



La privatisation tranquille du système de santé et de services sociaux

Assemblée générale du SPSSS

12 mai 2016



Quelques repères historiques

Création du régime d'assurance maladie

- 1970 : adoption de la Loi sur l'assurance maladie le 1^{er} novembre
- « Au Québec, l'adoption du régime d'assurance maladie universel a été réalisée dans une conjoncture troublée marquée en particulier par la crise d'octobre 1970. À l'époque, les médecins spécialistes s'opposent farouchement à une telle mesure et font la grève. Malgré cette opposition, les libéraux de Robert Bourassa mettent en œuvre le régime d'assurance maladie recommandé par la commission Castonguay-Nepveu. »

« La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1970 : le passage à un nouveau référentiel sectoriel ? » Mélanie Bourque et Gaëlle Leruste. *Politique et Sociétés*, vol. 29, n° 2, 2010, p. 105-129, à la p.106



Quelques repères historiques

Loi canadienne sur la santé

- 1984 : adoption de la *Loi canadienne sur la santé*
- « La *Loi canadienne sur la Santé* confirme les principes de base que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir les subventions fédérales à la santé (la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité) et pénalise la surfacturation et les paiements directs en ce qui concerne les services couverts par cette loi. »

[Radio 70/30](#)



Quelques repères historiques

Réforme Côté 1991

- En 1991, le ministre Côté adopte une nouvelle loi sur la santé et les services sociaux. La réforme entraîne la création de régies régionales dans le but de décentraliser les budgets de la Régie de l'assurance maladie (RAMQ). Elle propose aussi d'imposer un « ticket orienteur » afin de pénaliser le recours injustifié aux salles d'urgence. Cette idée, toutefois, sera abandonnée en raison du refus d'Ottawa

[Radio-Canada Réforme Rochon](#)

Quelques repères historiques

Virage ambulatoire 1995–1998

- Virage ambulatoire, désinstitutionnalisation en santé mentale et en déficience physique ou intellectuelle, fermetures d'hôpitaux
- « La fermeture graduelle de lits en institution a provoqué un alourdissement de la clientèle des services à domicile des CLSC. Débordés, ceux-ci abandonnent peu à peu l'entretien ménager, pourtant très demandé par les personnes âgées et leurs familles. (...) Un nouvel acteur fait son apparition au milieu des années 1990. Devant le constat que les services d'aide à domicile ne répondent plus aux besoins en entretien ménager des personnes âgées et qu'ils constituent un important bassin d'emploi potentiel (dans un contexte de chômage élevé), les pouvoirs publics ont décidé de mettre en place des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD). »

Lavoie et Guberman. Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités Quel partage de responsabilité entre les familles et l'État ? Informations sociales. 2007/7 (n° 143)

[Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités](#)



Quelques repères historiques

Sommet économique de 1996

- ▶ Création du réseau des entreprises d'économie sociale dans le domaine de l'aide domestique (EESAD) fondé sur le « Consensus de 1996 » selon lequel les nouveaux emplois créés par les entreprises d'économie sociale ne se substituent pas à des emplois existants dans le secteur public
- ▶ Compressions budgétaires de 1 milliard de dollars entre 1995-1998
[Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles](#)
- ▶ Mises à la retraite anticipée de plus de 18 800 salarié-es dont 4000 infirmières
[La Presse - Mises à la retraite massive](#)



Quelques repères historiques

Rapport Arpin 1999

- Rapport du groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec, 1999. Il recommande notamment :
 - De favoriser le partenariat avec le secteur privé lorsqu'il améliore l'accès aux services publics à moindre coût
 - De favoriser la mise en place d'un réseau de services à domicile sans but lucratif de qualité
 - D'optimiser les revenus de tarification de certains services en s'assurant du respect des principes d'accessibilité et d'équité

[Publication MSSS](#)

Quelques repères historiques

Rapport Clair 2001

- Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux 2001
[Solutions émergentes Rapport Clair](#)

Lors des auditions :

