

Castonguay Report Coverage

February 19-22, 2008

Download the Castonguay Report at:

<http://www.financementsante.gouv.qc.ca/en/rapport/index.asp>

1. Montreal Gazette (February 21, 2008)
Patients are 'revenue sources': Castonguay
Raises eyebrows. Hospital officials dispute idea of operating like businesses
BY AARON DERFEL
2. Montreal Gazette (February 21, 2008)
Straight into the shredder
Rarely has a government report been rejected so quickly as Castonguay's
BY DON MACPHERSON
3. Globe and Mail (February 21, 2008)
Private Care, Public Woes
2 Letters to the Editor Re: the Castonguay report
4. La Presse (20 février 2008)
Le temps de se mobiliser- La lutte pour un système public de santé
et pour la préservation des ressources humaines et financières qui y
sont consacrés est un combat essentiel
Lamoureux, Henri
5. La Presse (19 février 2008)
Rapport Castonguay: La fin de la gratuité
La mixité en six questions / Entrevue Marie-Claude Prémont
Noël, André
6. Le Soleil (20 février 2008)
Carrefour des lecteurs
Castonguay : logique marchande
7. La Presse (20 février 2008)
L'échec de M. Castonguay
Dubuc, Alain
8. Montreal Gazette (February 20, 2008)
Headed for the waiting room?
'Doomsday report' lets Couillard look moderate
BY AARON DERFEL

9. Montreal Gazette (February 20, 2008)
Quebec rejects 'Doomsday' medicare study
Provincial task force on health care recommends \$25 fee per doctor visit
By Kevin Dougherty
10. Globe and Mail (February 20, 2008)
Quebec opens door to more private health care
By Rhéal Séguin and Gloria Galloway
11. La Presse (20 février 2008)
Rapport Castonguay: La controverse
13 recommandations, 13 réponses
LES OUI DE PHILIPPE COUILLARD
12. Le Devoir mercredi (20 février 2008)
Couillard dit non !- Le coeur du rapport Castonguay rejeté
Dutrisac, Robert
13. Le Devoir (20 février 2008)
Levée de boucliers à gauche
Rioux Soucy, Louise-Maude
14. Le Devoir (20 février 2008)
Couillard manque de courage, accuse le président des médecins
spécialistes - Le milieu de la santé accueille les recommandations avec ouverture
Rioux Soucy, Louise-Maude
15. Le Quotidien (20 février 2008)
RAPPORT CASTONGUAY
La loi fédérale sur la santé s'applique
16. Le Droit (20 février 2008)
Québec solidaire et les syndicats appellent au rejet du privé
Les louanges de l'ADQ, la prudence du PQ
Tommy Chouinard, La Presse
17. SRC Radio (19 février 2008)
Bulletin National et International
18. Globe and Mail (February 22, 2008)
Cautious on private care
Editorial
19. La Presse (21 février 2008)
Une justification tendancieuse
Le rapport Castonguay présente une lecture pessimiste du système

de santé de façon à pouvoir appeler vite le privé "à la rescousse"

20. La Presse (21 février 2008)
Chirurgie en clinique privée
Un incident marque la première journée
L'erreur d'une infirmière a provoqué des mesures d'urgence
Noël, André
21. Le Droit (22 février 2008)
La privatisation des soins a nui aux Britanniques
Noël, André, LA PRESSE
22. La Presse (22 février 2008)
Opinion : Que cherche-t-on? Moderniser la Loi canadienne sur la santé?
La balle est dans le camp du Québec
Bégin, Monique; Forest, Pierre-Gerlier
23. CNW Telbec (21 février 2008)
Rapport Castonguay - Le SISP exige de Couillard une position
claire sur la mixité de la pratique médicale

=====

1. _____

Montreal Gazette (February 21, 2008)
Patients are 'revenue sources': Castonguay
Raises eyebrows. Hospital officials dispute idea of operating like businesses
BY AARON DERFEL

Patients should be regarded by hospitals as "sources of revenue," former Quebec health minister Claude Castonguay said yesterday.

Addressing the Board of Trade of Metropolitan Montreal a day after the publication of his report on the financing of health care, Castonguay suggested that hospitals be run more like businesses.

