les Québécoises et Québécois y tiennent à leur système de santé public, assuré et géré par l'État. Les sondages le disent: la majorité des citoyennes et citoyens interrogés pensent que la priorité de nos gouvernements devrait être d'investir dans les services sociaux, l'éducation et la santé, plutôt que d'accorder des baisses d'impôts<sup>8</sup>. L'accès à des bons soins de santé est leur premier critère de bien-être.

Et ils ont bien raison. Selon le palmarès mondial du Forum économique de Davos, c'est grâce à son système de santé, son système d'éducation et ses infrastructures que le Canada se classe parmi les meilleures économies de la planète. C'est tout un atout car, comme disent les auteurs du palmarès, un bon système de santé est essentiel pour que l'économie aille bien : «Une main-d'œuvre en santé est un facteur vital pour assurer (...) la productivité d'un pays. Des travailleurs malades ne peuvent pas utiliser tout leur potentiel et seront moins productifs. Un pauvre état général de santé engendre des coûts pour les entreprises... Les investissements dans les soins de santé sont donc fondamentaux tant pour des raisons économiques que morales<sup>9</sup>».

### ☛ Petit retour en arrière

Ce n'est donc pas pour rien que le

#### Le saviez-vous?

Aux États-Unis, le privé règne en maître sur le système de santé. Mais le nouveau président américain Barack Obama veut mettre plus de public et moins de privé en santé. Il veut que tout le monde soit couvert par une assurance-santé (couverture universelle). Il compte mettre en place un régime public d'assurance maladie pour les citoyens qui n'ont pas droit à une assurance privée. Les raisons ?

- ◆ Les primes à payer pour l'assurance-santé privée aux États-Unis ont augmenté de 87% depuis 2000<sup>10</sup>.
- ◆ 47 millions d'Américaines et d'Américains n'ont pas d'assurance-santé privée principalement parce qu'ils n'en ont pas les moyens. Il y a, en plus, 25 millions d'Américaines et d'Américains à peine assurés et qui dépensent plus de 10% de leurs revenus en dépenses médicales.
- ◆ La facture médicale est la principale cause des faillites personnelles. Les trois quarts des personnes qui déclarent faillite pour cette raison étaient assurées.
- ◆ Les entreprises veulent de moins en moins couvrir leurs travailleuses et travailleurs avec une assurance-santé privée car cela leur revient trop cher.
- ◆ Les Canadiens ont 30 % moins de risques que les Américains de mourir d'une maladie évitable au plan médical. Plus de 18 000 personnes meurent chaque année aux États-Unis, faute de soins adéquats.

Canada s'est doté d'un régime public d'assurance-maladie en 1957 (C'est la Saskatchewan, en 1947, qui s'est doté du premier régime public pour des soins de santé). Ni que le Québec a créé, en 1960, son régime d'assurance-hospitalisation.

Sans oublier, en 1971, son régime d'assurance-maladie et, en 1997, son régime d'assurance-médicaments. Toutes ces mesures visaient à assurer des soins à l'ensemble de la population. Selon Roy Romanow<sup>11</sup>, président de la Commission d'enquête sur l'avenir des soins de santé au Canada: «On voulait éviter de vivre dans un monde où les gens riches peuvent obtenir tous les soins de santé nécessaires et les pauvres, non». Comme la maladie et la mort sont des épreuves qui n'épargnent personne, elles devenaient une responsabilité partagée collectivement, par le biais de nos impôts. Autrement dit, on se dotait d'une assurance collective contre la maladie. Ce n'était plus juste à une personne ou à une famille de prendre, toute seule, cette charge sur ses épaules.

Il faut dire qu'avant cette époque, le Québec savait c'était quoi, être obligé de payer pour se faire soigner. Comme le raconte la journaliste Josée Legault: «Pour ce qui est du système public, il a tellement été massacré depuis dix ans qu'il en est presque gênant de reprocher à quelqu'un de se précipiter au privé. Mais je songe encore aux conséquences à long terme du retour d'un système dont l'accès aux soins était basé sur le revenu du malade et non sur son état. Moi, j'ai connu ce système-là, avec une famille pauvre et une sœur handi-capée. C'était dégueu-lasse<sup>12</sup>».

Avant l'arrivée du système de santé public, les accouchements et la maladie étaient les principales causes d'en-

dettement et d'appauvrissement dans les familles au Québec<sup>13</sup>. Alors, pourquoi fait-on aujourd'hui plus de place au privé en santé ? C'est un peu le résultat des décisions et des coupures de nos gouvernements à Ottawa et à Québec.

## ☛ Un problème de fond

Le gouvernement fédéral verse de l'argent aux provinces pour la santé. Durant les années 90, pour réduire son déficit, Ottawa a coupé plusieurs milliards de dollars aux provinces.

Québec, à son tour, a coupé dans la santé. Rappelons-nous les fermetures d'hôpitaux et le départ massif à la retraite des infirmières et des médecins. Le gouvernement du Parti Québécois de Lucien Bouchard avait offert à plus de 7000 professionnels de la santé de partir à des conditions avantageuses, pour économiser sur les salaires<sup>14</sup>.

Résultat? Notre système de santé public paye la note. Comme le dit M. Romanow dans son rapport d'enquête sur l'avenir des soins de santé au Canada: «La répartition du financement entre les gouvernements fédéral et provinciaux

pose (...) de graves problèmes. La part du fédéral dans le financement de la santé a chuté et les soins de santé absorbent maintenant une portion de plus en plus grande des budgets provinciaux<sup>15</sup>».

### Les fondements du système de santé public au Québec sont :

- ◆ l'accessibilité;
- ◆ l'universalité (tout le monde est couvert);
- ◆ la gratuité.

Source : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Mémoire à la Commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale sur le document de consultation "Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité", 23 mars 2006, p.6.

Pourtant, en 2007, Ottawa a versé 700 millions de dollars au Québec, pour corriger la situation. Mais Jean Charest, le premier ministre du Québec, a décidé de réduire les impôts avec cet argent, plutôt que de le consacrer à la santé. Concrètement, cela a donné une baisse d'impôt moyenne de 750\$ par famille<sup>16</sup>.

Les baisses d'impôts sont très à la mode. Depuis l'an 2000, le gouvernement du Québec (qu'il soit du parti Québécois ou du parti Libéral) a baissé les impôts des particuliers pour un total de 8,9 milliards de dollars<sup>17</sup>! Pourtant, plus de la moitié (60%) de nos dépenses en santé sont financées par nos taxes et impôts<sup>18</sup>.

Selon une étude de l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (un groupe de recherche sans but lucratif), les baisses d'impôts mettent en danger nos services collectifs: «(...) en plus de priver l'État de revenus importants, cette réduction (d'impôt) a principalement avantagé les contribuables les plus fortunés (...). Il s'agit d'une réduction des revenus de l'État qui vient sérieusement entamer la capacité (du gouvernement) de mettre en branle des politiques sociales et même celle de financer adéquatement les programmes existants<sup>19</sup>.»

En effet, même si les revenus de l'État ont augmenté plus vite que ses dépenses,

l'État a liquidé sa marge de manœuvre en baissant les impôts : « Nous constatons la logique qui règne depuis maintenant 10 ans: convertir en baisses d'impôt toute marge de manœuvre budgétaire. L'État est donc toujours à court pour financer adéquatement les services publics<sup>20</sup>» .

### ☛ Les décisions récentes du Québec

En plus des coupures et baisses d'impôts, d'autres événements sont survenus au Québec.

Une bataille légale a été menée contre le gouvernement du Québec. Le Dr Jacques Chaoulli est allé jusqu'en Cour Suprême, en 2005, pour contester certaines mesures prévues dans nos lois sur la santé. Pour protéger notre système public de santé, nos lois in-

terdisaient aux gens d'acheter une assurance privée pour obtenir, au privé, des soins médicaux déjà couverts par notre régime public. Mais le Dr Chaoulli a gagné sa cause. Le plus haut tribunal du pays a dit que les Québécoises et Québécois peuvent dorénavant prendre une assurance privée, pour se

faire soigner au privé, si les délais d'attente le justifient<sup>22</sup>. Ce jugement a

#### **Les baisses d'impôts, un pensez-y bien!**

Une formule à retenir :  
Baisses d'impôt  
=moins d'argent dans les coffres de l'État  
=moins de services publics  
=plus de frais à payer de sa poche.

L'État baisse vos impôts mais vous demande, en échange, de payer davantage de votre poche pour vos soins de santé et vos autres services. Y gagnerez-vous au change ?

ouvert une brèche importante dans notre système de santé public.

Le gouvernement du Québec aurait pu, en toute légalité, se soustraire de ce jugement, pour protéger notre système de santé public. Il aurait pu faire en sorte d'offrir plus d'accès aux soins, en renforçant le réseau public de la santé. Mais il a refusé d'agir ainsi. Le premier ministre Jean Charest et le ministre de la santé d'alors, Philippe Couillard, ont plutôt annoncé que le privé jouerait un plus grand rôle dans notre système de santé québécois<sup>23</sup>.

