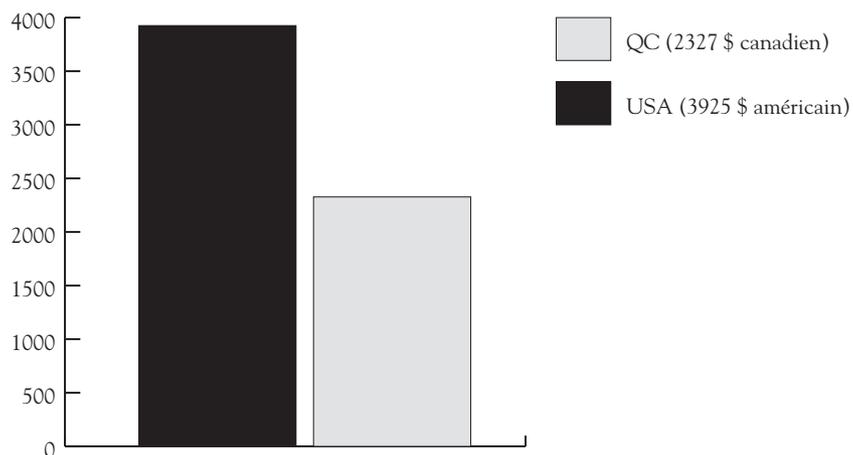


Les coûts per capita en 1997



« Le système de santé aux Etats-Unis est à la fois le plus coûteux et le plus inadéquat de tous les pays industrialisés ».

Source : New England Journal of Medicine (volume 340 paru en janvier et février 1999)

Le système de santé américain constitue « un système incompatible avec les valeurs de solidarité et de compassion », nous dit Jacques Larochelle¹³. Seul un système de santé public peut permettre d'atteindre des objectifs de santé pour tous, dans l'esprit de l'Organisation mondiale de la santé.

¹³ Jacques Larochelle, département de biologie, Un. Laval, lors d'une conférence sur L'avenir de notre système de santé, hiver 2000

LE NÉOLIBÉRALISME ET LA SANTÉ



BRIGADES D'INFORMATION CITOYENNE

LE NÉOLIBÉRALISME ET LA SANTÉ

Contre le néolibéralisme, pour raisons de santé !

Au Canada et au Québec, le système de santé et de services sociaux repose sur les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé, soit :

- l'universalité : tous y ont droit ;
- l'accessibilité des services ;
- le caractère public : une gestion publique sans but lucratif ;
- l'intégralité : offre l'ensemble des services ;
- la transférabilité de la couverture à travers le Canada ou à l'étranger.

En opposition à cette vision, les défenseurs du néolibéralisme prônent

la transformation :

- des patients en clients ;
- des médecins en agents regroupés dans des agences ;

- des soins de santé en marchandises soumises à la loi de l'offre et de la demande. Ces deux approches sont actuellement au cœur du débat concernant l'avenir du système de santé.

Les valeurs du néolibéralisme

L'idéologie néolibérale se réclame pourtant étrangement des notions de jus-

tice sociale et de liberté pour défendre son projet en santé. Au nom de la liberté, les néolibéraux condamnent la justice sociale ; chaque intervention de l'État est jugée comme une atteinte à la liberté. Dans la philosophie néolibérale, la liberté se résume à la liberté de faire des profits et cette liberté exclut donc la majorité des gens. De plus, la liberté telle que vue par les néolibéraux implique la règle du chacun pour soi plutôt que la solidarité qui découle de la responsabilité collective. Le néolibéralisme entre donc en conflit direct avec nos valeurs et nos racines. Nous avons su au fil des ans dépasser la liberté qui règne dans la jungle. Les néolibéraux nous ramènent en arrière.

Dans la pensée néolibérale, la justice sociale est liée au droit de propriété et nie toute forme de redistribution. En d'autres mots, si j'ai les moyens d'avoir ce que je possède, je peux me payer des soins de santé. L'offensive de la droite et des obsédés du profit est constante en matière de santé. Ils excluent totalement le fait que la santé soit un droit des personnes et ils veulent le réduire au rang de marchandise pour laquelle il faudrait payer.