He cited the example of some European hospitals that receive government funding based on the number of patients seen and the number of procedures carried out, rather than being allocated a blanket budget.

"The patients, instead of being seen as an expenditure for the hospital, become a source of revenue," Castonguay said.

As Castonguay gave his speech, unionized hospital workers protested outside the Delta Hotel against his recommendation of a \$25 "deductible" to see a doctor. Inside, the

business crowd gave Castonguay a standing ovation, but his remark about treating patients as sources of revenue elicited some grimaces.

In an afternoon meeting with The Gazette's editorial board, Castonguay repeated the remark and elaborated on it. He said that Quebec's public health-care system can do a lot more to boost productivity - and thus control "spiralling costs" - and he singled out the Jewish General Hospital for praise.

"At the Jewish General Hospital, the managers, the doctors, the nurses - all the personnel - work as a team," he explained. "If there are problems, they don't try to solve them from the top down but try to solve them where they arise, and there are some incentives given to the people to recognize what they're doing."

While researching the report, Castonguay met with the executive director of the Jewish General, Henri Elbaz, who was in attendance at the Board of Trade luncheon.

In an interview, however, Elbaz took issue with Castonguay's report, especially the notion of patients being regarded as sources of revenues.

"This could cause a perverse effect," Elbaz said, adding that a hospital might be tempted to do something that is not necessarily in a patient's best interests simply to raise revenue.

He also raised doubts about Castonguay's warnings about the aging of the population and the potential impact on health-care financing. In his report, Castonguay said that Quebec risks a \$7-billion deficit in a decade if current trends continue.

Elbaz noted that the Jewish General treats double the number of patients who are at least 75 years old than other university teaching hospitals in the city, yet has managed to cut hospital stays.

The current scenario at his hospital - with a much high proportion of elderly patients - is what awaits the rest of Quebec in a decade, yet the Jewish General has succeed in controlling costs, Elbaz said.

Castonguay told The Gazette editorial board that he was surprised by Health Minister Philippe Couillard's swift rejection of his some of his recommendations, including the \$25 fee, raising the sales tax by 1 per cent and allowing doctor to practise in both the public and private systems.

He added that prior to the release of the report, he had tried to arrange a meeting with government opposition leaders to reach a consensus, but was told the idea was outside the scope of his mandate.

Castonguay, who introduced universal medical insurance a generation ago, said he understands why so many Quebecers are reluctant for more private health care.

"Anything that smells of a two-tier system, anything that gives the impression that the private sector might have a bigger role" is taboo, he said.

"Our health system has become a symbol that's very valuable in people's minds and they don't want anybody to change it. There's a strong feeling that it should be kept as it is."

2. _____

Montreal Gazette (February 21, 2008)

Straight into the shredder

Rarely has a government report been rejected so quickly as Castonguay's

BY DON MACPHERSON

The Castonguay report won't be added to the stack of reports on Quebec health reform gathering dust on a shelf.

That's because it has already been unceremoniously spiked into the recycling bin.

Rarely have the major recommendations of a high-profile commission been rejected so quickly by the government that created it.

Within six hours of their publication, those of the Castonguay task force on health funding had been dismissed on behalf of the Charest government by Health Minister Philippe Couillard - and not too kindly at that.

Condescendingly, as if he were groping for something nice to say about the report, Couillard said he liked its charts and annexes, stopping just short of awarding the task force a gold star for neatness.

He even questioned the competence of the task force, saying he was "surprised" it had committed the "elementary" error of confusing the budget of his department, which includes spending for social services, with that for health alone.

That backhanded swipe was aimed in particular at task force chairman Claude Castonguay, the former minister who merged the health and social-services departments.

It was Castonguay who brought medicare to Quebec in 1970. But the health system has a different boss now, and he was marking his territory. Since Couillard is too valuable as health minister for Premier Jean Charest to give him his wish and move him to another portfolio to broaden his experience before an eventual leadership run, he can at least run the system his way.

Couillard did not mention that his cabinet rival, Finance Minister Monique Jérôme-Forget, had made the same "elementary" mistake when she encroached on his turf to announce the formation of the task force in her budget speech last May.