C'est pourquoi, en 2006, ils ont changé nos lois sur la santé, en adoptant la loi 33. Cette loi autorise les cliniques privées et l'assurance santé privée au Québec. Cette loi a été adoptée sous bâillon, c'est-à-dire qu'elle a été adoptée rapidement, sans que l'opposition, à l'Assemblée nationale, n'ait pu demander un débat.

La loi 33 permet d'avoir recours au privé, aux frais de l'État, pour des opérations de la cataracte, de la hanche et du genou (l'avortement s'est ajouté par la suite), lorsque les délais d'attente le justifient.

### Que sont-ils devenus?<sup>21</sup>

#### Plusieurs acteurs-clé en santé travaillent maintenant pour le privé...



#### **Claude Castonguay**

On l'a nommé le " père de l'assurance-maladie " au Québec. En 2008, il a présidé le Groupe de travail sur le financement de la santé, pour le gouvernement du Québec, où il recommandait de privatiser davantage le système de santé. Il fut pendant plusieurs années président du groupe bancaire et d'assurances La Laurentienne. Il est devenu actionnaire et administrateur de compagnies pharmaceutiques privées (Andromed et Procréa Biosciences).

#### **Philippe Couillard**

Il a été ministre de la santé au Québec, de 2003 à 2008. Il est le père de la loi 33 qui ouvre la porte au privé en santé. Il a ensuite démissionné de son poste de ministre de la santé pour aller travailler pour le fonds Persistence Capital Partners, dont la mission est de développer davantage les soins de santé privés au Canada. Ce fonds est aussi propriétaire des cliniques privées Medisys, qui fournissent beaucoup de services à la CSST (Commission de la santé et sécurité du travail du Québec). Le Commissaire au lobbyisme a mené une enquête pour voir s'il y a eu des manquements au respect de la Loi québécoise sur l'éthique et le lobbyisme. Il a conclu que non, même si M. Couillard avait signé une entente d'embauche deux mois avant son départ de la vie politique.



#### **Dr. Jacques Chaoulli**

Il a contesté certains articles des lois du Québec en matière de santé. Il a gagné sa cause devant le plus haut tribunal du Canada. Ce jugement ouvre la porte aux assurances privées en santé. Il a fondé ensuite une firme privée de courtage de soins de santé. Il a récemment subi une enquête publique pour avoir laissé sur place, pendant de longues minutes, un patient mort dans la salle d'attente de la clinique où il travaille, sans avoir tenté de le réanimer. L'enquête a été accablante et le Collège des médecins enquêtera à son tour.

Elle permet aussi aux malades de se procurer des assurances privées pour couvrir les coûts des opérations et traitements prévus dans la loi. À compter de mai 2009, la loi va plus loin. Au moins 50 traitements médicaux spécialisés (assurés et non assurés) pourront être réalisés en dehors des hôpitaux publics, dans des centres médicaux spécialisés<sup>24</sup>, qui sont des entreprises privées à but lucratif.

Cette décision du gouvernement du Québec ouvre donc la porte à plus d'assurances privées en santé et à un système privé parallèle pour les opérations et les traitements.

### **Le saviez-vous?**

#### **L'accès à l'avortement sera plus difficile**

Avec la loi 33, les centres de santé des femmes à Montréal, en Outaouais et à Trois-Rivières, ne pourront plus pratiquer d'avortements. En effet, seuls les établissements publics (CLSC ou hôpitaux) ou les cliniques médicales spécialisées (CMS) à but lucratif pourront les pratiquer. Et ce sera gratuit seulement si l'avortement se passe à ces endroits. Les centres de femmes qui veulent continuer à offrir le service d'avortement devront se convertir en CMS. En plus, il n'y aura pas nécessairement de CMS partout en région, car ce n'est pas payant pour ces cliniques, compte tenu que la population n'y est pas très nombreuse.

#### Sources :

- Bonamie, Lina, " Les services d'avortement menacés ", opinion dans le Devoir du mardi, 28 octobre 2008.
- Entretien avec le Centre de santé des femmes de Montréal (28/01/09).

## LE PRIVÉ : UNE QUESTION DE GROS SOUS

**D**évelopper un «marché» de la santé, au Québec, c'est une affaire de gros sous.

Les médecins, les cliniques commerciales privées, les assureurs, les prêteurs sont tous prêts à faire du profit avec la santé. Comme le dit le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), le Dr Gaétan Barrette: «Il y a énormément de gens qui poursuivent des buts lucratifs, qui veulent intervenir et agir dans la médecine. 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 "take-overs" (des prises de contrôle), et nous jugeons cela très inquiétant<sup>25</sup>».

Certains de ces groupes d'affaires militent carrément jusque dans certains cabinets de ministres dit aussi le Dr Barrette. C'est ce que remarque aussi le Dr. Réjean Hébert, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke: «Le lobby du privé (comme groupe de pression) est très efficace pour percer le dernier marché qui lui échappe en Amérique du Nord. (...) Le système de santé n'est pas prêt de sortir du marasme si on continue (...) à céder au lobby de ceux qui veulent s'enrichir grâce à la souffrance et à la misère<sup>26</sup>».

### Le saviez-vous?

La Coalition ontarienne pour la santé dit que les services de santé privés sont en train de passer dans les mains des gros joueurs. Les petites cliniques appartenant à des intérêts locaux commencent à passer aux mains des chaînes et des grandes compagnies américaines. Le danger, comme le dit Antonia Maioni, une chercheuse en santé de l'Université McGill, c'est que le privé, en Amérique du Nord, est soumis à des accords de commerces mondiaux, comme l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA). Autrement dit, nous pourrions être convoités par des entreprises et des assureurs américains, et nous ne pourrions pas les empêcher de faire du profit chez nous, avec notre système de santé.

#### Sources :

- Recherche de la Coalition ontarienne pour la santé, "Érosion du régime public d'assurance maladie", 6 octobre 2008, p. 4.
- RND (Revue Notre-Dame), " À l'heure des choix ! ", jan-vier 2006, p. 21. Rapport Romanow, 2002, p. 263.

### ☛ Une «business» qui rapporte gros

Comme le dit un chercheur en administration de la santé de l'Université de Montréal, Damien Contandriopoulos: «Les assureurs, les (groupes) de droite comme l'Institut économique de Montréal et certains médias présentent le privé comme la solution miracle parce qu'ils ont intérêt à ce que cela se fasse<sup>27</sup>».

Il ajoute: «Le système de santé québécois coûte 20 milliards de dollars par année. Les assureurs font environ 10% de profit

sur leur chiffre d'affaires. Pour eux, un marché de 20 milliards de dollars représente un profit potentiel de deux milliards de dollars. De leur côté, certains médecins voient dans la privatisation un moyen de gagner le même salaire que leurs (confrères) américains, soit un million au lieu de 300 000\$ par année».

## ☛ La CSST: acheteur no. 1 des soins privés au Québec

C'est vrai que le privé rapporte plus d'argent aux médecins. Comme le dit le Conseil québécois de la santé et du bien-être, en citant des expériences faites aux États-Unis et en Grande-Bretagne: «Travailler dans le secteur privé leur a permis (aux médecins) d'accroître leurs revenus. Cela n'a cependant pas eu pour

effet d'augmenter l'offre totale de services (en santé)<sup>28</sup>».

Un autre exemple d'ici: la CSST (Commission de la santé et sécurité au travail), qui est une assurance publique servant aux travailleuses et travailleurs et à leurs employeurs. De 2003 à 2007, la CSST a versé plus d'un milliard de dollars à des professionnels de la santé en pratique privée. La CSST est le plus grand générateur de soins privés au Québec. Selon le Dr Barette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec: «La CSST me verse des honoraires plus élevés lorsque je fais le même examen à ma clinique privée qu'à l'hôpital<sup>30</sup>».

## ☛ Des infirmières attirées par le privé

Le privé est aussi plus payant pour les infirmières. Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la proportion d'infirmières qui travaillent dans le système public de la santé diminue, au profit du secteur privé.

En 2000, 87% des infirmières travaillaient dans nos établissements publics. En 2007, elles étaient 83%. Le secteur privé, lui, emploie plus de 7000 infirmières, dont 2000 dans une agence de placement. Cela fait 55% d'augmentation depuis 2003-2004<sup>31</sup>. Les agences privées offrent au gouvernement des infirmières pour les CLSC, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou les hôpitaux publics en manque de personnel. Une infirmière qui gagne entre 18 et 27\$ l'heure dans le réseau public double son salaire

### Le saviez-vous ?

#### **Pour le Conseil de la santé et du bien-être\*, le privé n'est pas une solution**

Le Conseil dit que mettre en place un système privé parallèle de soins de santé ne rend pas les soins plus accessibles et ne réduit pas les délais d'attente. Le privé en santé sert essentiellement à deux choses : offrir davantage de soins aux gens les plus fortunés et améliorer les revenus des professionnelles et professionnels de la santé. Selon les études du Conseil, chaque dollar d'impôt prélevé par l'État pour les services de santé à la population génère plus de soins que quand c'est le citoyen ou des assurances privées qui payent directement de leur poche ces services à des fournisseurs privés<sup>29</sup>.