- « La Chambre de commerce ainsi que le Conseil du patronat du Québec proposent une remarchandisation du secteur de la santé. Le CPQ soutient, entre autres mesures, la mise en concurrence de l'ensemble des services publics avec le secteur privé. (...) »
- La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) réitère ses propositions antérieures en affirmant l'importance d'un plus grand recours à l'assurance privée. (...) »
- Le rapport Clair propose, entre autres réformes, un recours plus grand au secteur privé, la création d'une assurance vieillesse (assurance contre la perte d'autonomie sur la base de la capitalisation), la mise sur pied de groupes de médecine familiale (GMF), la création de dossiers électroniques des patients et la fusion des établissements de première ligne. »

Mélanie Bourque et Gaëlle Leruste, précité pp.119-120



Quelques repères historiques

Rapport Ménard 2005

- ▶ Rapport du comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec
[Rapport et recommandations](#)
- ▶ « Le rapport rédigé par Jacques Ménard est une copie plus ou moins fidèle du rapport Clair. On y propose encore une fois la création d'une assurance vieillesse ainsi que le recours accru au secteur privé. De la même manière, on réaffirme que le système doit être plus efficace, imputable et mieux géré. »
- ▶ « Les syndicats s'insurgent contre la volonté de recourir de façon plus importante au secteur privé dans la santé, mais surtout contre la façon dont le groupe de travail est mené. Ils se retirent du groupe et ne signent pas le rapport. » Mélanie Bourque et Gaëlle Leruste, précité p. 121



Quelques repères historiques

Rapport Castonguay 2008

- ▶ Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé
[Groupe de travail sur le financement du système de santé](#)
- ▶ « Le rapport est publié en février 2008 et présenté en primeur devant la Chambre de Commerce du Québec, quelques mois après la date prévue. Il propose entre autres mesures des frais modérateurs, la mise en place d'un nouveau contrat social, la pratique mixte pour les médecins, le recours à l'assurance privée duplicative et une augmentation de la taxe de vente du Québec (TVQ) pour financer le système. » Mélanie Bourque et Gaëlle Leruste, précité p. 122