It was enough that the health minister announced instead of the finance minister that there would be no tax increases to cover rising health costs, as proposed by the task force.

There was no need of further public humiliation of a vanquished but still-powerful colleague. The mere fact that it was Couillard whom Charest had sent out to give the government's reaction to a report commissioned by Jérôme-Forget made it clear enough who had won the clash of the two titans of the Charest cabinet. Jérôme-Forget had proposed, but Couillard would dispose.

With the notable exception of a proposed tax increase by a government dedicated to cutting taxes, the task force had delivered the kind of report that Jérôme-Forget, an enthusiastic advocate of privatization, had wanted. She had made sure of that by choosing a chairman whose bias in favour of an expanded role for the private sector was well known, and letting each of the two opposition parties in the National Assembly nominate a vice-chair. Thus two of the three members - Castonguay and the choice of the official opposition Action démocratique du Québec - would be in favour of more private services and private insurance in health care.

Jérôme-Forget would not have done all this without the approval of the conservative Charest. But over the summer, Charest came to terms with the results of the Liberals' near-defeat in the election last March, which reduced his government to a minority in the Assembly. His priority shifted from reform of the interventionist Quebec model of government to political survival, which meant avoiding controversy and moving from the right to the centre.

And so he switched sides on health reform, from Jérôme-Forget's to that of Couillard, who has jealously protected the health system against the uncontrolled expansion of private care and private insurance.

Couillard then, with scarcely concealed glee, sawed off the limb out onto which Castonguay had been encouraged to venture. And the unions already protesting against the anticipated privatization of public health care were left with nothing against which to protest.

At most, Couillard tossed Castonguay a bone by saying he was interested in the task force's suggestions to increase productivity.

Increasing productivity in the health system - stop me if you've heard that one before.

3. _____

Globe and Mail (February 21, 2008)
Private Care, Public Woes
2 Letters to the Editor Re: the Castonguay report

St. Catharines, Ont.. -- Quebec Health Minister Philippe Couillard is living in a dream world if he thinks that even a little privatization of our current health-care system won't lead to differential treatment of Canadians and an increase in health-care costs across the province (Quebec Opens Door To More Private Health Care - Feb. 20).

Dual practice - physicians practising in both the public and private systems - will amplify the doctor shortage, since many doctors in the public system will be lured by the bigger dollars in the private sector.

By Akshay Shetty

.....

Peterborough, Ont.. -- Insurance company executive Claude Castonguay says "people can choose what car they want to buy, what suit they want to wear, what house they want to live in, but when it comes to their health, they don't have a choice." He wants the private sector to play a bigger role so patients can have "freedom of choice."

I'd like to choose a Lamborghini. And a Dior gown. And a mansion in Malibu - but I don't earn enough.

Some freedom. Some choice.

Do Mr. Castonguay and others who want to allow the private health-care industry to offer us freedom of choice think it's just a coincidence 47 million Americans - more than the entire population of Canada - can't afford private health insurance or private medical bills? Their choices are bankruptcy or no treatment and illness or death.

Some freedom. Some choice.

By Lydia Dotto

4. _____

La Presse (20 février 2008)

Le temps de se mobiliser- La lutte pour un système public de santé et pour la préservation des ressources humaines et financières qui y sont consacrés est un combat essentiel

Lamoureux, Henri

De toutes les réformes introduites au Québec au cours des 40 dernières années, il ne fait aucun doute que celle qui affecte la prestation des soins de santé et les services sociaux est à mon sens la plus importante. Cette importance tient à ce que la qualité de notre santé

a un effet direct, notamment sur notre capacité de poursuivre des études et sur notre disponibilité à l'emploi.

Au moment où est rendu public le rapport du Groupe de travail présidé par Claude Castonguay, il faut bien se souvenir que les générations antérieures avaient très bien compris cela. C'est pourquoi elles ont accepté d'investir une part importante de nos impôts dans ce secteur. Elles ont aussi compris que l'accès des personnes à un système de santé et de services sociaux devait être universel, accessible et sans égards à la capacité de payer des individus ou à leur influence sociale. Ce choix exprime une conviction qui qualifie notre degré de civilisation: tous les êtres humains, quelles que soient leurs différences, se valent et ils sont égaux en droit.