Conclusion

À qui est susceptible de profiter ce grand dérangement ? Certainement pas aux citoyennes et aux citoyens, ni aux travailleuses et aux travailleurs du Québec. En dépit du fait que le gouvernement soutient que cette réforme vise l'amélioration des soins et des services à la population, elle a plutôt pour conséquence des désassurances de services, à la faveur de la diminution de l'impôt et du rétrécissement du rôle de l'État. Les travailleuses et les travailleurs sont susceptibles de voir leur rapport de force diminuer, leurs conditions de travail se détériorer et leur tâche augmenter. Reste l'entreprise privée ! Elle applaudit et se dit prête à prendre le relais du gouvernement, à agrandir son marché et à faire des affaires en santé. Les entreprises de gestion n'attendent que le signal.

Pour le milieu des affaires, le réseau de la santé représente une des grandes industries du XXI^e siècle. Pour conquérir ce marché, le milieu des affaires, s'appuyant sur les valeurs du néolibéralisme, prône la liberté de choix tout en niant l'existence même du droit à la santé. Pour parvenir à libéraliser ce marché, les néolibéraux estiment que l'État doit se retirer et ouvrir toutes grandes les portes au secteur privé. En fait, pour le milieu des affaires, il s'agit de faire des soins de santé des marchandises comme les autres que les consommateurs de soins pourront se procurer à grands frais sur le marché de la santé.

Nous refusons cette approche à l'américaine qui n'est ni équitable ni propice à améliorer l'état de santé de la population du Québec. En plus d'exclure nombre de citoyennes et de citoyens de l'accès aux soins, ce système est loin de remplir ses promesses : au plan de la qualité des soins, il est déficient ; en termes de couverture, il laisse 43,4 millions d'américains sans aucune couverture d'assurance, sans compter les 71,5 autres millions qui ont une couverture insuffisante.

La loi 30 a pour objectif de diminuer le nombre de syndicats à l'intérieur d'un même établissement en fusionnant les accreditations syndicales. Voilà donc que l'employeur se donne le droit de décider pour ses employés et employés la façon dont elles et ils vont s'organiser !

L'argument inspiré de : L'EXPRESS-O, Le bulletin de la Table régionale des organismes volontaires d'éducation populaire de Montréal (TROVEP), volume 16, numéro 1, mars 2004.

La loi 7 concerne les « ressources intermédiaires ». Il s'agit d'organisations auparavant rattachées à des établissements publics qui prennent en charge des personnes avec de lourdes déficiences physiques ou intellectuelles ou ayant des problèmes de santé mentale, qui autrement seraient institutionnalisées. La loi 7, comme l'a fait la loi 8 pour les services de garde à domicile, leur interdit de se syndiquer. Rien de moins. Vous n'avez pas le droit, point ! La syndicalisation [...] semble être, pour ce gouvernement, la source de tous les maux.

Largement inspiré de : L'EXPRESS-Ô, Le bulletin de la Table régionale des organismes volontaires d'éducation populaire de Montréal (TROVEP), volume 16, numéro 1, mars 2004.

La loi 25 a pour objet de mettre en réseau les ressources afin d'assurer un « continuum » de service (le latin, ça fait savant !). L'idée est de fusionner les trois types d'établissements en une « instance locale » : hôpitaux, CLSC et CHSLD (centres hospitaliers de soins de longue durée) situés sur un même territoire, et de conclure des ententes avec les autres ressources publiques et privées.[...]

Pourquoi ces changements ? Pour s'assurer qu'il y ait un suivi dans les services, dit-on. Du même souffle, on abolit les régies régionales de même que toute représentation des citoyennes et des citoyens. Concrètement, le réel impact de ces fusions sera de concentrer les pouvoirs et les ressources dans le noyau dur des soins aigus et curatifs dans les hôpitaux. Le reste peut être coupé ou privatisé. Le ministre Philippe Couillard, devant le Canadian Club en septembre dernier, a inclus le maintien à domicile dans la liste des services à privatiser. Il a affirmé avoir l'intention de sous-traiter les soins prolongés, le maintien à domicile, les services alimentaires, la buanderie, l'administration, l'entretien et les laboratoires. Pour le reste, les vaccins contre la grippe, la prévention des MTS chez les ados ou la lutte à la pauvreté, ce n'est pas si important face à un triple pontage, non ? Ces services auparavant offerts par le CLSC sont menacés.