\*Maintenant appelé le Commissaire à la santé et au bien-être.

lorsqu'elle travaille pour une agence privée (entre 35 et 55\$ l'heure). Travailler au sein d'une agence privée lui permet aussi d'échapper aux horaires épuisants imposés à ses collègues du public.

Selon le porte-parole du Parti Québécois en matière de santé, Bernard Drainville: «Les conséquences de cette situation sont importantes, car elles contribuent, entre autres, à augmenter la pénurie de main-d'œuvre dans nos hôpitaux et réduisent la capacité du réseau public à offrir des services de qualité<sup>32</sup>».

Malgré tout, on continue de dire que le privé en santé est la seule solution. Quelle est la part de vrai là-dedans ?

### **Un autre exemple de système mixte privé/public**

On donne souvent en exemple la France, qui permet à ses médecins de travailler à la fois dans le public et le privé. Mais il faut savoir qu'en France, toutes proportions gardées, il y a beaucoup plus de médecins qu'au Québec, jusqu'à 37 % de plus. Il ne manque donc pas de médecins pour combler les besoins du réseau public.

Source :  
DUTRISAC, Robert, " Le rapport Castonguay a déjà du plomb dans l'aile ", Le Devoir, jeudi, 14 février 2008.

### **Le saviez-vous?**

#### **Un système mixte coûte plus cher aux patientes et patients...**

Certaines provinces permettent à leur personnel, comme les médecins, de travailler dans les deux systèmes, public et privé. Le Manitoba et l'Alberta, par exemple, possèdent un système mixte (à la fois privé et public) dans lequel les opérations de la cataracte peuvent être effectuées par des établissements publics ou privés. Et dans les deux provinces, les patients ont dû déboursier davantage pour des lunettes haut de gamme et certains frais d'hospitalisation. Au point que les gouvernements ont voté des lois pour mettre fin à cette surfacturation. Maintenant, les régimes de santé de ces provinces assument la totalité des coûts des soins.

Source :  
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, " À bas les mythes : les établissements à but lucratif rendraient le système de santé plus efficace", revu en mars 2004, p. 1.

## EST-CE QUE C'EST BON, LE PRIVÉ EN SANTÉ ?

**V**oici trois raisons qu'on nous donne souvent, pour faire la promotion du privé en santé.

### ☛ Raison #1

Le système public est trop lourd, trop coûteux et n'est pas capable d'offrir des soins de qualité. Il n'y a qu'à voir les listes d'attentes...

**La réalité**-Voici ce que Philippe Couillard a lui-même dit à la Commission des affaires sociales, lorsqu'il était notre ministre de la Santé. Selon lui, le privé ne règle pas les problèmes de financement en santé. Le privé ne permet pas non plus de se faire soigner plus vite: «Dans le cas de l'assurance privée (...) il y a deux mythes en fait. Le premier, c'est que ça va régler le problème du financement de la santé. Il n'y a aucun exemple inter-

national (dans le monde) pour le démontrer, puis je mets au défi quiconque d'en citer un. Puis l'autre mythe, c'est que ça va agir de façon significative sur les listes d'attente. 80 % des gens au Québec gagnent moins de 50,000\$, hein? Les gens ont l'impression... Bien, si je laisse les gens plus riches aller se faire opérer rapidement, moi, je vais aller plus vite dans la liste d'attente puis je vais être opéré plus vite. Mais en pratique, le docteur qui va être en train d'opérer les gens qui ont l'assurance, il ne sera plus là pour opérer la personne qui gagne 30 000\$ par année<sup>33</sup>».

Un autre député à cette commission, Jean-Pierre Charbonneau, pense, lui, que les gens ne devraient pas s'appauvrir davantage en s'achetant des assurances privées, alors qu'ils paient déjà des impôts pour se faire soigner. Il croit que c'est au gouvernement d'investir assez d'argent, dans le réseau public, pour que les gens se fassent soigner plus vite: «(...) dans le fond les gens, là, qui attendent pour des (opérations non urgentes), il n'y a pas un de ces citoyens-là (...) qui est assurable. Alors, les gens qui prendraient actuellement des assurances, là, c'est pour dans 10 ans, dans 15 ans, dans 20 ans, dans 25 ans, mais ils paient déjà, avec leurs taxes puis leurs impôts, ce type d'assurance-là, parce que, finalement, ils sont assurés par les assurances publiques (notre assurance-maladie). Pourquoi ils s'appauvriraient, dans le fond, pour

### Le saviez-vous ?

#### C'est au Québec qu'on dépense le moins pour la santé

Dans tout le Canada, le Québec est la province qui dépense le moins par habitant pour la santé. En 2007, les dépenses publiques de santé au Québec s'élevaient à 3 135\$ par habitant, ce qui classe le Québec au 10<sup>e</sup> et dernier rang par rapport aux autres provinces.

Source : Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2007-2008, chapitre 6, p.210.

payer des assurances (privées), alors que dans les faits, si on injectait (...) les fonds suffisants, on pourrait être en mesure de faire en sorte qu'on augmente le nombre d'interventions chirurgicales et qu'on baisse d'une façon significative les listes d'attente<sup>34</sup>»?

Comme l'explique un chercheur en administration de la santé, Damien Contandriopoulos, à propos des assurances: «Si, un jour, vous vous ramassez avec un cancer du cerveau, ça va vous coûter 100 000, 200 000, 500 000 dollars. Pas beaucoup d'entre vous seraient capables de se faire soigner pour des choses graves. C'est la raison pour la-

quelle les soins de santé sont toujours financés par des assurances. Par contre, on peut décider d'avoir des assurances publiques ou privées. (...) Presque tous les pays civilisés ont des assurances publiques (sauf les États-Unis<sup>35</sup>).

Autre fait important: le premier ministre Charest et son ministre de la santé d'alors, M. Couillard, ont présenté un rapport gouvernemental intitulé «Garantir l'accès». Ce rapport a étudié les expériences public/privé faites dans d'autres pays du monde. Il en conclut que le privé n'améliore pas le système de santé: «Les expériences étrangères en matière d'assurance privée (...) comporte

### Le saviez-vous?

#### Le Protecteur du citoyen s'inquiète pour la sécurité des malades soignés dans le privé

Le Protecteur du citoyen, dans son rapport d'enquête, dit que l'entente conclue entre l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et la clinique privée Rockland MD respecte mal les droits, la sécurité et la confidentialité des patients. Depuis l'an passé, l'hôpital du Sacré-Cœur a envoyé environ 300 patients au Centre de chirurgie et de médecine Rockland MD pour diverses interventions chirurgicales. L'hôpital public affirme qu'il est débordé et qu'il doit recourir à une clinique privée pour diminuer les temps d'attente. Les médecins de l'hôpital opèrent leurs patients chez Rockland MD en utilisant ses installations et son personnel infirmier. Pendant ce temps, deux salles d'opération à l'hôpital ne sont pas utilisées.

Mais comme le demande le Protecteur du citoyen: "Qu'arrive-t-il si une infirmière du Centre (privé) n'administre pas le bon médicament ? Le Centre va-t-il le déclarer à la famille ? À l'hôpital? Comment le comité de gestion des risques (de l'hôpital) peut-il en être informé et s'assurer que les mesures adéquates sont prises par le Centre pour ses usagers ?"

Il faut dire que durant la première journée d'ouverture, une infirmière du Centre Rockland a injecté par erreur un calmant dans la veine d'une patiente plutôt que dans un muscle, ce qui a provoqué une chute de tension et nécessité des mesures d'urgence.

#### Sources :

- NOËL, André, " Les droits des patients sont mal protégés ", La Presse, 21 octobre 2008.
- Protecteur du citoyen, " Rapport d'intervention visant l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le Centre de chirurgie et de médecine Rockland MD", 27 juin 2008, p. 18.
- " La machine s'emballe, avertit le PQ ", Radio-Canada, 19 septembre 2008.

plusieurs risques et ne semblent apporter aucune garantie d'un meilleur accès global aux soins de santé, ni de gains d'efficience (de performance) dans l'ensemble d'un système». Pour ce qui est de la qualité des soins donnés dans le privé: «(...) même avec un encadrement (de règles supplémentaires), rien ne garantit la qualité des services qui seront offerts par le secteur privé<sup>36</sup>».

Le rapport dit que les gens n'auront pas plus accès à des soins de santé avec le privé. Au contraire, le privé risque d'accaparer le personnel du réseau public: «...la majorité de la population, qui ne possède pas les ressources financières suffisantes, **ne bénéficierait d'aucune amélioration** dans l'accès résultant de l'ouverture à l'assurance privée et pourrait même **voir cet accès se détériorer** dans la mesure où l'expansion des services (...) privés se ferait à partir de ressources humaines spécialisées et expérimentées qui travaillent actuellement dans le système public de santé<sup>37</sup>».