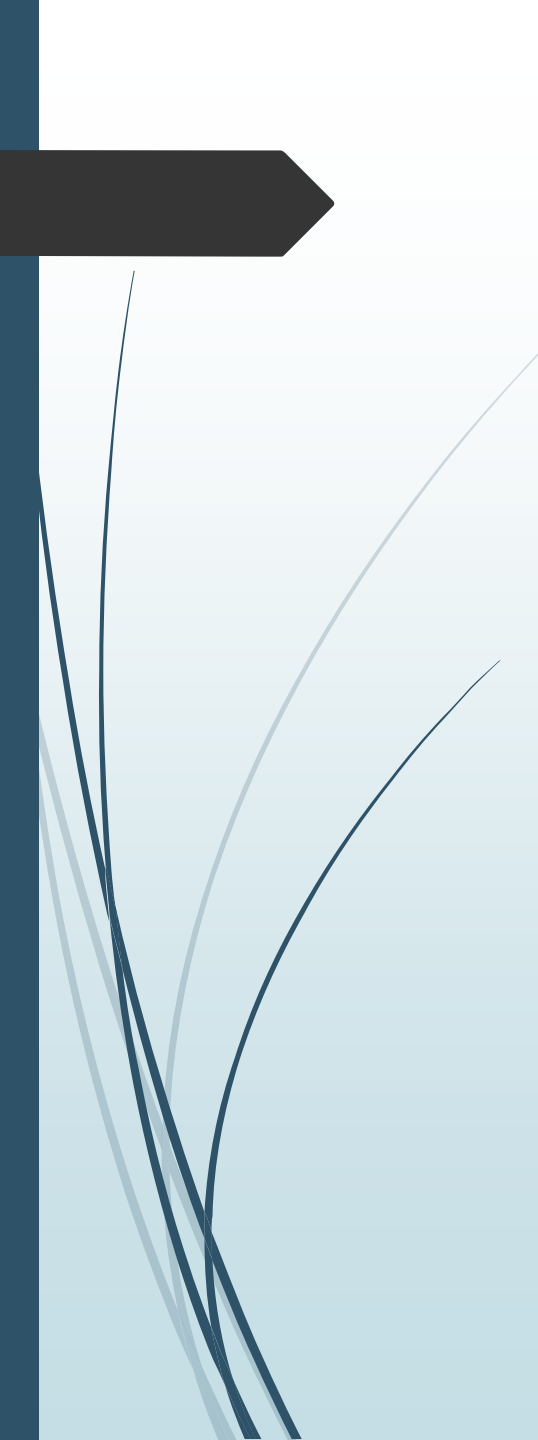


L'ère Couillard

Création des agences de la santé

- 2003 : Loi n° 25, adoptée sous le bâillon en décembre : création des agences de la santé et des services sociaux et des CSSS, fusion des centres hospitaliers, des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- « Ce changement de structure devait participer à l'introduction d'une nouvelle "gouvernance" dans le système de la santé. Cette approche devait réduire les coûts et la bureaucratie du système en s'inspirant des **pratiques** du secteur privé alors célébrées pour leur efficacité. Depuis, on cherche à implanter une logique de compétition entre les établissements et on développe des méthodes de travail de type Lean-Sigma qui accentuent la pression sur le personnel clinique dans le but de le rendre plus efficace. » La « réforme Couillard » en santé : un échec selon ses propres objectifs. IRIS. Février 2014

[Newswire-La réforme Couillard](#)



L'ère Couillard **Jugement Chaoulli**

- Le 9 juin 2005, par une faible majorité (quatre voix contre trois,) la Cour suprême invalide deux dispositions législatives québécoises qui interdisent la conclusion de contrats d'assurance privée pour les services assurés par le régime public

[Le Devoir - Privatisation des soins de santé](#)



L'ère Couillard

Création des centres médicaux spécialisés (CMS)

- Décembre 2006 : adoption de la loi n° 33 créant les centres médicaux spécialisés (CMS). Ils sont autorisés à effectuer les chirurgies expressément mentionnées dans la loi (hanche, genou, cataracte) de même que tout autre traitement médical spécialisé que pourra déterminer le ministre de la santé par règlement
- Le règlement, adopté le 18 juin 2008, ajoute une cinquantaine de traitements médicaux spécialisés aux 3 chirurgies prévues par la Loi [Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé](#)
- Le gouvernement peut, par règlement autoriser l'assurance privée duplicative pour certaines de ces chirurgies

Marie-Claude Prémont. Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour suprême du Canada fondée sur les droits de la personne. Dans *Le Privé dans la santé*. Presses de l'Université de Montréal. 2008. pp281-300

L'ère Couillard: le **ministre retourne au privé**

- Le 25 juin 2008, Philippe Couillard démissionne de son poste de ministre de la Santé et se joint, en août suivant, à Persistence Capital Partners (PCP), du Groupe Santé Médisys
- « Dans sa première sortie publique depuis son départ du ministère de la Santé, Philippe Couillard a livré, devant une assemblée d'assureurs, un véritable plaidoyer pour le privé en santé. Pour se réinventer, le réseau de la santé doit, selon lui, 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. « Il n'y a rien de scandaleux à ce qu'on fasse des profits dans le secteur de la santé, a déclaré M. Couillard. »

Couillard livre un plaidoyer pour le privé en santé. La Presse, Katia Gagnon, 10 décembre 2008

[La Presse - Couillard livre un plaidoyer pour le privé en santé](#)

Les CHUS en PPP

- 2010 : octroi des contrats de construction et de gestion en PPP du CHUM et du CUSM malgré l'avis défavorable du Vérificateur général
- « Les projets des centres hospitaliers universitaires de la région de Montréal ont fait l'objet de plusieurs révisions de coûts depuis leurs premières annonces publiques. Initialement prévus à 3,1 milliards \$, ces projets sont estimés (en novembre 2012) à 6,3 milliards \$. »

Étude sur la gestion actuelle du Plan québécois des infrastructures et sur le processus de planification des projets. SECOR-KPMG, novembre 2012, page 13

[SECOR-KPMG - Étude sur la gestion actuelle du Plan québécois](#)

- Selon une étude de l'IRIS (octobre 2014), des économies pouvant atteindre 4 milliards \$ seraient possibles si on mettait un terme aux contrats de gestion (de 30 ans) de ces 2 établissements

Devrait-on racheter les PPP du CHUM et du CUSM? Hébert et Nguyen, IRIS. Octobre 2014

[IRIS - Devrait-on racheter les PPP du CHUM et du CUSM ?](#)



