

La réforme Barrette : cap sur le privé en santé

Jacques Benoit

Numéro 781, novembre–décembre 2015

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/79720ac>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Centre justice et foi

ISSN

0034-3781 (imprimé)

1929-3097 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Benoit, J. (2015). La réforme Barrette : cap sur le privé en santé. *Relations*, (781), 35–37.

La réforme Barrette : cap sur le privé en santé

La réforme Barrette vise-t-elle à améliorer l'accès au système de santé ou à le privatiser? L'examen du passé et des actions présentes du ministre ne fait pas douter d'un diagnostic favorable au privé.

JACQUES BENOIT

Depuis septembre 2014, malgré une opposition majeure et multisectorielle dont fait partie la Coalition solidarité santé, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Gaétan Barrette, cherche à imposer une énième réforme du système de santé québécois. Sous prétexte d'améliorer l'accès au réseau public et sa qualité, il multiplie les projets de loi (PL) sur la structure du réseau (PL 10), l'accès aux médecins (PL 20), les services pharmaceutiques et d'autres questions (PL 28). Au moyen de super-cliniques, de la régulation des frais accessoires et d'un financement axé sur le patient¹, il fait miroiter des économies de 220 millions de dollars. Il a eu beau répéter qu'il n'y aura pas davantage de privatisation, personne n'est dupe. Un bref retour sur les dernières décennies s'avère éclairant à cet égard. Il permet de comprendre pourquoi les craintes d'hier des défenseurs du système public sont les certitudes d'aujourd'hui.

JE ME SOUVIENS... DU DÉFICIT ZÉRO!

Les années 1990 ont vu fondre les transferts fédéraux versés aux provinces pour financer les soins et services publics de santé. Au Québec, le premier ministre d'alors, Lucien Bouchard, poursuivant l'objectif du déficit zéro, a contribué à 18 000 mises à la retraite anticipées uniquement dans le domaine de la santé et des services sociaux, ainsi qu'à la fermeture de neuf hôpitaux.

Ce défaut de ressources dans le secteur public, dont on disait qu'il n'affecterait pas les services (un refrain repris sans cesse depuis), a causé des torts considérables: création de listes d'attente réduisant l'accès aux soins; délestage par l'État de la prestation publique vers les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale; mise en place d'une assurance médicaments hybride privée-public, qui contribue à faire du budget consacré aux médicaments le poste budgétaire le plus inflationniste (14% d'augmentation annuelle) du système.

Mentionnons au passage que la Banque mondiale, dans son rapport de 1997 intitulé «L'État dans un monde en mutation. Rapport sur le développement dans le monde», recensait six moyens utilisés par ses États membres pour ouvrir les services publics au marché. En plus du manque de ressources, on retrouve la décentralisation (régionalisation), la déréglementation, la tarification, la communautarisation et la privatisation.

Depuis plus de 20 ans, toutes ces stratégies ont été appliquées dans notre système public de santé et de services sociaux, à un moment ou à un autre.

L'ŒUVRE DE COUILLARD

L'élection du 14 avril 2003 porta au pouvoir le Parti libéral, dirigé par Jean Charest. Le Dr Philippe Couillard, aujourd'hui premier ministre, fut nommé nouveau ministre de la Santé.

Dès décembre 2003, le projet de loi 25 était adopté sous le bâillon, entraînant la fusion d'hôpitaux, de CHSLD et de CLSC pour former des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), et créer les Agences régionales de la santé et des services sociaux. Les objectifs invoqués: améliorer l'accès aux services, diminuer la bureaucratie, faire des économies.

Peu après, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, dans son rapport «Des marchés publics dans la santé», démontrait que ces fusions visaient surtout à faire en sorte que les contrats donnés en sous-traitance par ces nouvelles structures atteignent les montants-seuils prévus aux accords de libre-échange sur les marchés publics. On ouvrait ainsi davantage la porte aux entreprises privées, au détriment d'une valorisation du secteur public, rendant tout retour en arrière très difficile, les gouvernements étant passibles de poursuites de la part de ces entreprises.