Le rapport remarque que plus il y aura du privé en santé, plus cela risque de nous coûter cher collectivement: «(...) il semble probable que plus l'ouverture à l'assurance privée sera étendue, plus la gestion globale du système de santé deviendra complexe et plus il pourra être difficile d'en contrôler la qualité et les coûts». Une plus grande partie de notre richesse nationale (c'est-à-dire de notre PIB ou produit intérieur brut) devra être consacrée à la santé : «Une ouverture à l'assurance privée amènerait, selon toute probabilité, **une augmentation** de la part du PIB (de notre richesse collective) consacrée au secteur de la santé et des services sociaux<sup>38</sup>».

Les raisons? D'abord, l'État n'aura plus affaire à un seul système de santé (le public), mais avec deux (le public et le privé). Ensuite, un système de santé public coûte moins cher à gérer qu'un système privé. Gérer un système de santé **privé** gobe de 15 à 30% des sommes en jeu. Tandis que gérer un système **public** coûte de 3 à 6%<sup>39</sup>. Dans un système privé, la plupart des actes médicaux doivent, en effet, être autorisés par l'assureur, qui décide de rembourser ou non le traitement ou l'opération. Il y a donc plus de monde chargé de surveiller les décisions des médecins, ce qui coûte plus cher.

En plus, le privé garde pour lui les soins les plus légers et les plus payants. Comme le dit le Rapport d'enquête sur l'avenir des soins de santé au Canada: «Le système public hérite (...) des services les plus compliqués et les plus coûteux ce qui rend le contrôle des coûts plus difficile. Mais si un patient a un problème après avoir obtenu son congé d'un établissement privé par exemple, à la suite d'une infection après l'opération ou d'une erreur médicale, il devra probablement retourner dans un hôpital public pour se faire soigner étant donné que les établissements privés ne sont pas (...) en mesure d'offrir des soins intensifs». C'est donc le système public, et nous, les contribuables, qui payeront la note. Toujours selon ce rapport: «Les solutions (...) ne viendront pas du secteur privé. Les gouvernements doivent plutôt les chercher à l'intérieur du système public et s'assurer que les services ont des ressources adéquates et qu'ils sont accessibles à tous<sup>40</sup>».

En fin de compte : «Aucune donnée scientifique ne montre la pertinence de

confier ni le financement, ni la gestion ou la prestation des soins et des services de santé au secteur privé<sup>41</sup>», dit le Dr Réjean Hébert, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

## ☛ Raison #2

Bientôt, les « vieux » vont nous coûter trop cher en soins de santé.

**La réalité**-Selon les prévisions du ministère des Finances du Québec, le vieillissement ne comptera que pour 1,3% de la hausse annuelle des dépenses publiques de santé, au cours des dix prochaines années. Il va augmenter à 1,6% par la suite<sup>42</sup>.

C'est vrai que notre population vieillit. Mais cela ne veut pas dire que nous courons tout droit à la faillite ! En effet, selon des chercheurs de l'Université McGill, la proportion des personnes âgées a augmenté de façon constante depuis les 30 dernières années. Et ce taux de croissance n'augmentera pas de beaucoup durant les 20 prochaines années. En d'autres mots, le taux de vieillissement dans les 30 prochaines années sera semblable au taux des 30 dernières années<sup>43</sup>.

En plus, la plupart des personnes âgées sont en santé, actives, possèdent un patrimoine et payent des taxes et des impôts, ce qui fournit les coffres de l'État. Le Québec n'est pas la seule nation à faire face au vieillissement de sa population. D'autres pays d'Europe et d'Asie ont déjà relevé ce défi, sans vivre de « crise ».

Une personne peut vivre plusieurs dizaines d'années, après sa retraite, sans imposer de charge supplémentaire au système de santé. Ce sont surtout les personnes âgées de plus de 85 ans qui nécessitent des soins. Comme l'a dit notre ancien ministre de la Santé, Philippe Couillard, à la Commission des affaires sociales: « (...) la plus grande partie des dépenses de santé qu'on va générer, on va les générer dans l'année qui précède notre décès. Et puis la bonne nouvelle, c'est qu'on meurt juste une fois, donc on va générer ces dépenses-là surtout à une reprise<sup>44</sup> ».

Selon l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques, ce n'est pas le vieillissement de la population qui augmente le plus les coûts en santé. Mais le fait qu'on prend de plus en plus de médicaments dans notre société. Cela coûte cher à l'État, car c'est au Québec que les dépenses publiques pour les médicaments prescrits sont les plus élevées par habitant<sup>45</sup>. Selon l'Institut, **ce sont le coût des médicaments et les baisses d'impôts qui menacent le plus notre système de santé** : « (...) on constate que dans les secteurs privés de la santé, comme celui des médicaments,

### Le saviez-vous?

"Notre système de santé public et universel est le meilleur outil pour faire face au vieillissement attendu de la population. (...) On doit cependant y investir davantage pour résoudre les problèmes d'accès et de qualité", a dit le Dr. Réjean Hébert, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et spécialiste du vieillissement.

Source : Gouvernement du Québec, rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, "Préparons l'avenir avec nos aînés", 2008, p. 115-116.

les prix ont beaucoup augmenté (...) Si ce n'était de cette inflation du coût et du volume d'utilisation des médicaments, couplée à une réduction systématique des revenus de l'État (les baisses d'impôts), celui-ci aurait encore les moyens d'entretenir un système public universel<sup>46</sup>».

Il faut dire que notre ancien ministre de la Santé, M. Couillard, a mis fin au gel des prix des médicaments, en 2007, pour permettre à l'industrie du médicament de rester vigoureuse. Ce dégel a été vivement dénoncé car certains médicaments ont augmenté beaucoup plus que prévu (140% de plus pour certains médicaments). Or, au Canada, c'est grâce à notre contrôle des prix que nous payons nos médicaments 40% moins cher qu'aux États-Unis<sup>47</sup>.

De son côté, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé dit que ce sont surtout les personnes âgées **en santé** qui visitent le plus leur médecin de famille. Elle constate qu'on offre de plus en plus de soins aux personnes âgées en santé et elle se pose la question: est-ce toujours approprié et nécessaire? Est-ce que les opérations ou les trai-

tements proposés améliorent vraiment leur qualité de vie ? Il faudrait évaluer davantage nos façons de faire<sup>48</sup>.

Plutôt que d'offrir plus de soins, il faut s'assurer qu'ils sont vraiment utiles. Par exemple, selon une vaste étude canadienne, 31% des patients opérés de la cataracte avaient une vue presque parfaite avant l'opération. En fait, ils n'avaient pas besoin d'être opérés. Encore plus troublant: 26% des patients opérés voyaient moins bien après l'opération<sup>49</sup>.

### ☛ Raison #3

La santé coûte trop cher. L'État ne sera bientôt plus capable de payer pour répondre aux besoins.

**La réalité**-La santé représente un gros morceau du budget de l'État. Les partisans du privé disent que les dépenses en santé augmentent toujours et qu'elles prennent une place de plus en plus importante dans le budget de l'État. Qu'en est-il ?

Il faut dire que l'État, en accordant des milliards de dollars en baisse d'impôt, a réduit lui-même sa marge de manœuvre pour financer la santé.

Mais c'est vrai que le ministère des Finances du Québec prévoit une hausse de 6% par année des dépenses en santé. Par contre, selon les experts, il ne faut pas seulement regarder la hausse des dépenses en santé. Il faut aussi la comparer avec notre richesse collective (notre PIB ou produit intérieur brut), pour avoir une bonne idée des «vrais chiffres».

#### **Opérations de la cataracte : deux fois moins cher dans le public!**

Une opération de la cataracte dans un hôpital public de Montréal coûte 450\$ en moyenne. Or, le secteur privé reçoit 1000\$ de l'État pour la même opération, selon le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, David Levine.

Source : DRUTRISAC, Robert, " Cataractes : deux fois moins cher dans le public ", Le Devoir, 30 janvier 2009.

Or, la catastrophe annoncée n'est pas pour demain. Selon François Béland, un chercheur en administration de la santé de l'Université de Montréal: «Rien dans les données ne permet de conclure que l'évolution des dépenses de santé est insoutenable en fonction de la richesse nationale. La part des dépenses de santé par rapport aux revenus du gouvernement du Québec (selon l'estimation du ministère des Finances du Québec) n'a pas augmenté depuis plus de 30 ans<sup>50</sup>».

De son côté, l'Institut canadien d'information sur la santé dit que, depuis 1974, la part du budget total du Québec réservée à la santé (sans les services sociaux) est passée de 29,1 à 31,7 %. Et nos dépenses totales en santé ont toujours tourné autour de 7 % de notre richesse collective (de notre PIB). Une autre bonne nouvelle: dans tout le Canada, c'est au Québec que la santé coûte le moins cher. En effet, c'est au Québec que la santé prend le moins de place dans le budget de l'État<sup>51</sup>.