Largement inspiré de : L'EXPRESS-Ô, Le bulletin de la Table régionale des organismes volontaires d'éducation populaire de Montréal (TROVEP), volume 16, numéro 1, mars 2004.

Une idéologie au service de la privatisation

Au Québec, toute une série de personnages incarne l'idéologie néolibérale en santé. Ainsi, Jean-Luc Migué, économiste, gourou de la droite québécoise et ardent défenseur de la privatisation des services de santé, parle du droit à la santé comme d'un « postulat fragile et louche¹ ». Il dit qu'il faut écarter le droit à la santé afin de faire des soins de santé des marchandises. Janet Dunbrack, directrice exécutive à la Fondation Frosst pour les soins de santé, a complété l'idée en disant que le patient, dans ce contexte, est le client, le consommateur, l'acheteur².

Claude Castonguay, actuaire, homme politique, homme d'affaires et ex-président du Groupe La Laurentienne, soutient qu'il faut écarter le droit à la santé, examiner la liberté de choix des individus pour introduire des mécanismes de marché et de concurrence³. Pour lui, la liberté de choix représente la « valeur qui fonde tout l'argumentaire de la privatisation du réseau » de la santé.

Claude E. Forget, avocat, ex-ministre libéral et conjoint de l'actuelle présidente du Conseil du trésor, économiste-conseil associé chez Sécor, déplore que le système public canadien de santé soit une « icône sacro-sainte de notre passé social-démocrate⁴ ».

Finalement, l'Institut économique de Montréal (IEDM), un « think-tank » de droite, défend Le choix privé universel⁵. Il prône la liberté de choix en matière de santé. L'Institut croit que les nouvelles possibilités devraient encourager la responsabilisation individuelle en matière de soins de santé. L'IEDM propose également de nombreuses formules d'assurances privées. L'IEDM prend comme modèle le système étatsunien considéré comme injuste dans tous les pays civilisés.

1 Jean-Luc MIGUÉ, Fraser Institute, Financement et production des services de santé : perspectives et voies de solution, Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada, étude no 10, août 2002, p. 22.

2 Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, Fascicule 39 – Témoignages, Montréal, 31 octobre 2001 (séance de l'après-midi), 1re session de la 37e législature, 2001, [En ligne] : http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/soci-f/39cv-f.htm?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm_id=47

3 Idem

4 Diagnostics et Solutions. À la recherche d'un consensus pour la réforme des soins de santé au Canada, Conférence publique, Institut d'études canadiennes de McGill, 14 au 16 février 2002.

5 J. Edwin Coffey et Jacques Chaoulli, Le choix privé universel, Institut économique de Montréal (IEDM), Montréal, 2000, 30 p.

Une liberté de choix qui nie le droit

Droit à la santé et liberté de choix sont en contradiction, chacun ayant des implications opposées pour le système public de santé : le droit à la santé sert à justifier l'existence d'un régime de santé public et universel, tandis que la liberté de choix sert au contraire à en justifier la privatisation. Il s'agit d'introduire des mécanismes de marché et de concurrence afin de permettre le développement du secteur privé⁶. Comment y parvenir ? Comment faire passer la santé de droit à marchandise ? La Banque Mondiale a donné le ton à cette opération⁷.

Les six stratégies de la Banque Mondiale

La Banque Mondiale exige des États, non pas un simple désengagement, mais plutôt une désertation ou une libéralisation. Rappelons que la Banque Mondiale a pour principal objectif de veiller sur les intérêts des investisseurs et des financiers. On ne lui connaît pas de penchant particulier pour le bien-être des êtres humains. En général, elle exige des États qu'ils se retirent du domaine des services publics et, notamment dans le domaine de la santé. Pour ce faire, elle a proposé six stratégies dans un rapport intitulé L'État dans un monde en mutation, publié en 1997 : **défaut volontaire de ressources, déréglementation, tarification, décentralisation/régionalisation, privatisation et communautarisation**. Bien que ces six stratégies aient été appliquées dans le secteur de la santé, deux d'entre elles ont un impact plus important.