Cette conviction est notre principal repère éthique et celui à l'aulne duquel nous devons effectuer nos choix sociaux. Cette croyance en l'égale humanité des personnes s'actualise par nos politiques sociales. Dans le domaine de la santé, nous avons choisi un accès démocratique fondé d'abord sur l'urgence de l'intervention; ensuite, sur la règle du premier arrivé premier servi. Si cette règle produit des listes d'attente, elle possède au moins le mérite d'introduire une mesure d'équité dans le traitement des patients. De cette manière, mon frère, qui est doublement handicapé, ne sera pas relégué au dernier rang des patients à traiter sous prétexte qu'il est pauvre et non productif. Il sera soigné à son tour, en fonction des ressources disponibles.

La prunelle de nos yeux

Je pense qu'il faut préserver ce système comme la prunelle de nos yeux. Il ne faut pas accepter que la capacité de payer ou l'appartenance de classe dicte l'accès aux soins et aux services. S'il faut certes s'assurer que notre système soit le plus efficace et le plus efficient possible, il me semble que cet objectif est tout à fait atteignable dans un cadre public, d'autant que dans ce cadre, la recherche d'une maximisation des bénéfices ou du rendement sur l'investissement consenti par quelques entrepreneurs n'est pas un objectif.

Les arguments utilisés par les tenants d'une présence accrue du privé dans le domaine de la santé sont de plusieurs ordres tous aussi faibles les uns que les autres. Ainsi, l'argument selon lequel les personnes les plus fortunées devraient pouvoir utiliser leurs moyens financiers comme coupe-file en ayant accès à des ressources privées qui leur soient dédiées, contredit le fondement éthique de notre système en introduisant l'idée d'une vitesse de traitement en fonction de la richesse et, conséquemment, d'une qualité d'humanité à géométrie variable. C'est la consolidation d'un système à deux vitesses. Tout le monde comprendra que ce projet drainera des ressources qui ne seront plus disponibles dans le public, contribuant ainsi à augmenter le temps d'attente pour les moins riches, c'est-à-dire la grande majorité. À moins, bien sûr, que les plus pauvres s'endettent pour profiter des services offerts aux nantis, comme on le faisait il y a 60 ans, avant la réforme. D'autres, comme le Dr Chaoulli, proposent des services de courtage tirant profit de la rareté des ressources médicales pour empocher de juteux bénéfices. Certains, à l'exemple du bon Dr Dutil, ex-président de la Fédération des médecins spécialistes, tout aussi cohérent au plan éthique et déontologique, ne proposent rien de moins que des soins en

ligne. Toute cette fumée montre bien que les commerçants dans le domaine de la santé et des services sociaux sentent que le feu de la conjoncture leur est favorable.

Et toute cette dérive, lourde de conséquences pour l'ensemble de la population québécoise, se développe sous l'oeil complice et un peu pharisien de l'État, qui semble croire à la stratégie du fait accompli, comme on le voit notamment avec la clinique Rockland.

Enfin, profitant du fait que le ministre détourne pudiquement les yeux de ce qu'il ne veut pas voir, notre système de santé et de services sociaux devient la proie de grandes entreprises transnationales qui cherchent à s'implanter dans le lucratif marché du soulagement de la douleur humaine.

Je suis maintenant sexagénaire. Je sais ce qu'il en a coûté à ma génération et à celle qui l'a précédé pour que le Québec se dote de ressources qui donnent du sens aux valeurs auxquelles nous adhérons toutes et tous collectivement. Pour avoir moi-même bénéficié de notre système de santé et pour avoir accompagné mes proches quand ils étaient malades, je sais toute son importance et j'ai pu constater le dévouement de celles et de ceux qui y sont employés. C'est pourquoi je pense que la lutte pour un système public de santé et pour la préservation des ressources humaines et financières qui y sont consacrés est un combat essentiel. Il ne faut pas laisser l'État et le ministère de la Santé et des Services sociaux nourrir les ambitions des vautours qui flairent la bonne affaire.

L'heure est à la mobilisation.