Pour l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques, c'est le même portrait. Le coût de la santé est stable au Québec, depuis les trente dernières années. Selon les chercheurs, ce sont surtout les dépenses de santé **privées** qui expliquent, en bonne partie, la hausse des coûts en santé. Les dépenses associées aux médicaments, par exemple, ont connu une hausse importante, passant de 37% à 55% en 2005<sup>52</sup>.

À la lumière de toutes ces études, on peut donc dire que, dans l'ensemble, nos dépenses en santé ne sont pas «hors de contrôle».

## QUELLES SONT LES SOLUTIONS ?

**S**elon les études, le privé nous coûtera donc plus cher, personnellement et collectivement. Mais il reste que notre système public connaît des ratés. La situation a été étudiée en long et en large. Les solutions sont connues. Mais il faut la volonté politique pour les appliquer. Voici quelques problèmes majeurs et des solutions suggérées par le monde de la santé.

### ☛ Manque de médecins

Dire que dans les années 90, le gouvernement prévoyait un surplus de médecins jusqu'en 2006<sup>53</sup>! La réalité est tout autre. Selon la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, un million de Québécoises et Québécois, aujourd'hui, n'ont pas de médecins de famille. Les étudiants en médecine bouddent la profession de médecin de famille. Ils veulent plutôt travailler dans les urgences et les hôpitaux. Il faudrait donc revaloriser la profession de médecin de famille en clinique. Créer aussi plus de

groupes de médecine de famille où les médecins travaillent en groupe pour prendre en charge les malades (les GMF). D'autre part, le Collège des médecins du Québec, qui contrôle l'admission et le droit de pratique des médecins, est réticent à accepter les médecins étrangers, qui pourraient venir combler le vide. Jusqu'en 2003, on a interdit l'immigration de médecins formés à l'étranger. Encore aujourd'hui, le Québec est la province au Canada qui accepte le moins de médecins étrangers. Le Collège des médecins a émis, en 2007, 521 permis d'exercice à des médecins étrangers, contre 1403 en Ontario! L'Ontario a adopté une loi, en 2008, exigeant que les ordres des professions, comme l'Ordre des médecins et chirurgiens, collaborent avec le gouvernement pour s'assurer que l'Ontario ait assez de professionnels de la santé<sup>54</sup>. Cette loi vise à augmenter l'admission des médecins étrangers pour fournir à la population les soins de santé dont elle a besoin.

#### Le saviez-vous ?

##### **Le Québec a perdu plus de médecins aux mains du privé qu'à l'étranger !**

En 2007, le Québec a perdu 27 médecins qui sont allés pratiquer dans une autre province ou un autre pays. Mais il y a présentement 200 médecins qui exercent au privé.

Source: PC, Le Québec perd des médecins, Cyberpresse, 2 décembre 2008.

#### Le saviez-vous?

L'Afeas a adopté une position en 2008 réclamant du Collège des médecins du Québec plus de souplesse dans leurs règles pour permettre aux médecins étrangers de pratiquer au Québec. Faudra-t-il voter une loi, comme en Ontario ?

### ☛ Manque d'infirmières

Actuellement, 40% seulement des jeunes infirmières et infirmiers travaillent à

temps plein. 60% sont à temps partiel. Cela fait des années que les syndicats d'infirmières réclament plus de postes à temps plein, pour éviter le temps supplémentaire<sup>55</sup>. Il faudrait aussi former plus d'infirmières. Et prendre des mesures pour retenir en poste les infirmières de 55 ans et plus. Il y a aussi le cas des «super-infirmières», plus formées, qui posent des actes normalement réservés aux médecins. Elles sont aussi appelées les «infirmières praticiennes». Elles peuvent prescrire certains médicaments, faire des examens, traiter des adultes et des enfants aussi. Au Québec, il n'y en a que trente-sept. En Ontario, 800. Pour combler ce retard, «il faut que le Québec se décide», dit la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec<sup>56</sup>, Gyslaine

Desrosiers. Car le manque d'infirmières empêche d'opérer et nuit au fonctionnement des urgences. Bref, empêche notre système de santé de rouler rondement.

## ☛ Urgences bondées

La mission de l'urgence, c'est de traiter en priorité les patientes et patients dont la vie est en danger. On imagine des «cas extrêmes», qui arrivent en ambulance. La réalité est tout autre. Les gens qui se rendent à l'urgence par leurs propres moyens sont deux fois plus nombreux. Ils étaient deux millions l'an dernier. C'est 40% de plus qu'il y a cinq ans! «L'urgence est vue comme un lieu de première ligne où on peut aller consulter assez facilement», dit le Dr. Alain Vadeboncoeur, président par intérim de

### En santé, l'État dépense beaucoup pour le béton!

Les coûts associés aux trois centres hospitaliers universitaires en cours de rénovation et de construction - le CHUM, Sainte-Justine et le Centre universitaire de santé de McGill (CUSM) - pourraient atteindre les 4 milliards de dollars. La facture est de 1,7 milliard pour le CHUM seulement. Le CHUM devait ouvrir en 2013. Mais on parle de plus en plus de 2016, car le CHUM est en difficulté. En effet, le gouvernement libéral a décidé de le faire construire en Partenariat Public Privé (PPP). Or, un des principaux partenaires privés du projet, une entreprise australienne, est en difficultés financières. Selon un ex-consultant du CHUM (aussi chercheur en politiques sociales), Stephan A. Brunel, la décision du gouvernement de bâtir le futur CHUM avec la formule des PPP est basée sur des prévisions " peu rigoureuses " et " irréalistes ". Il estime aujourd'hui que construire le nouvel hôpital en mode PPP est une " folie ". Notons aussi que le CHUM sera entouré de cliniques privées, à qui plusieurs soins seront confiés, comme les services d'ophtalmologie (soins des yeux). « Le succès du CHUM, un hôpital universitaire, ne peut pas reposer sur des cliniques privées! Ça n'a pas de sens!» a dit le Dr. Gaétan Barette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Sources :

- LACOURSIÈRE, Ariane, " Le PPP du CHUM est menacé ", Cyberpresse, 15 janvier 2009.
- DUTRISAC, Robert, " CHUM-Bolduc met le poing sur la table ", Le Devoir, 11 septembre 2008. Lessard, Denis, " Le CHUM n'ouvrira pas avant 2016 ", Cyberpresse, 11 septembre 2008.
- LACOURSIÈRE, Ariane, " CHUM : Une folie, selon un ex-consultant", Cyberpresse, 14 janvier 2009.
- LACOURSIÈRE, Ariane, CHOUINARD, Tommy, " Le futur CHUM sera entouré de cliniques privées ", Cyberpresse, 5 septembre 2008.

l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec<sup>57</sup>. C'est vrai qu'on manque de médecins de famille et que les cliniques et les CLSC ne sont pas ouverts la nuit. Selon une étude canadienne, moins de 1% des cas à l'urgence, en 2003-2004, étaient extrêmement urgents (des réanimations). Près de 60% des autres patients vus à l'urgence étaient évalués comme non urgents. La Cité de la santé de Laval le confirme: les malaises les plus fréquents vus à son urgence sont les troubles musculaires ou de l'appareil digestif et des maladies de peau. Deux personnes sont responsables de trouver des solutions et de conseiller notre nouveau ministre de la santé, Yves Bolduc. Il s'agit du Dr Pierre Savard, le directeur national des urgences et de la Dre Yolaine Galarneau, directrice de l'accessibilité aux services médicaux du ministère de la Santé. Mais aux urgences mêmes des hôpitaux, selon le Dr Vadeboncoeur: «on pourrait avoir des praticiennes (des super-infirmières) pour évaluer les cas les moins graves. Comme on manque de médecins, ça pourrait gérer cette clientèle-là de façon différente».

### ☛ Listes d'attente pour les traitements et les opérations

Un des gros problèmes, c'est le manque de personnel pour opérer (comme les anesthésistes ou les infirmières) ou le manque d'équipements ou de spécialistes, comme les radiologistes, qui sont plus nombreux à travailler dans le privé. Le temps d'attente pour une échographie du cœur, à Montréal, tourne autour de 6 mois. Et, en 2008, au Québec, 31 279

personnes attendaient depuis plus de 6 mois de se faire opérer<sup>58</sup>. Un autre gros problème, c'est la gestion des listes d'attente dans nos hôpitaux. Il n'y a pas de liste «centrale», pour donner une vue d'ensemble et mieux répartir les cas. Sauf exceptions, les listes d'attente sont gérées de façon indépendante par chaque département d'hôpital et par chaque médecin. Cela nuit à l'efficacité des soins. Selon un chercheur en santé: «Les décisions d'opérer sont prises par des chirurgiens, individuellement, au jour le jour, (...) sans que les établissements ne soient impliqués dans le processus<sup>59</sup>». Cependant, des mesures ont été prises. Un système de gestion (le SGAS) est en place dans certains hôpitaux, pour la chirurgie cardiaque et la radio-oncologie (pour traiter le cancer), ce qui semble faciliter certains aspects de la gestion des cas. Mais les temps d'attente restent un gros problème au Québec.