Défaut volontaire de ressources

Bien que l'importance de chacune de ces stratégies varie, elles ont toutes été mises en application dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois. Toutefois, c'est sans doute celle du **défaut volontaire de ressources** qui a été la plus significative jusqu'à maintenant. Quelques mois après la Conférence de Miami en 1994, le Canada, en bon élève soumis, réduisait du tiers ses transferts aux provinces pour la santé et les programmes sociaux. L'année suivante, le G-7 de

⁶ Idem, p. 12 et 17

⁷ Cette analyse du passage de droit à besoin et des stratégies mises en œuvre pour y arriver est attribuée à la présentation de Sylvie Paquetor. « Analyse des grandes stratégies gouvernementales pour procéder au démantèlement des services publics », Conférence présentée lors du Forum Égalité et droit à la santé, organisé par la Coalition Solidarité Santé, 15 avril 2000. Marie Pelchat a transposé au réseau de la santé, le modèle développé par Sylvie Paquetor. Voir Marie Pelchat. « Santé et mondialisation », Conférence présentée lors de la soirée organisée par Alternatives, La santé malade de néolibéralisme, 23 et 24 novembre 2000. Nous l'avons remaniée.

Un exemple : le lait fourni aux établissements de santé

— 20 septembre 2002 : fermeture de l'usine de transformation de lait de Chambord au Saguenay — Lac-St-Jean, deux ans après son acquisition, en décembre 2000, par la coopérative Agropur, la plus grosse coopérative agroalimentaire du Canada. L'usine avait coûté près de 40 millions de dollars, dont 3,4 millions de dollars ont été versés par le gouvernement du Québec. Agropur a invoqué des raisons économiques, bien que son chiffre d'affaires dépasse le 1,8 milliard de dollars. Agropur transformera une partie de la production régionale de lait dans ses usines du centre du Québec.

— À peu près au même moment, Natrel (située au Centre du Québec...), une filiale d'Agropur, a décroché le contrat de fourniture de lait aux établissements de santé de la région du Saguenay-Lac-St-Jean, octroyé par le Centre régional de santé en groupe (CRAQ), à la suite d'un appel d'offres pour contrat des achats en groupe (CRAQ), à la suite d'un appel d'offres pour contrat d'approvisionnement effectué en vertu du chapitre 10 de l'ALENA. Bilan : perte de 200 emplois directs et de 600 emplois indirects dans la région. Les pertes économiques pour l'ensemble de la région sont estimées à 10 millions de dollars.

Pendant que des emplois régionaux sont perdus au Saguenay-Lac-St-Jean, le lait autrefois fourni par la région, sera transporté sur plusieurs centaines de kilomètres pour satisfaire des lois qu'on dit du marché. Les néolibéraux continueront de prétendre qu'ils agissent rationnellement.

— Loi 30 : affaiblit les syndicats ; force le regroupement de catégories de personnel ; introduit les négociations locales sans droit de grève... ;

— Loi 31 : facilite la sous-traitance ; facilite la privatisation dans tous les secteurs gouvernementaux, y compris en santé ; facilite la privatisation de la gestion des établissements ; entrainera la diminution des conditions de travail ;

— Loi 7 : rend illégale la syndicalisation aux travailleur·euses et aux travailleur·euses qu'on appelle les ressources intermédiaires ;

— Projet de loi 38 : crée le Commissaire à la santé et au bien-être relevant directement du ministre et qui devient le grand responsable de la réingénierie en santé. Son rôle est crucial puisqu'il sera amené à faire des choix politiques, idéologiques et comptables afin de limiter les dépenses publiques. Il aura aussi à faire des choix d'affaire relativement aux marchés publics et aux partenariats public-privé.

La réingénierie de la santé au Québec : une politique néolibérale

Outre la *Loi canadienne sur la santé*, d'autres freins empêchaient la complète libéralisation du secteur de la santé. Le Conseil du trésor les a clairement énumérés l'automne dernier : les multiples syndicats et les conventions collectives¹², notamment. Les nombreux projets de loi, qui constituent la réforme Couillard, adoptés sous le bâillon en décembre 2003, ont levé quelques-uns de ces obstacles.