M. Lamoureux est écrivain et socioéthicien.

5. _____

La Presse (19 février 2008)

Rapport Castonguay: La fin de la gratuité

La mixité en six questions / Entrevue Marie-Claude Prémont

Noël, André

Depuis presque 40 ans, la loi québécoise sur la santé oblige les médecins à choisir. Ou bien ils adhèrent à la Régie de l'assurance maladie du Québec, ou bien ils n'y adhèrent pas. Ils se font payer par la RAMQ et sont considérés comme des "participants", ou ils se font payer par leurs patients et sont considérés comme "non participants". Mais pas les deux à la fois. Seulement 158 médecins sur 16 000 sont non participants. Claude Castonguay propose de lever ce cloisonnement. Marie-Claude Prémont, professeur de droit à l'École nationale d'administration publique et juriste spécialisée en droit de la santé, explique l'importance de cet enjeu.

Q Pourquoi l'État québécois a-t-il toujours jugé que ce cloisonnement est fondamental?

R L'interdiction de la pratique médicale hybride, ou mixte, réduit les possibilités que les fonds publics financent le développement du système privé. Actuellement, rien n'interdit à un médecin de quitter le système public. Mais s'il fait ce choix, il doit assurer sa rentabilité dans le système privé. Ça se comprend facilement. Si un employé décide de quitter son employeur, c'est son choix. Il ne peut pas dire à son employeur: "Eh bien, je vais venir travailler pour vous quand ça va faire mon affaire, ou quand je n'aurai pas assez de travail ailleurs." Aucune entreprise n'accepterait ça.

Q En quoi le réseau public serait-il perdant si la mixité était permise?

R Le médecin qui peut pratiquer des deux côtés choisit la pratique qui lui est la plus favorable. Il choisit le système privé lorsque la clientèle est suffisante, et complète ses revenus dans le réseau public. Le réseau public en souffre parce que les médecins sont moins disponibles.

Q Mais s'il y avait des quotas? Si les médecins étaient obligés de fournir un certain nombre d'heures dans le réseau public avant d'aller travailler dans le réseau privé, comme le suggère M. Castonguay, où serait le problème?

R Il y a déjà un manque de ressources dans le réseau public. Alors si on permet aux médecins de travailler dans les deux réseaux, cela veut dire une diminution du temps consacré par les médecins au réseau public. Et imaginez la complexité de la gestion de ces quotas. Qui va les faire respecter? Cela signifie des coûts administratifs énormes, qui seraient imputés au système public.

Q Mais les médecins ne sont-ils pas déjà obligés de limiter leur temps de travail?

R Non. Les plafonds de rémunération ont pratiquement tous été levés dans les dernières négociations entre le ministre de la Santé et les fédérations de médecins. Il est vrai que des chirurgiens ne peuvent opérer qu'un jour par semaine. La raison: il manque d'infirmières dans les hôpitaux. Si les chirurgiens vont travailler dans le privé, il faudra que des infirmières les suivent dans le privé. La pénurie sera donc accrue dans les hôpitaux. Cette solution risque d'aggraver les temps d'attente dans le réseau public.

Q Que font les autres provinces?

R Cela varie d'une province à l'autre. Il y a quelques années, l'Ontario a interdit aux médecins de se désengager du régime public. Le cloisonnement est une mesure provinciale: il n'est pas imposé par la Loi canadienne sur la santé.

Q Dans l'arrêt Chaoulli, la Cour suprême n'a-t-elle pas autorisé la mixité?

R Elle a fait le contraire. Si on fait une interprétation correcte du jugement, la Cour a ordonné au Québec de maintenir le cloisonnement. La juge (Marie) Deschamps dit que c'est parce que ce cloisonnement existe que le Québec peut permettre, dans quelques cas, le recours aux assurances privées. Le décroisonnement proposé par M. Castonguay n'est

en rien une réponse à ce jugement. Il s'agit avant tout d'une mesure essentielle pour permettre le développement, la croissance et la rentabilité d'un réseau privé parallèle.