### ☛ Prix des médicaments

Les médicaments coûtent cher au Québec. Le parti Québec Solidaire propose de créer une agence, Pharma Québec, qui serait chargée, entre autres, de négocier de meilleurs prix, à l'échelle du Québec, pour les achats de médicaments couverts par le régime public. Selon le parti, la Nouvelle-Zélande pratique ce modèle depuis environ 10 ans et a réussi à faire baisser ses coûts de médicaments de 60%. Le Rapport d'enquête sur l'avenir des soins de santé au Canada va dans le même sens, en proposant de créer une agence nationale du médicament pour négocier les prix pour tout le Canada. Les régies d'assurance maladie des provinces canadiennes paient les médicaments à large usage de trois à six fois trop cher<sup>60</sup>.

Si elles négociaient les prix comme les hôpitaux le font, notre facture de médicaments diminuerait beaucoup. Une autre solution : utiliser davantage les médicaments génériques, qui sont une copie des médicaments originaux. Le Québec pourrait économiser des millions de dollars. D'autres se demandent pourquoi on paye des assurances privées pour nos médicaments, alors qu'on pourrait toutes et tous contribuer à notre régime public d'assurance-médicaments et peut-être faire ainsi baisser les coûts? Ce serait peut-être une autre piste à envisager...

Il y a donc des solutions possibles. Il faudrait donner également plus de soins à domicile. Développer les services de «première ligne», surtout dans les CLSC. Faire plus de prévention. Certains proposent même de sortir la politique du domaine de la santé. C'est-à-dire de créer une agence autonome, protégée de l'influence des partis politiques, pour gérer notre système de santé. Comme ça, on éviterait peut-être les volte-face, en matière de dépenses et d'orientations, à chaque fois qu'un nouveau gouvernement est élu. Cela reste à voir...

### **Une mammographie qui coûte cher!**

À la clinique privée Centre du Sein Ville-Marie, une patiente doit maintenant payer de sa poche pour des soins autrefois gratuits : 200\$ pour gérer son dossier médical électronique et 250\$ pour obtenir son examen du sein avec une nouvelle technologie d'image plus coûteuse. " C'est juste les femmes qui vont être dans un milieu très favorisé qui vont pouvoir avoir ces services-là ", a dit la patiente, indignée. C'est illégal de facturer une patiente pour des soins déjà remboursés par l'État. La Régie de l'assurance maladie du Québec fait enquête. Mais en attendant, l'État s'apprête à accorder des budgets supplémentaires à l'ensemble des cliniques pour qu'elles adoptent cette nouvelle technologie d'image. Notre argent public sert donc à payer l'équipement du privé.

Source :  
Radio-Canada, émission La Facture, 10 février 2009.

## CONCLUSION ET NOUS, LES FEMMES ?

**L**es femmes sont au cœur du système de santé au Québec. À cause de nos accouchements, de notre santé reproductive, de notre ménopause, nous sommes les premières utilisatrices du système de santé. Celles d'entre nous qui vivent de la violence conjugale ou sexuelle ont aussi un urgent besoin de services. Nous consultons aussi souvent quand nos enfants sont malades. Nous formons également la majeure partie du personnel du réseau de la santé. Et nous sommes nombreuses à aider un proche malade.

Sans compter que nous sommes en moyenne plus pauvres que les hommes. Notre revenu disponible correspond à 76% de celui des hommes (22 840\$ contre 30 244\$). À la retraite non plus, nous ne sommes pas à égalité. Notre revenu disponible s'élève, en moyenne, à 20 287\$ tandis que celui des hommes est de 25 497\$<sup>61</sup>. Arriverons-nous à nous faire soigner si le système public s'affaiblit et que le système privé monnaye ses soins à prix fort?

Pour le Réseau féministe pour le maintien, l'accessibilité et l'amélioration du système de santé, la réponse est claire. La privatisation de notre système de santé est une atteinte au droit à l'égalité des femmes : «Nous pensons que les femmes ont été historiquement les grandes gagnantes de la construction du réseau public de la santé, elles seront les

grandes perdantes de sa déconstruction<sup>62</sup>».

Alors, que faire? Voici quelques pistes, pour qui veut préserver le système public ou mieux utiliser les services de santé.

### ☛ Comme citoyennes

- ◆ Faites une proposition Afeas: devrait-on demander qu'une loi protégeant l'avenir de notre système de santé public soit votée, comme en Ontario ? Ou une loi pour forcer le Collège des médecins du Québec à assouplir ses règles envers les médecins étrangers? Devrait-on encourager la création d'une agence pour acheter en gros les médicaments pour notre régime public? Les idées sont nombreuses, à travers ce thème...
- ◆ Écrivez à votre député du Québec ou au ministre de la Santé du Québec, Yves Bolduc, pour manifester votre appui au système public de santé. Pour connaître les adresses, visitez le: <http://www.assnat.qc.ca/fra/Membres/deputes.shtml>
- ◆ Votez pour le parti politique qui s'engage à protéger notre système de santé public.

## ☛ Comme usagères du réseau de la santé

- ◆ Prenez soin de votre santé, par une saine alimentation et de l'exercice. La prévention est le meilleur remède!
- ◆ Exigez, si possible, d'être soignée dans le réseau public, même si on vous réfère au privé. Au besoin, vous pourriez porter plainte auprès du Protecteur du citoyen, concernant l'accès aux services. Il peut intervenir lorsque les droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux n'ont pas été respectés. Pour plus d'informations sur la marche à suivre  
[http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fr/domaines/reseau\\_sante.asp](http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fr/domaines/reseau_sante.asp)  
 Téléphones:  
 (418) 643-2688 (à Québec)  
 (514) 873-2032 (à Montréal)  
 1 800 463-5070. (Ligne sans frais)  
 Courriel: [protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca](mailto:protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca)
- ◆ Ne consultez qu'un seul médecin de famille, plutôt que plusieurs (à moins d'avoir besoin d'un deuxième avis médical). Cela permet de libérer de la place pour d'autres.

- ◆ Posez des questions à votre médecin sur l'utilité de vos traitements ou de votre médication. Est-ce la seule alternative ? Que pouvez-vous faire pour améliorer vous-même votre santé ? Évitez autant que possible la médication ou les traitements inutiles.
- ◆ Demandez à votre médecin de prendre en compte le coût des médicaments qu'il prescrit. Y a-t-il un médicament moins cher, mais tout aussi efficace? Pouvez-vous prendre un générique (qui est une copie du médicament original)? Demandez aussi le générique à votre pharmacienne ou pharmacien.
- ◆ Évitez les urgences, si votre cas n'est pas urgent. Mais ne mettez pas votre vie en danger non plus ! Essayez plutôt de trouver à l'avance des bonnes ressources dans votre localité, afin de les avoir sous la main lorsque vous aurez besoin de consulter.

Il faut agir, pour ne pas être privées d'un système public de santé<sup>63</sup>. Surtout si vous pensez, comme le Dr Réjean Hébert: «J'aime mieux un système de santé où on utilise la carte-soleil plutôt que la carte de crédit<sup>64</sup>.»