L'ère Barrette

Loi n° 10

- ▶ Loi adoptée sous le bâillon le 7 février 2015
[Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux](#)
- ▶ Réduction du nombre d'établissements de 182 à 34
- ▶ Missions des services sociaux noyées dans les mégastructures
- ▶ Concentration des pouvoirs entre les mains du ministre
- ▶ Centralisation de la prise de décision
- ▶ Conseils d'administration contrôlés par le ministre
- ▶ Risque de privatisation accrue



L'ère Barrette

Loi n° 10 : ouverture accrue au privé

- Selon la loi, le ministre doit :
 - favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population
 - permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types
 - Il peut obliger un établissement à utiliser les services d'un groupe d'approvisionnement en commun ou à participer à un processus d'appel d'offres mené par un tel groupe; le ministre Barrette, avant même l'adoption de la loi n° 10, a forcé un appel d'offres dans les buanderies publiques Lavérendière et Partagec



L'ère Barrette

Loi n° 20 et frais accessoires

- Loi visant à améliorer l'accès aux médecins de famille et révisant l'accès aux services de procréation assistée; adoptée le 10 novembre 2015
[Projet de loi n° 20](#)

- « En mai 2015, les médecins de famille se sont engagés à mettre en place d'ici 2018 différentes mesures afin d'améliorer l'accès aux soins. Selon cette entente, si leurs objectifs sont atteints, le projet de loi n° 20 ne s'appliquera pas. »

[La Presse - Le projet de loi n° 20 est adopté](#)

- Fin du programme public de procréation assistée qui est remplacé par un crédit d'impôt
- Un amendement déposé par le ministre Barrette après les consultations publiques légalise les frais accessoires imposés aux patients par les cliniques privées; les frais autorisés seront établis par règlement



L'ère Barrette

Loi n° 20 et frais accessoires

- « Le fait d'avoir une partie payante dans certaines circonstances en cabinet, c'est clairement quelque chose qui est accepté au moment où on se parle. Un moment donné, il faut arrêter d'être hypocrite collectivement et de se mettre la tête dans le sable. Ça existe, les gens s'en servent et la majorité des gens qui s'en servent sont bien contents avec ça. » Ministre Barrette, juin 2015

[Le Devoir - Feu vert aux frais accessoires](#)

- « Pour le Protecteur du citoyen du Québec, une facturation directe aux usagers des frais accessoires aux services assurés compromet les principes d'universalité et d'accessibilité à la base du régime public. On introduirait ainsi, en effet, des barrières financières qui limiteraient l'accès aux services assurés médicalement requis. Affectant l'ensemble de la population, ces contraintes en pénaliseraient davantage certains segments de la population »

Protecteur du Citoyen. Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux. 1^{er} octobre 2015

[Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux](#)

L'ère Barrette

Frais accessoires

- « Les frais facturés aux patients liés à des services médicaux et hospitaliers, qui sont payés par le régime d'assurance de soins de santé provincial, ne sont pas autorisés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, répond par courriel Sylwia Krzyszton [de Santé Canada]. Lorsque des redevances sont prélevées, il peut y avoir des pénalités financières sous la forme de réductions des paiements de Transfert canadien en matière de santé à la province. » *Le Devoir*, 8 octobre 2015

[Le Devoir - Gaétan Barrette obtient son amendement sur les frais accessoires](#)

Plusieurs demandent l'intervention du fédéral dans ce dossier, notamment la CSN et les Médecins québécois pour le régime public (MQRP). L'avocat Jean-Pierre Ménard, dans une lettre ouverte publiée dans *Le Devoir* retrace l'historique des frais accessoires au Québec et presse le fédéral de voir au respect de la *Loi canadienne sur la santé*

[Le Devoir - Lettre ouverte](#)

- La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a établi un registre des frais facturés aux patients lors de consultations médicales. Il révèle l'ampleur du phénomène et le fait que plusieurs patients ont peur de dénoncer cette pratique

[Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles - Registre des frais facturés](#)