6. _____

Le Soleil (20 février 2008)
Carrefour des lecteurs
Castonguay : logique marchande

"En avoir pour notre argent". Le simple titre du rapport du groupe Castonguay donne le ton à l'ensemble. Le discours tient d'ailleurs davantage de la réclame de Boxing Day que de la volonté d'assurer l'avenir d'une société en santé. Effectivement, la logique marchande est nettement plus présente dans les 300 pages rendues publiques hier que celle voulant que la santé soit un droit universel qui n'est pas monnayable dans un Québec qui se prétend égalitaire et démocratique.

Alors, répondrait peut-être M. Castonguay, comment croyez-vous que l'on puisse financer le système de santé, dans un contexte de vieillissement de la population? Eh bien, chaque année, le gouvernement québécois accorde, en congés de taxes et d'impôts, quelque 3 milliards \$ à des entreprises prospères. C'est l'ancien ministre libéral des Finances Yves Séguin qui l'a déjà reconnu.

Dans la présentation de son rapport, M. Castonguay a pourtant soutenu qu'avec une plus grande présence du secteur privé, les patients auraient ainsi "le choix". Non. Les patients les plus fortunés auraient le choix. Les autres, on ne les verrait pas nécessairement errer dans les rues. Non, ils souffriraient en silence, prenant, comme disaient mes grands-parents, leur mal en patience.

D'ailleurs, il faut se souvenir que le système de santé universel a été mis en place au Québec à une époque où les plus démunis n'avaient absolument pas accès à ces soins, tandis que plusieurs autres devaient s'endetter pour se soigner. C'est vers cette époque, pas si lointaine, que le rapport Castonguay se propose de nous faire glisser collectivement. C'est un triste jour.

Émile Kirouac
Professeur de sociologie
Montréal

7. _____

La Presse (20 février 2008)
L'échec de M. Castonguay
Dubuc, Alain

Avant même son dépôt, bien des observateurs cyniques se demandaient si le rapport du Groupe de travail sur le financement de la santé, présidé par Claude Castonguay, se retrouverait sur les tablettes. C'est pire que cela. Le rapport est allé à la déchiqueteuse avant même d'avoir eu le temps de ramasser un peu de poussière sur une étagère, parce que le ministre de la Santé, Philippe Couillard, en a rejeté les principales recommandations quelques heures après sa publication.

C'est un échec. Et il s'explique en bonne partie par l'erreur stratégique des auteurs du rapport. Au départ, leur mandat était assez pointu: réfléchir à un financement adéquat pour le système de santé, et se pencher sur des questions précises, comme le rôle du privé ou l'identification de sources additionnelles de financement. Mais le groupe de travail s'est en quelque sorte mué en commission royale d'enquête, et a accouché d'un document volumineux de 330 pages qui va dans toutes les directions.

Le groupe avait peut-être les ambitions d'une commission royale, mais il n'en avait ni le temps ni les moyens. Et ça paraît. Le document ouvre des portes, lance des pistes sans vraiment aller au bout de ses idées, laisse beaucoup trop d'éléments non résolus. Le résultat, c'est que ses principales recommandations ne sont pas applicables dans leur forme actuelle. D'où la fin de non-recevoir du ministre Couillard, connu pour sa prudence.

Au moins cinq volets importants du rapport auraient demandé encore beaucoup plus de travail. D'abord, la place du privé, sur laquelle l'attention s'est trop concentrée. La quasi-totalité du rapport porte sur le réseau public et réfléchit aux façons de l'améliorer. Il n'y a que neuf pages sur 330 concernant l'élargissement du privé, ce qui suggère que les propositions sur la mixité de pratique, l'élargissement du rôle des assureurs ou la gestion jouent un rôle mineur. On est, comme le disent les auteurs, "aux antipodes d'un processus de privatisation". Mais il n'en reste pas moins que la place du privé est un dossier chaud et que ce sont ses partisans qui ont le fardeau de la preuve. Le rapport devait répondre à des craintes légitimes, comme le risque qu'un développement du privé affaiblisse le réseau public. Il ne le fait pas de façon convaincante et son argumentaire est trop pauvre pour donner à un gouvernement prudent des outils pour aller plus loin.