En effet, dans la perspective néolibérale, cette réforme représente un grand pas pour le milieu des affaires, malgré la vive opposition qu'elle a suscitée, afin de légitimer la place du secteur privé dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Par réforme Couillard, il faut entendre toute une brochette de lois et de projets de loi dont chacun joue un rôle précis :

- Loi 25 : force les fusions d'établissements, met en danger les missions des établissements, soumet le réseau aux accords de commerce sur les marchés publics (**L'Accord sur les marchés publics** (AMP) : les marchés publics concernent ce que l'on appelle plus couramment les « appels d'offres ». Selon cet accord, une entreprise publique doit ouvrir ses soumissions aux entrepreneurs de tous les pays qui l'ont signé, lorsque ces soumissions dépassent un certain montant. Tous les entrepreneurs doivent être traités de façon égale, quel que soit leur lieu d'origine).

Quand les financiers salivent...

« L'approvisionnement dans le réseau de la santé et des services sociaux, c'est l'acquisition de biens et services pour un montant de près de 1,5 milliard de dollars par année ; en y ajoutant les équipements spécialisés et ultraspecialisés, les dépenses annuelles atteignent près de 2 milliards de dollars. C'est également l'acquisition de plus de 37 000 produits différents par environ 480 établissements autonomes ».

On comprend tout l'intérêt que portent les financiers à ce marché plus que lucratif et cela au détriment de toute logique sociale (création de chômage, mort lente des régions, etc.) environnementale (les biens et services vont faire de la route et quelquefois jusqu'aux U.S.A.) et économique (l'ensemble des coûts sociaux n'est absolument pas pris en compte).

¹² Voir Gouvernement du Québec, Conseil du trésor, Révision des structures de l'État et des programmes gouvernementaux dans le cadre de la réingénierie de l'État québécois. Guide à l'intention des ministères, juillet 2003, [En ligne], <http://www.lesyndicat.net/Documents%20 joints/r% C3%A9ing% C3%A9nierie.doc> (page consultée le 9 février 2004).

Halifax décidait de s'engager à poursuivre une politique de réduction du déficit budgétaire. Le fédéral a ainsi effectué des **coupures dans les transferts** aux provinces d'une valeur cumulative de quatorze milliards de dollars. Le gouvernement du Québec n'a pas tardé à emboîter le pas et à faire des **compressions massives dès 1995**. Ainsi, plus d'un milliard de dollars a été amputé au système de santé et de services sociaux. Diverses conséquences en ont découlé : fermetures d'établissements, fusions administratives d'établissements, accroissement significatif des tâches et abandon de la prise en charge des patients lors de la convalescence. La désassurance de la convalescence a permis l'arrivée au Québec de nombreuses firmes américaines spécialisées dans les soins à domicile : Patient Care Technologies Inc., Olsten Kimberly Quality Care et Convatec Connection.

La privatisation

En regard de la privatisation, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place, en 1997, le Bureau du partenariat économique (BPE) qui a entre autres pour objectif d'aider le gouvernement à développer des stratégies pour devenir partenaires avec les entreprises privées, visant à ce qu'il y ait plus d'industries québécoises de la santé et des services sociaux. Le ministère a identifié cinq industries de la santé :

- l'industrie pharmaceutique ;
- l'industrie de la biotechnologie ;
- l'industrie du matériel médical ;
- l'industrie des technologies de l'information ;
- l'industrie des services (cafétéria, buanderie, entretien ménager, laboratoires, tests diagnostics, etc.)

Comme les quatre premières sont déjà privées, parler de privatisation signifie privatiser l'industrie des services.

En 2000, le rapport de la Commission Clair dont le président Michel Clair dirige le deuxième réseau de centres privés de soins de longue durée⁸, recommandait l'adoption d'une « politique cadre de partenariat avec le secteur privé ». Par la suite, il est allé plus loin en recommandant :

- de créer un régime d'assurance sur la perte d'autonomie ;
- de laisser le secteur privé se développer en concurrence avec un système collectif ;

⁸ André Noel, « Conflit de rôles? Michel Clair travaille pour une firme privée en santé [...] et donne des avis à Legault », La Presse, 21 décembre 2002, p. A-1.