Rapport de la Protectrice du citoyen 2014-2015

Soins à domicile

- La Protectrice du citoyen déplore le manque de services en soutien à domicile :
 - « Les plaintes reçues au cours de la dernière année confirment que les usagers restent aux prises avec des problèmes de réduction des services, de délais d'attente, d'épuisement des proches aidants et de disparités régionales. Dans un contexte de reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux, le soutien à domicile doit demeurer un enjeu prioritaire. Il représente l'une des assises privilégiées pour retarder, voire éviter dans bien des cas, le recours à l'hébergement. » Rapport 2014-2015. p. 103
[Rapport annuel 2014-2015](#)



Rapport de la Protectrice du citoyen 2014-2015

Services d'hébergement pour aîné-es

- Le rapport signale aussi le manque de places d'hébergement dans le réseau public et l'explosion du nombre de places dans le secteur privé :
 - « Les faits le prouvent, les services de soutien à domicile ne répondent pas concrètement aux besoins de base. Cette situation inquiétante s'accompagne d'une rareté des places d'hébergement pour les aînés dans le réseau public... Alors que le nombre de places d'hébergement est en baisse dans le réseau public, il augmente dans les CHSLD privés non conventionnés ou en partenariat public-privé, tout autant que dans les ressources intermédiaires, les ressources de type familial et les résidences privées pour aînés. ». Rapport 2014-2015. p. 81

[Rapport annuel 2014-2015](#)

Résidences privées pour aînés et soins à domicile

- Un projet de règlement visant l'assouplissement des normes de certification des résidences privées pour aînés est actuellement à l'étude (décembre 2015); il pourrait faciliter le développement du réseau privé en matière d'hébergement pour aînés
- Les activités de vie quotidienne (AVQ) qui doivent relever du réseau public selon le consensus de 1996 sont de plus en plus assumées par les EESAD
- Le plan d'action gouvernemental en économie sociale prévoit le versement d'un montant de 6,5 M\$ pour la formation des préposés relativement aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique
[Plan d'action gouvernemental en économie sociale 2015-2020 à la p. 27](#)
- « Il y a énormément d'organismes communautaires qui peuvent livrer des services sociaux. Ça coûte moins cher que s'il s'agit d'un réseau. »
Ministre Letao, Le Devoir. 29 octobre 2014

[Le Devoir - Le milieu communautaire outré de la solution Letao](#)



Optilab

- ▶ OPTILAB : création des mégalaboratoires, appelés « laboratoires serveurs », où serait transférée une grande partie des analyses d'autres hôpitaux
- ▶ Toutes les régions du Québec n'auront pas de laboratoires serveurs, ce qui nécessitera des transports d'échantillons sur de grandes distances, d'où un risque de perte d'échantillons et d'erreurs. Il n'existe aucun système provincial informatisé pour suivre les prélèvements à la trace
- ▶ Augmentation du délai de traitement des échantillons qui devrait être de 2 heures
- ▶ Perte d'emplois

Radio-Canada.ca - [Optilab : l'autre réforme Barrette qui bouleverse le système de santé](#)

Financement par activité

- Financement par activité ou « financement qui suit le patient »
- « Selon ce mode de financement, un hôpital reçoit un tarif établi à l'avance pour chaque épisode de soins. Ce montant est censé couvrir l'ensemble des services dispensés pour un diagnostic donné, indépendamment des coûts réels pour un patient donné. »

Gordon Guyatt, Karen S. Palmer, Financement par activité: un saut dans l'inconnu. IRIS. Décembre 2014

[IRIS - Financement par activité : un saut dans l'inconnu](#)

« Cela réunit les conditions nécessaires à la création d'un marché des services hospitaliers où il y a concurrence entre les établissements publics, et possiblement aussi entre eux et le secteur privé, sur la base d'un prix fixé à l'avance. » Dre Saïdeh Khadir. MQRP

[MQRP - Financement à l'activité](#)



Financement par activité

Mise en concurrence avec le secteur privé

Commission Robillard

- La commission Robillard recommande l'implantation du financement par activité en santé
- Elle recommande aussi que :

« Lors de l'instauration ou de la révision d'un programme [...], soit instauré 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. » Recommandation no 10 p.155

[Rapport de la Commission de révision permanente des programmes](#)