Ensuite, le virage majeur que constitue la fin de la gratuité. Le rapport ne propose pas un petit ticket modérateur, mais une contribution de 100\$ pour adhérer à une clinique et surtout, une franchise substantielle. Selon l'une des deux formules proposées, les familles paieraient dans leur déclaration de revenus de l'année suivante 65\$ pour chaque visite chez le médecin. Un grand nombre de familles se retrouveraient à payer les consultations au complet. Ce changement considérable est-il compatible avec la loi canadienne de la santé? C'est une évaluation que le rapport ne fait pas, et qui rend sa recommandation inapplicable.

Troisièmement, le rapport parle beaucoup de productivité, le seul élément que le ministre Couillard a bien accueilli, avec des mesures sur la prévention, la multidisciplinarité, l'allocation des ressources, "le bon service de santé offert par la bonne personne au bon moment". Mais c'est ce que les gouvernements essaient de faire depuis 20 ans, sans

réussir à casser la croissance des dépenses. Et rien ne permet de croire que les pistes évoquées par le rapport vont plus loin que la réflexion qui se fait déjà dans le système.

Quatrièmement, le rapport ouvre une autre porte, une réflexion sur ce qu'un régime public devrait ou ne devrait pas couvrir. C'est un débat extrêmement délicat, qui est lancé sans autre forme de procès.

Et pour coiffer le tout, le financement. Le rapport dit en substance que la principale façon de faire face à l'explosion des coûts, c'est l'augmentation du fardeau fiscal, une hausse de plus de 2 milliards par année. Ce n'est pas dit clairement. On parle de franchise, ou de hausse de la TPS, mais ça revient exactement au même. Et le ministre Couillard a dit non.

Le danger, c'est qu'en écartant leurs propositions, on écarte aussi la réflexion que nous proposaient les auteurs du rapport. Il faut voir ce rapport comme un point de départ plutôt que comme un point d'arrivée. Ce document, largement consensuel, pose des questions qui n'avaient pas été posées, fait avancer la réflexion et nous amène plus loin. En enterrant le rapport, on risque aussi de mettre un point final au début de remise en cause et à laisser triompher la logique du statu quo. Ce serait dommage.

8. _____

Montreal Gazette (February 20, 2008)
Headed for the waiting room?
'Doomsday report' lets Couillard look moderate
BY AARON DERFEL

The man considered the father of Quebec medicare is calling for the end of public health care as we know it.

Claude Castonguay, the former health minister who introduced universal medical insurance in the province a generation ago, issued a report yesterday that recommends the government embrace a parallel private system.

How private?

Castonguay urges the government to amend the Quebec Health Insurance Act to permit the sale of private medical insurance for all procedures already covered under medicare. He recommends that doctors be allowed to practise in both the public and private systems, using hospital facilities after hours.

As if that weren't enough, Castonguay suggests limiting the scope of what medicare will pay for, starting with hospital meals, and charging most patients a \$25 fee every time they see their doctor.

No wonder health-policy experts are already calling Castonguay's effort the "Doomsday Report," because it argues that the public system is no longer financially sustainable.

"It's pretty controversial, politically and otherwise," said Antonia Maioni, director of the McGill Institute for the Study of Canada.

"Mr. Castonguay is saying we should rework the whole thing and allow private insurance in all medically necessary services. ... He's making the worse-case scenario projections, the doomsday scenarios."

Within hours of its release, Health Minister Philippe Couillard distanced himself from the report's main recommendations. No, Couillard said, the government will not let doctors switch back and forth from the public to private systems.

No, he added, the government won't allow for more private insurance beyond coverage for joint replacements and cataract surgery. And he sounded lukewarm to the idea of a \$25 user fee, saying it requires more study.

That a government that commissioned a report would be so quick to effectively shelve it raises a number of questions. The government knew well in advance about Castonguay's change of heart over medicare. After serving in government, he pursued a lucrative career in the insurance industry, and a year before he was appointed to study the financing of the health system, he publicly proposed the \$25 user fee.

In rejecting Castonguay's more radical recommendations, Couillard emerges as a moderate force, even as his government has moved more in the direction of private health care than any of its predecessors.

Consider Bill 33, the legislation adopted by the National Assembly in December. The law gives its blessing to private surgical clinics, including those that are run by surgeons who have opted out of the public system and so can bill patients directly.

Previously, such clinics operated in a grey zone.