## Notes dans le texte

- 1-En décembre 2006, le gouvernement Charest a adopté la loi 33 venant modifier, entre autres, la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec. Cette loi permet d'avoir recours au privé, aux frais de l'État, pour des opérations de la cataracte, de la hanche et du genou (ajout de l'avortement par la suite) lorsque les délais d'attente le justifient. Elle permet aussi le recours aux assurances privées de santé. En mai 2009, un nouveau règlement entrera aussi en vigueur : 50 traitements médicaux spécialisés (assurés et non assurés) pourront être réalisés en dehors d'un établissement public, dans les centres médicaux privés spécialisés. Assemblée Nationale, « Projet de loi 33 : Loi modifiant la Loi sur la santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives », sanctionné le 13 décembre 2006. PELCHAT, Christiane, « À la santé d'un système public », Gazette des femmes, janv.-fév. 2009, p. 5. Pour le nombre de médecins en pratique privée : Krol, Ariane « Système privé de médecins », Cyberpresse, 18 février 2009.
- 2-TRUDEL, Jonathan, « Santé : Bonjour le privé! », L'Actualité, 15 avril 2008, p. 23 et 32. Aussi : Radio-Canada, « Gare à l'endettement médical », mercredi, 23 janvier 2008.
- 3-Les directeurs de la santé publique font le point, « La santé pour tous : privatiser davantage ou gérer autrement ? », février 2008, p. 2.
- 4-SAINT-PIERRE, Brigitte, « Public et privé - Le secteur privé recueille 30 % des dépenses en santé au Canada », Le Devoir, samedi, 10 et dimanche 11 novembre 2007.
- 5-*Chiffres de 2008. Il s'agit du temps d'attente médian, soit la valeur se situant au milieu des données recueillies. La moitié des temps d'attente seront plus élevés, l'autre moitié moins élevée, par rapport à cette valeur.* Sources: Institut Fraser, « Waiting your turn: Hospital Waiting Lists in Canada. 2008 Report. », p. 57, 58, 59. La Presse canadienne, « L'Institut Fraser -Le temps d'attente diminue dans les hôpitaux », Le Devoir, mercredi, 8 octobre 2008.
- 6-Ibid. 2, p. 24.
- 7-Remarque d'un internaute sur le carnet du journaliste Gérard Fillion, à Radio-Canada, intitulé « Le tiers-monde américain » du 28 octobre 2008.
- 8-ROBITAILLE, Antoine, « Les baby-boomers décrocheurs », Le Devoir, vendredi, 19 septembre 2008. DEGLISE, Fabien, « Sondage Léger Marketing-Institut du Nouveau Monde-Des Québécois « plutôt » heureux », Le Devoir, mardi, 13 novembre 2007.
- 9-Ministère de l'agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, Bioclips, vol. 16, no. 6, 26 février 2008. NOËL, André, « Santé et éducation sauvent la mise », Cyberpresse, jeudi, 28 novembre 2008.
- 10-Toutes les sources de cet encadré : STIGLITZ Joseph E. and BILMES, Linda J., « The \$10 trillion hangover: Paying the price for eight years of Bush », Harper's, January 2009. HUE, Bertrand, « Barack Obama et la santé », Droit-médical.com, mercredi, 5 novembre 2008. « Barack Obama's Plan for a Healthy America », site <http://www.barackobama.com/pdf/HealthPlanFull.pdf>. GRUDA, Agnès, « Santé: mourir faute de soins », Cyberpresse, 18 octobre 2008. FANTASIA, Rick, « Chantages ordinaires chez General Motors », Le Monde Diplomatique, mars 2006. PERRAULT, Mathieu, « De moins bons soins aux États-Unis », Cyberpresse, 27 octobre 2008. Carnet de Gérard Filion, « Le tiers-monde américain », Radio-Canada, 28 octobre 2008.
- 11-ROMANOW, Roy J., « Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada », rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002, p. 39.
- 12-LEGAULT, Josée, « La régression tranquille », chronique Voix publique sur le site de Voir, 10 mai 2007.
- 13-« La FTQ à la défense d'un système de santé public, universel et gratuit », site de la FTQ, 18 avril 2008.
- 14-PRATTE, André, « Le boulet de Mme Marois », Cyberpresse, 18 novembre 2008.
- 15-Ibid. 11, p. xxvi.
- 16-LÈVESQUE, Kathleen, « Tout aux baisses d'impôts », Le Devoir, mercredi, 21 mars 2007.

- 17-Institut de recherche et d'informations socio-économiques, « D'où vient la « crise » des finances publiques ? », mars 2008, p. 5.
- 18-Le reste vient du fédéral (15%) et d'un fonds spécial des services de santé (25%). Gouvernement du Québec, « Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité et de qualité », février 2006, p.53.
- 19-Ibid. 17, p. 4 et 5.
- 20-Ibid. 17, p. 4, 6 et 7.
- 21-LAUZON, Léo-Paul, « Privatisation de la santé : démasquer « ces amis qui nous veulent du bien », Contes et comptes du prof Lauzon, novembre 2002. Presse Canadienne, « Une enquête est ouverte sur l'ex-ministre Couillard », Réseau Canoë, 9 janvier 2009. TREMBLAY, Jacinthe, « La CSST, acheteur no 1 de soins privés au Québec », Le Devoir, mercredi, 12 novembre 2008. DUCHAINE, Gabrielle, « Mort sur le banc de la clinique », Journal de Montréal, 12 décembre 2008.
- 22-Réseau féministe pour le maintien, l'accessibilité et l'amélioration du système public de santé, « La privatisation du système de santé », 2008, p. 5. SCFP, « La décision de la Cour suprême dans la cause Chaoulli : Réaction du SCFP », 9 juin 2005. Cour Suprême du Canada, Chaoulli c. Québec (procureur général), 1 R.C.S. 791, 2005 CSC 35.
- 23-Radio-Canada, « Québec entrouvre la porte au privé dans la santé », vendredi 17 février 2006.
- 24-Ibid. 1.
- 25-RIOUX SOUCY, Louise-Maude, « Le système de santé dans la mire des spéculateurs », Le Devoir, vendredi, 15 février 2008.
- 26-HÉBERT, Réjean, « La place du privé dans les soins de santé-le chat sort du sac », opinion dans Le Devoir, samedi 13 et dimanche 14 décembre 2008.
- 27-M. Contandriopoulos est chercheur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. HARVEY, Claire, « Système de santé-Un chercheur démonte le «château de cartes», Le Devoir, samedi 19 et dimanche 11 mai 2008.
- 28-Conseil de la santé et du bien-être du Québec, « Avis : Le financement privé des services médicaux et hospitaliers », décembre 2002, p. 15.
- 29-Conseil de la santé et du bien-être, « Le financement privé de services médicaux et hospitaliers n'est pas une solution », communiqué du 28 janvier 2004. Aussi : « Une banque d'idées pour le Québec », 2004, p. 15.
- 30-TREMBLAY, Jacinthe, «La CSST, acheteur no 1 de soins privés au Québec», Le Devoir, mercredi, 12 novembre 2008.
- 31-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, « Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2007-2008 », p. 1. RIOUX SOUCY, Louise-Maude, « Le privé séduit de plus en plus d'infirmières », Le Devoir, 23 octobre 2007. Radio-Canada, « Des infirmières courtisées par le privé », lundi, 2 octobre 2006.
- 32-«Le ministre Bolduc doit faire plus que suspendre le règlement de la loi 33, il doit l'éliminer ! », site du Parti Québécois, jeudi, 8 janvier 2009.
- 33-Commission permanente des affaires sociales, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, mercredi 5 avril 2006 ? Vol. 39 N° 9. <http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060405.htm>
- 34-Ibid. 33.
- 35-FTQ, « La privatisation de notre système de santé », dvd, 2008.
- 36-Gouvernement du Québec, « Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité et de qualité », février 2006, p. 38 et 39.
- 37-Ibid. 36, p. 44.
- 38-Ibid. 36, p. 44.
- 39-LAFLEUR, Claude, « Privé ou public ? C'est un mythe de penser que le système public gaspille de l'argent dans une lourde structure administrative », Le Devoir, samedi 10 et dimanche 11 novembre 2007.
- 40 Ibid. 11, p. 7 et 9.
- 41-HÉBERT, Réjean, Le système de santé survivra-t-il au vieillissement de la population? », Instituts de recherche en santé du Canada, 22 juillet 2002. <http://www.cihri-irsc.gc.ca/f/10518.html>
- 42-Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé, « En avoir pour notre argent », février 2008, p.110.
- 43- SODERSTROM, Lee, QUESNEL-VALLEE, Amélie, « Le vieillissement de la population québécoise : les implications pour le financement des services de santé », 2007, p. 2.

- 44-Ibid. 33.
- 45-Ces dépenses s'élèvent à 389 \$ par habitant. Institut canadien d'informations sur la santé, « Les dépenses en médicaments estimées à 27 milliards de dollars en 2007 », 15 mai 2008.
- 46-Institut de recherche et d'informations socio-économiques, «Le Québec bénéficierait-il d'une présence accrue du privé en santé ?», février 2008, p. 2 et 3.
- 47-«Philippe Couillard confirme le dégel du prix des médicaments», canal Argent, 17 janvier 2007. LESSARD, Denis, «Certains médicaments pourront coûter jusqu'à 140% de plus», Cyberpresse, 18 juin 2007. Radio-Canada, « Québec va mettre fin au gel des prix », 17 janvier 2007.
- 48-Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, «La population vieillissante submergera le système de soins de santé», série A bas les mythes, janvier 2002.
- 49-Université de Montréal, étude de Charles W. Wright citée dans «Vers une gestion centralisée des listes d'attente», mensuel d'information du département d'administration de la santé, no. 14, novembre 2006, p. 1.
- 50-BÉLAND, François, «Les dépenses de santé au Québec : La bataille des chiffres», mémoire déposé à la Commission des affaires sociales, 24 mars 2006, p.23.
- 51- TURCOTTE, Simon, «Le président n'a pas la neutralité requise», Libre opinion dans le Devoir, 2 juin 2007. Aussi : BOURGAULT-CÔTÉ, Guillaume, «La santé coûte moins cher au Québec que dans le reste du Canada», Le Devoir, jeudi, 2 novembre 2006.
- 52- Ibid. 46, p. 3.
- 53-Radio-Canada, «Médecins étrangers à la rescousse ?», émission Enjeux, 26 octobre 2004.
- 54-MONTMINY, Sophie, « Le Québec accepte plus de médecins que l'Ontario », Canoë, 17 juin 2008. Gouvernement de l'Ontario, Loi visant à accroître l'accès des Ontariennes et des Ontariens aux professionnels de la santé qualifiés en modifiant la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées, sanctionnée le 27 novembre 2008.
- 55-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, « Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2007-2008 », p.4.
- 56-LCN, «Le travail apprécié d'une infirmière praticienne», reportage du 19 novembre 2008.
- 57-Pour tout ce paragraphe : TVA, « Enquête dans les urgences : le chaos », émission J.E., 9 janvier 2009.
- 58-DUCHAINE, Gabrielle, «18 mois d'attente pour un examen cardiaque», Journal de Montréal, 13 novembre 2008. PÉLOQUIN, Tristan, « Les listes d'attente ont gonflé sous Charest, accuse le PQ », Cyberpresse, 14 novembre 2008.
- 59-Ibid. 49.
- 60-ST-ONGE, Jean-Claude, « Faire mieux sans se ruiner », *Relations*, juin 2007 (717), p.18-20.
- 61-Institut de la statistique du Québec, «En 2006, le revenu disponible des femmes correspond à 76 % de celui des hommes par rapport à 58 % en 1981», communiqué de presse du 13 janvier 2009. Aussi : Revenu moyen des hommes et des femmes bénéficiaires d'un revenu selon certaines caractéristiques (sexe, âge, type de famille et scolarité), Québec, 2006.
- 62-Réseau féministe pour le maintien, l'accessibilité et l'amélioration du système de santé, «La privatisation du système de santé : une atteinte au droit à l'égalité des femmes», p. 5.
- 63-Extrait du programme du Carrefour de participation, ressourcement et formation.
- 64-Radio-Canada, «Réjean Hébert, un médecin en politique», émission de Christiane Charette, 4 novembre 2008.