En décembre 2006, le projet de loi 33, permettant trois chirurgies en clinique privée et leur couverture par des assurances privées, a lui aussi été adopté sous le bâillon. Puis, en mars 2007, par voie réglementaire, le ministre Couillard permettait aux médecins de s'incorporer, de sorte qu'en 2014, 44% des 20 000 médecins du Québec étaient désormais incorporés. Ce changement à leur statut légal et fiscal, incluant l'accès à des déductions et autres avantages pour leurs entreprises, a entraîné une perte de plus de 150 millions de dollars d'impôts pour les gouvernements, révélait le Canal Argent, le 26 février 2014. Le 18 juin 2008, par décret, une cinquantaine de chirurgies ou de traitements médicaux réalisés dans des cliniques privées spécialisées pouvaient désormais être couvertes par des assurances privées. Puis, le 25 juin, toujours par décret, le ministre réduisait de moitié le coût des permis des cliniques privées spécialisées.

Philippe Couillard a ensuite démissionné et quitté la politique pour se joindre, à titre de conseiller stratégique, à Persistence Capital Partners, «le seul fonds privé d'investissement au Canada dédié à développer des opportunités d'investissement offrant un fort potentiel de croissance

L'auteur est coordonnateur de la Coalition solidarité santé

La carence en ressources dans le secteur public demeure le meilleur moyen de forcer le recours au privé.

« dans le secteur de la santé », peut-on lire sur son site Web. En décembre 2008, devant une assemblée d'assureurs, il déclarait qu'on devrait « autoriser l'ouverture de plus de cliniques privées associées, permettre aux médecins québécois de pratiquer dans le privé et autoriser les Québécois à contracter des assurances privées pour des actes couverts par le régime public », et qu'il n'y avait « rien de scandaleux à ce qu'on fasse des profits dans le secteur de la santé ».



Caricature de
Garrotte parue dans
Le Devoir, le 7 février
2015

LES IMPACTS DE L'ŒUVRE

En 2010, un rapport d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux faisait état, entre autres, qu'après six ans d'existence des CSSS, il n'y avait pas d'amélioration d'accès aux services; la surcharge de travail observée chez les gestionnaires était toujours aussi importante; la distance entre les installations complexifiait la gestion; et la confusion à savoir qui relevait de qui et qui faisait quoi était grande. Par ailleurs, presque tous les établissements avaient eu recours à des consultants ou à des firmes extérieures privées.

Le 12 mars 2014, la Coalition solidarité santé faisait à son tour un bilan public des dix ans des CSSS. David Levine, ex-pdg de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, André-Pierre Contandriopoulos, chercheur à l'Université de Montréal, René Lachapelle, ex-organisateur communautaire et chercheur associé à l'Université du Québec en Outaouais, et Johanne Archambault, ex-responsable de l'Observatoire québécois sur les réseaux locaux de services, y ont fait part de leur évaluation respective des fusions d'établissements et des résultats obtenus en regard des attentes. Leurs principales conclusions? Non seulement les fusions de 2004 n'ont pas rempli leurs promesses, mais elles ont causé les problèmes suivants: augmentation du pouvoir des médecins au détriment de la première ligne, perte

de proximité des services; peu (ou pas) d'intégration ni de continuité dans les services; coupes et réductions de services; détérioration des services sociaux; structures trop grosses et ingérables, etc. Mais surtout, ce processus a entraîné une augmentation de la privatisation.

En effet, les ressources du public ont été mises au service du privé par la sous-traitance des services d'entretien, de buanderie, d'alimentation, de fournitures médicales, des services à domicile, de certaines chirurgies, ainsi que par le recours à des agences de placement de personnel, l'utilisation de partenariats public-privé pour la construction d'hôpitaux, etc. En dix ans, les budgets de la santé avaient ainsi doublé, et le nombre de cadres avait augmenté de 30%.

ET ÇA CONTINUE...

Les élections provinciales du 7 avril 2014 portèrent au pouvoir un nouveau gouvernement libéral, avec comme premier ministre... Philippe Couillard. Dès l'automne, le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Gaétan Barrette, déposait le projet de loi 10 (adopté sous le bâillon le 7 février 2015) fusionnant tous les établissements, les CSSS et l'Agence régionale d'une même région (sauf exception) pour former d'immenses Centres intégrés de santé et de services sociaux ou Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux. Les objectifs annoncés –les mêmes qu'en 2003–, soit améliorer l'accès aux services, diminuer la bureaucratie et faire des économies, cachent une fois de plus les visées réelles. Il s'agit toujours de favoriser la privatisation, en fusionnant à plus grande échelle encore les établissements (qui passent de 182 à 34), en éloignant les lieux de décision des lieux de prestation et en réduisant au maximum les espaces démocratiques que peuvent être les conseils d'administration pour y nommer désormais une majorité d'administrateurs « indépendants » du réseau –un élément applaudi par la Fédération des chambres de commerce du Québec.