- d'avoir recours à différentes formes de partenariat public-privé ;
- de transformer les services de support des hôpitaux (services alimentaires, entre-tien ménager, buanderie) en sociétés mixtes de services techniques, locales ou régionales ;
- d'expérimenter des formules de « BOOT contract » (build, own, operate, transfer) : une firme construit, possède, gère, etc. Cette formule porte également le nom de « partenariat public-privé » (PPP) ;
- de réorienter le rôle de l'État de la dispensation des services vers l'accessibilité à des services de qualité¹⁰. Il parlait également des services de santé comme des « commodités » (de l'anglais commodity, **marchandise**). Et quand le rapport Romanow¹⁰ propose de conserver nos services publics actuels, M. Clair l'a traité de rapport socialiste et antiprivé.

Le concept de partenariat public-privé largement appliqué en Grande-Bretagne, qui renvoie aux projets de sous-traitance et aux privatisations de services publics, fait l'objet de critiques de spécialistes britanniques. Selon une étude du prestigieux British Medical Journal, les hôpitaux « PPP » ont donné lieu à une réduction de 30 % des lits et de 25 % des budgets consacrés au personnel. La qualité des soins de santé en souffre inévitablement. À terme, la construction d'hôpitaux « PPP » s'est avérée de 18 % à 60 % plus dispendieuse que les projets d'hôpitaux publics.

Données provenant du New England Journal of Medicine, volume 340 paru en janvier et février 1999.

La loi canadienne sur la santé : un frein à la privatisation

Différents freins empêchaient encore jusqu'à tout récemment la complète libéralisation des services de santé parmi lesquels se trouve la *Loi canadienne sur la*

- 9 Michel Clair, « Un partenaire essentiel. Le secteur privé pourrait contribuer au sauvetage du système de santé québécois », *La Presse*, 8 janvier 2003, p. A-11 ; Michel CLAIR, « Un mariage heureux. Les exemples sont nombreux pour démontrer combien le secteur privé peut jouer un rôle majeur dans le sauvetage de notre système de santé », *La Presse*, 9 janvier 2003, p. A-11.
- 10 Invité de Pierre Maisonnave en novembre 2002 lors de la sortie du Rapport Romanow, à titre d'expert et d'ex-président de la CESSS, pour commenter le rapport.

santé. Les attaques sont multiples à son égard : il s'agit surtout de réinterpréter les grands principes de cette loi, principalement la gestion publique et l'intégralité (panier de services).

En regard la gestion publique, l'offensive néolibérale est vraiment sans-gêne. La présidente de la Chambre de commerce du Canada, considérée experte sur les questions commerciales, Nancy Hughes Anthony, a réclamé un « examen sérieux du principe de l'administration publique ». Cet examen devrait se faire à partir des questions d'efficacité et de l'instauration de l'obligation redditionnelle. Elle demande que le principe d'efficacité (rendement ou performance) soit inscrit dans la *Loi canadienne sur la santé*. Sur le même sujet, Gilles Taillon, président du Conseil du patronat du Québec, estime que le principe d'administration publique doit être réinterprété afin que la gestion privée soit autorisée, et ce, au nom d'une meilleure efficacité. Il privilégie la sous-traitance. Quant à Michael Kirby, sénateur et président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, il est allé plus loin encore, liant déficit public et privatisation et proposant une forme de partenariat public privé (PPP) appelée « crédit-bail » qui s'occuperait de la construction des hôpitaux. En somme, le milieu patronal réclame effrontément la privatisation de la gestion du système tout en maintenant le financement public (ce qui permettrait de ne pas enfreindre la *Loi canadienne sur la santé*).

Quant au principe d'intégralité des services en santé, Claude E. Forget réclame son abolition afin de contrôler l'évolution du système de santé. Il estime que l'enveloppe financière doit être liée à la richesse collective afin que les revenus déterminent les dépenses¹¹.

11 « Nous devons renoncer au principe d'intégralité, affirme Claude Forget », IRFP, communiqué de presse, 24 octobre 2002, [En ligne] : <http://www.irfp.org/fr/newsroom/archives/2002/102402f.pdf> (page consultée le 29 avril 2004).