Mise en concurrence avec le secteur privé

- « Pour vérifier la possibilité d'économies découlant de la mise en concurrence, il faut comparer les coûts de production en régie et en sous-traitance sur la même base. La disparité des systèmes comptables, de même que la réticence des parties prenantes à dévoiler leurs véritables coûts, rend cet exercice ardu, comme l'illustre le cas de sous-traitance par l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal de certaines interventions à la clinique RocklandMD. **Il est impératif que le MSSS ouvre ses livres afin que l'entreprise privée puisse explorer le potentiel de fournir certains services publics, ou des composantes de ces services, et ce, à meilleur coût.** » Mémoire de la Chambre de commerce sur le projet de loi n° 10
[FCCQ-Mémoire portant sur le projet de loi n° 10](#)

Supercliniques

« Les super-cliniques viseront deux objectifs fondamentaux, soit de favoriser l'accès aux services de première ligne, assurant ainsi un filet de sécurité supplémentaire pour éviter que des cas non urgents se retrouvent aux urgences, de même que d'assurer des services de proximité intégrés en matière de prélèvements, d'imagerie médicale et de consultations spécialisées. Les super-cliniques seront soumises à plusieurs obligations notamment :

- Offrir un minimum de 20 000 consultations annuelles;
- Ouvrir leurs portes 12 heures par jour, tous les jours, soit 84 heures par semaine;
- Rendre possible la prise de rendez-vous chaque jour, jusqu'à 3 heures avant la fermeture;
- Répondre adéquatement lors d'épisodes d'augmentation des besoins de la population;
- Avoir accès à un centre de prélèvements public au sein même de la super-clinique;
- Avoir une entente avec un laboratoire d'imagerie, situé au sein ou à proximité de la super-clinique;
- Développer un mécanisme de liaison efficace pour les services spécialisés »

Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux 25 avril 2016

<http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1111>



Transfert des ressources professionnelles des CLSC vers les groupes de médecine de famille (GMF)

- « Le concept initial du CLSC, ça n'a pas été réussi, ça a été un échec, Maintenant, ce qu'on a réussi à faire au Québec, c'est de mettre en place les GMF. Mais il leur manque un pas, le travail en équipe. Et ça, il y en a qui diraient qu'on l'impose, probablement, oui, on l'impose. Et c'est le modèle qu'on veut développer. »
- « Si la mission première du CLSC, lorsque ça a été mis en place, ne s'est pas réalisée, il n'en reste pas moins que les CLSC ont développé au fil du temps une certaine expertise dans laquelle ils sont très bons, par exemple tout ce qui est communautaire, santé mentale, prévention, ce genre de choses là. »
- ministre Barrette en entrevue au 15-18 sur les ondes de Radio-Canada 4 mars 2016
<http://www.ledevoir.com/societe/sante/464629/les-clsc-un-echec-selon-barrette>

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) conteste l'interdiction de pratique commune en centre médical spécialisé (CMS)

- Un jugement de la Cour supérieure rendu en juin 2015 rejette la contestation. (Ce jugement a été porté en appel). La juge de la Cour supérieure indique:
- « L'interdiction de pratique commune dans un même centre médical spécialisé de médecins participants et de médecins non participants, telle qu'établie par l'article 333.3 de la LSSSS, ne constitue pas une violation de leur liberté d'association
- Cette interdiction permet à l'État d'éviter de financer indirectement les médecins qui ont choisi d'être non participants
- Elle empêche aussi la création de conditions qui inciteraient plus de médecins à devenir non participants. Elle fait en sorte que les médecins, qui ont choisi de participer au régime d'assurance maladie et qui en bénéficient, exercent au sein de CMS où tous les médecins, qui y pratiquent leur profession, offrent les services assurés à tous les citoyens québécois indépendamment de leur capacité de payer ». FMSQ c. Bolduc 2015 QCCS 2680

[CanLII - FMSQ c. Bolduc, 2015](#)

Rémunération des médecins

- Mode de rémunération (principalement à l'acte) ayant de nombreux effets pervers; il favorise le volume au détriment de la qualité, et constitue un obstacle majeur au développement d'une pratique interdisciplinaire
- Ce mode de rémunération n'est pourtant jamais remis en cause par les gouvernements
- Au cours de l'année 2013-2014, la RAMQ a versé aux médecins près de 6,3 milliards de dollars
- En 2013-2014, les dépenses liées à la rémunération du personnel du réseau de la santé et des services sociaux s'élevaient à plus de 22,7 milliards de dollars, dont 28 % étaient affectés à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes. Rapport du Vérificateur général, 27 novembre 2015