## Idée-éclair

### Thème: Rayon X de notre système de santé

- ◆ Pourquoi ne pas inviter vos membres à un " Cinéma Femmes d'ici "? Organisez le visionnement en groupe du DVD " Malade ", un documentaire du réalisateur Michael Moore. Il est disponible dans des clubs vidéo. Son message est clair et bien présenté. Il fait une comparaison entre le système de santé des États-Unis, du Canada et de quelques pays d'Europe. C'est à voir, car il a le mérite d'aiguiser notre sens critique face aux enjeux en santé! En le regardant, on rit, on frissonne et on réfléchit après. Visionnez-le en groupe, et discutez-en ensuite ensemble.
- ◆ Un autre bon DVD à regarder: celui du syndicat FTQ intitulé " La privatisation de notre système de santé " (d'une durée de 17 minutes) qui regroupe tous les enjeux importants à retenir. Pour le commander sans frais, écrivez par courriel à Mme Isabelle Reny, documentaliste à la FTQ, à ireny@ftq.qc.ca, en donnant votre adresse pour qu'elle vous l'envoie par la poste.
- ◆ Pensez à faire une proposition Afeas si vous souhaitez protéger notre système de santé public. Par exemple, l'Ontario a voté une loi pour assurer l'avenir de l'assurance-santé. Cette province a aussi voté une loi pour forcer son Collège des médecins à recruter davantage de médecins, qu'ils soient d'ici ou d'ailleurs. Le gouvernement du Québec devrait-il faire la même chose ? Lisez le thème et faites le plein d'idées en vue de faire des propositions.
- ◆ Mettez-vous en groupe pour écrire à votre député du Québec ou au ministre de la santé du Québec, Yves Bolduc, pour manifester votre appui au système de santé public. Pour connaître les adresses, visitez le: <http://www.assnat.qc.ca/fra/Membres/deputes.shtml>
- ◆ Aussi, comme citoyennes, réclamez les soins auxquels vous avez droit dans le réseau public ! Si vous attendez depuis trop longtemps, si vous êtes insatisfaite de la qualité des soins, si on vous dit d'aller au privé, osez refuser, osez porter plainte. En effet, lorsque nos droits comme usagères du réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas respectés, on peut porter plainte et manifester son insatisfaction, de vive voix ou par écrit. Pour plus d'informations, visitez le - <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/plainetes.php#q4>. Ou contactez le Protecteur du Citoyen. Il peut intervenir lorsque les droits des usagères et usagers du réseau de la santé et des services sociaux n'ont pas été respectés. Pour plus d'informations sur la marche à suivre:
  - [http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fr/domaines/reseau\\_sante.asp](http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fr/domaines/reseau_sante.asp)
  - Téléphones:
    - (418) 643-2688 (à Québec).
    - (514) 873-2032 (à Montréal).
    - 1 800 463-5070. (Ligne sans frais)
  - Courriel: [protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca](mailto:protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca).

Dans plusieurs régions, il existe aussi des Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes; des organismes sans but lucratif dont la mission est de guider et d'assister les usagères et les usagers du réseau de la santé et des services sociaux dans leur démarche de plainte. Pour connaître leurs noms et numéros de téléphone, composez le numéro sans frais de Services Québec : 1 877 644-4545 - 514-644-4545 (Montréal) ou visitez le <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/saslacc/index.pp?id=59,0,0,1,0,0>

## Activité : Suggestion et outils

### Suggestion pour l'Activité femmes d'ici

Le thème intitulé « Rayon X de notre système de santé » se prête bien à une *Activité femmes d'ici* de type «**table ronde**» (ou panel).

Pour plus de renseignements sur les repères et le déroulement de cette *Activité femmes d'ici*, veuillez consulter la section permanente du guide d'animation de l'année passée, au cahier 1 intitulé «Caractéristiques, repères et techniques d'animation des Activités femmes d'ici». Cette section permanente est également disponible au [www.afeas.qc.ca](http://www.afeas.qc.ca) (dans la section «Services aux membres, Outils internes»). Chaque *Activité femmes d'ici* y est présentée en détail. Les modèles proposés dans cette section serviront à guider la préparation et l'animation de l'activité.

### Outils de communication à utiliser

#### Texte pour la publicité locale



#### Rayon X de notre système de santé

Notre système public de santé a la grippe: urgences qui débordent, médecins et infirmières à bout de souffle et patients à bout de patience... L'actualité est remplie de mauvaises nouvelles sur la santé... Mais quel est le remède? Doit-on laisser plus de place au privé en santé? Est-ce qu'en payant davantage de sa poche, la patiente sera gagnante? Si vous voulez mieux comprendre les enjeux de notre système de santé, joignez-vous à nous pour la prochaine activité de l'Afeas de \_\_\_\_\_ (Nom de l'Afeas locale), qui se tiendra le \_\_\_\_\_ (date, heure, lieu et coordonnées). La discussion se fera en toute simplicité, pour nous aider à mieux comprendre et à prendre les meilleures décisions.

Pour informations supplémentaires \_\_\_\_\_ (# de téléphone d'une responsable locale).

---

**Présentation de l'Afeas et du thème du jour au public assistant à l'activité**

Pour savoir comment présenter l'Afeas, référez-vous à la section permanente du guide d'animation de l'année passée 2008-2009, au cahier 4 intitulé «Présentation générale de l'Afeas». Cette section permanente est également disponible au [www.afeas.qc.ca](http://www.afeas.qc.ca) (dans la section «Services aux membres, Outils internes»).

**Texte de présentation du thème «Rayon X de notre système de santé»**

Les femmes sont au cœur de notre système de santé, que ce soit comme travailleuses, aidantes ou patientes. En effet, 83% des infirmières travaillent dans un établissement du réseau public. 79% des préposés aux bénéficiaires sont des femmes. 60% des proches qui aident un parent malade ou âgé sont des femmes. À cause de la contraception, de la grossesse et de la ménopause, les femmes utilisent aussi deux fois plus de services de santé que les hommes<sup>1</sup>.

Savoir où s'en va notre système de santé est donc primordial pour nous, les femmes. D'autant plus qu'en ce moment, notre système de santé semble avoir attrapé un gros rhume. Nos urgences débordent. Nos médecins et nos infirmières crient au secours. Les malades n'en peuvent plus d'attendre.

Pour guérir notre système de santé, le gouvernement du Québec a décidé de faire plus de place au privé en santé. Mais est-ce le remède miracle ou une menace pour notre système de santé? Est-ce qu'en payant plus de nos poches, on va être soigné plus vite? Qui va avoir les moyens de payer? Est-ce que des familles vont devoir un jour s'endetter pour être soignées? Voilà autant de questions que nous allons aborder aujourd'hui avec notre activité.

Car selon le Réseau féministe pour le maintien, l'accessibilité et l'amélioration du système de santé : «(...) les femmes ont été historiquement les grandes gagnantes de la construction du réseau public de santé, elles seront les grandes perdantes de sa déconstruction.». Nous verrons ce qu'il en est au cours de nos échanges.

Merci de votre présence et de votre participation! À partir de vos discussions, l'Afeas pourra entreprendre des actions pour aider les femmes et la société à améliorer notre système de santé. Bonne Activité femmes d'ici!

1. Sources pour les chiffres :

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, «Évolution de l'effectif de la profession infirmière au Québec», 2007.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, « Création du groupe de pilotage PAB », 23 octobre 2008.
- Conseil des aînés, «Avis de l'état de situation des proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie», résumé, 2008, p. 3.
- Réseau féministe pour le maintien, l'accessibilité et l'amélioration du système de santé, «La privatisation du système de santé: une atteinte au droit de la santé et au droit à l'égalité des femmes.», 2008, p. 5.