Plus que jamais, le ministre de la Santé est omnipotent, ayant le pouvoir de nommer ou de dégommer toutes les directions générales et tous les administrateurs, et d'adopter par décret toute mesure qu'il juge nécessaire et pouvant même s'appliquer rétroactivement.

DE L'UTILITÉ DE L'AUSTÉRITÉ

Mais la carence en ressources dans le secteur public demeure le meilleur moyen de forcer le recours au privé. Ainsi, le budget Leitão du 26 mars 2015 prévoit-il une maigre augmentation de 1,4% du budget de la santé, ce qui est bien en dessous du 5,6% nécessaire pour couvrir les coûts de système. Il a annoncé une réduction de la cotisation des entreprises aux services de santé. Il a aussi confirmé l'abolition graduelle de la taxe santé, sans rien proposer en remplacement (par exemple un ajustement plus progressif des taux d'imposition), aggravant du même coup le déséquilibre entre les revenus et les dépenses.

Le gouvernement exige ainsi du réseau des compressions de l'ordre de 450 M\$ d'ici le 1^{er} avril 2016, et d'autres sont à venir. Or, des dépenses qui ne couvrent pas les besoins et une situation qu'on aggrave en renonçant volontairement à des revenus, ça ne peut entraîner qu'une seule chose: une désassurance de services. De fait, depuis le 27 juillet dernier, le Commissaire à la santé et au bien-être mène une consultation sur le panier de services assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Autre preuve de cette volonté de désassurer des services, qui est passée inaperçue: l'article 182 de la loi 28, adoptée le 20 avril 2015, qui modifie la loi sur l'assurance maladie pour y inscrire: «Malgré toute stipulation d'une entente visée à l'article 19, lorsqu'un service fourni par un professionnel de la santé cesse d'être un service assuré, toute somme prévue pour le financement de la rémunération de ce professionnel à l'égard d'un tel service est, à ce moment, exclue de la rémunération convenue avec l'organisme représentatif concerné.»

Le rapport *Cap sur la performance* de la Commission de révision permanente des programmes, déposé le 31 août dernier, indique pour sa part clairement que «Lors de l'instauration ou de la révision d'un programme, il faudrait procéder à l'examen obligatoire du mode de prestation, afin de déterminer qui, du secteur privé ou de l'État, est le plus apte à offrir le service le plus performant à meilleur coût. La commission rappelle que le secteur privé comprend aussi

bien les entreprises, avec ou sans but lucratif, que la société civile –et notamment les organismes communautaires» (p. 12). Il va ainsi dans le même sens que les déclarations du président du Conseil du trésor, Martin Coiteux, et du ministre des Finances, Carlos Leitão, en faveur d'un repositionnement de l'État québécois, d'une ouverture encore plus grande à la sous-traitance de services et à leur privatisation, vues comme la panacée pour réaliser des économies.

Au final, la réforme Barrette est d'une telle nature qu'elle obligera la réécriture de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, et ce n'est qu'à ce moment que nous en saisissons toute la portée. En attendant, rappelons-nous ces paroles du ministre Barrette, prononcées le 13 novembre 2014, lors de la Commission parlementaire sur le projet de loi 10: «C'est dans la continuité [...] de la dernière réforme, qui a été stoppée un peu à mi-chemin, je dirais, parce que socialement il y a eu un certain niveau de contestation [...] Bien des gens, [...] viendront nous dire que c'est un projet qui favorise la privatisation! Y'a rien là-dedans, là, qui vient favoriser la privatisation.» ●

1. Sur cet enjeu, consulter cette page du site Web de la Coalition solidarité santé: <www.csssante.com/node/469>.

2. K. Gagnon, «Couillard livre un plaidoyer pour le privé en santé», *La Presse*, 10 décembre 2008.



CHRÉTIENS ET MUSULMANS
Proches et lointains
Maurice Borrmans | Médiaspaul



GUERRES PÉTROLE ET RADICALISME
LES CHRÉTIENS D'ORIENT PRIS EN ÉTAU
Marc Fromager | Salvator

Les Éditions Médiaspaul
félicitent *Relations*
pour la longévité de
son engagement social !





CHRÉTIENS D'ORIENT
Le courage et la foi
Jean Mohsen FAHMY | Médiaspaul



PHOTOS TROUVÉES
Jacques Nadeau | Médiaspaul

mediaspaul.qc.ca