[Rapport du Vérificateur général du Québec](#)

Rémunération des médecins

- Les coûts associés aux enveloppes budgétaires inscrites dans les ententes de rémunération 2010–2015 des médecins sont de 416,7 millions de dollars de plus que ce qui était prévu, soit 32,7 millions de plus pour les médecins omnipraticiens et 384 millions de plus pour les médecins spécialistes
- Pendant la dernière période couverte par les ententes de rémunération des médecins (2010–2015), le gouvernement a choisi de limiter l'augmentation annuelle des dépenses de santé entre 3 et 4 %. La progression réelle de ces dépenses a d'ailleurs oscillé autour de 3 % au cours de cette période. De son côté, la croissance annuelle de la rémunération des médecins prévue dans les enveloppes budgétaires était plus importante, soit de 7,3 à 9,6 %. Rapport de la Vérificatrice générale, 27 novembre 2015

[Rapport du Vérificateur général du Québec](#)

Révision du panier de services?

- Le ministre Barrette évoque une possible révision du panier de soins médicaux couverts par la RAMQ :

« Il y a une réflexion qui doit être faite sur les décisions à prendre pour maintenir le panier [de services de santé au Québec]. Il y a plusieurs avenues », a répété M. Barrette en marge d'un caucus des élus libéraux. « Si demain matin pour les 10 prochaines années on pouvait me démontrer qu'il y avait un boom économique et qu'on avait les moyens de tout financer, c'est une autre situation. Là, pour les 10 prochaines années, on n'est pas là. » *Le Devoir*, 13 novembre 2015

[Le Devoir - Un débat sur le panier de services s'impose, dit Gaétan Barrette](#)

Le Commissaire à la santé et au bien-être mène actuellement une consultation publique sur le panier de services.

[Gouvernement du Québec - Appel de mémoires dans le cadre d'une consultation publique sur le panier de services](#)



Privatisation et accords de libre-échange? Un dangereux mélange...

- « Un sérieux avertissement s'impose toutefois en ce qui concerne l'ouverture du marché des services médicaux à des organismes, hôpitaux et cliniques spécialisées à but lucratif. Certains prétendent qu'une fois ouverte, cette « valve » pourrait ne plus pouvoir se refermer (CCPA 2002). En effet, après avoir ouvert le marché aux hôpitaux étrangers à but lucratif, il pourrait être très difficile de renverser le cours des choses et de leur interdire par la suite de se livrer à leurs activités, et ce, même si leurs services sont de qualité inférieure, que leurs coûts sont très élevés ou que leur présence ne corresponde plus aux objectifs politiques des Canadiens »
- Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow) pp. 262 – 263
[Rapport Romanow](#)

Au nom de la viabilité du système de santé?

- « “Viabilité” est un mot code qui est souvent utilisé pour ne pas dire “privatisation” ou “soins de santé à but lucratif”. Tout débat sur la viabilité d’un système public de soins de santé doit commencer par la détermination des responsables et des motifs des dépenses en soins de santé, ainsi que par la détermination claire des gagnants et des perdants par suite de l’érosion ou du démantèlement de l’assurance-maladie. » Robert G. Evans, économiste, Center for Health and Policy Research
[L'économiste Robert G Evans brise le mythe du coût des soins de santé publics](#)



Principales dépenses en santé au Canada et au Québec

- « En 2015, les 3 principales catégories de dépenses de santé au Canada — les hôpitaux, les médicaments et les médecins — représentaient 60,7 % du total des dépenses de santé. Les hôpitaux (ce qui comprend le personnel infirmier) comptaient pour 29,5 % du total des dépenses, les médicaments, pour 15,7 % (prescrits : 13,3 %; non prescrits : 2,4 %) et les médecins, pour 15,5 %. »

Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2015

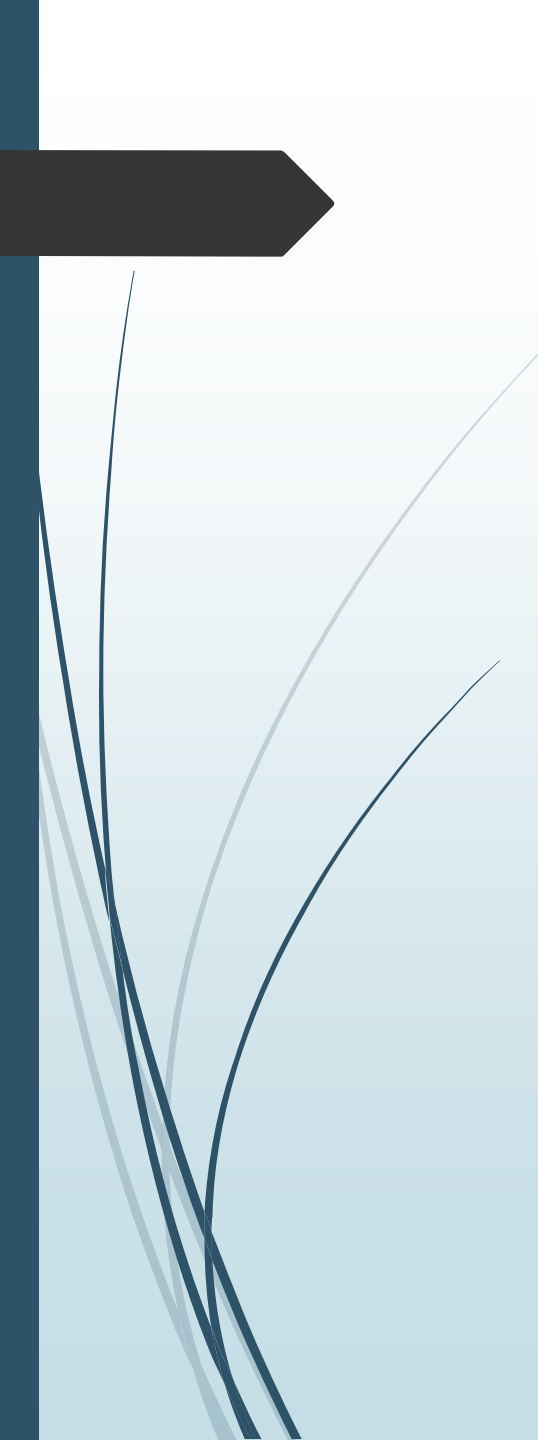
[ICIS - La lente croissance des dépenses de santé du Canada se poursuit](#)

Compressions budgétaires

- En octobre 2015, le Conseil du trésor a imposé d'autres coupes au réseau d'ici la fin de l'année en sus des compressions de 450 millions de dollars déjà connues
- « C'est clair que c'est un effort qui est très grand, très, très, très, très, très, grand. Je ne vous le cache pas, a affirmé au Devoir le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette. J'ai ma commande (du Conseil de trésor) et tous les ministères ont leur commande. La mienne est substantielle. »

[Le Devoir - D'autres coupes substantielles frapperont la santé](#)

- L'effort demandé pourrait se situer à plus de 400 millions de dollars supplémentaires. Le ministre a indiqué que les décisions définitives ne sont pas encore prises



Philippe Couillard à l'Assemblée nationale le 10 novembre 2015

- « D'abord, M. le Président, je remercie mon collègue pour sa question, mais il n'y a aucune donnée qui démontre la moindre tendance à la privatisation du système de santé... »
- « M. le Président, je vais quand même dire de façon plus large que la solution — une des solutions, ce n'est pas la seule, mais une des solutions, dans l'avenir, pour l'avenir de notre système de santé afin de le rendre plus efficace, plus accessible — c'est de permettre aux ressources privées d'être utilisées pour le bénéfice du plus grand nombre, ce qui signifie parfois d'utiliser du financement public, d'ailleurs comme c'est le cas depuis le début du système de l'assurance maladie, avec les cliniques privées d'omnipraticiens, par exemple, qui sont des entreprises privées, dont le gros des revenus proviennent de l'assurance maladie du Québec. » Philippe Couillard à l'Assemblée nationale le 10 novembre 2015

[Journal des débats à l'Assemblée nationale](#)