What's more, Bill 33 allows insurance companies to sell policies to patients to defray the cost of hip and knee surgery as well as cataract removals performed in those very same private clinics. Thus far, the insurance industry has been slow to sell such policies, but Bill 33 is only two months old.

Since Premier Jean Charest took power in 2003, the government has spent less per capita on health care than any other province, according to a number of studies. And during Charest's term, 101 doctors have opted out of medicare - more than in all the other provinces combined.

To be fair, the government has invested hundreds of millions of dollars in the public system, running operating rooms longer and purchasing high-tech medical equipment.

The results have been impressive: Waiting lists for cardiac and cancer surgery are down, and even emergency room overcrowding has begun to subside.

Which brings us to the crux of Castonguay's argument: that the public health-care system is not financially sustainable.

There it is on Page 37 of the report: Health-care spending is projected to increase by 5.8 per cent annually in the next 10 years, while government revenues will go up by 3.9 per cent. That means that by 2018, the government could plunge into a \$7-billion deficit, Castonguay warns.

Those projections were provided by the Quebec Finance Department, but nowhere in the 333-page report are there any explanations as to how those calculations were made.

Lee Soderstrom, a health economist at McGill University, disputed Castonguay's projections.

"These are not the kind of numbers that you hear people (in the field) talking about," he told *The Gazette*. "These are the kinds of numbers that you get with the doomsday crowd, and what you find is generally you can take the numbers and come up with quite a different story.

"Certainly, in the work that I have done on the aging of the population, for example, there's no basis there for thinking the aging of the population ... will necessarily create problems of the sort that (Castonguay) is talking about."

Marcel Boyer, chief economist of the Montreal Economic Institute (which has taken a pro-private position on health care), agreed with Castonguay that government revenues won't be able to keep pace with rising health costs.

However, "it's very difficult to predict beyond a horizon of two to three years," Boyer said.

Guillaume Hébert, who is an analyst with the Institut de recherche et d'informations socio-economiques (which has taken a pro-public health-care stance), described Castonguay's projections as "catastrophic and not corresponding with reality."

He noted that Quebec's so-called dependent population - those under the age of 19 and above age 65 - is lower today as a percentage of the general population than it was in the 1970s and 1960s. And he predicted that it will still be lower 20 years from now, when the government will be reaping billions of dollars in additional tax revenues as boomers withdraw from registered retirement savings plans.

Maioni, who has written extensively about health-care systems around the world, bemoaned the report's emphasis on private financing and the lack of proposals to curb health spending.

"It's not a particularly innovative report," she said. "I mean, these are old ideas: 'So we have a problem with public financing, let's get more private financing. We have a problem with people over-using the system, let's put in user fees.' "

At no point does Castonguay take into account the public system's ability to cut costs through innovation. Twenty years ago, removing a cataract required a costly two-week hospital stay. Today, it's day surgery. And surgeons are pushing the envelope with more minimally invasive surgery that results in shorter hospital stays, saving the system money.

Tucked away in an annex, the report mentions the possibility of \$50 million in yearly savings by reducing government bureaucracy and the number of regional health agencies. Yet the government could save a lot more by looking at British Columbia's Pharma Care program. The B.C. government has implemented a policy of using cheaper generic medications, saving more than \$200 million a year.

If British Columbia can do it, why can't Quebec?

9. _____

Montreal Gazette (February 20, 2008)

Quebec rejects 'Doomsday' medicare study

Provincial task force on health care recommends \$25 fee per doctor visit

By Kevin Dougherty

QUEBEC - A report by a Quebec task force on medicare recommending an increase in the province's sales tax and a \$25 charge for all doctors' visits was shot down by critics -- including the government -- shortly after it was released yesterday.

Presenting the Charest government's position on the report, Health Minister Philippe Couillard said clearly yesterday that Quebec would not raise its sales tax by one percentage point to pay for health care, as chairman Claude Castonguay recommends.

Mr. Couillard noted that the suggested \$25 doctor charge has been tried in other countries, such as France, where it has had "no significant impact" on health costs. Still, Mr. Couillard called the proposal "interesting and worth discussing."

But Mr. Couillard noted that the Liberal government was elected to reduce Quebecers' tax burden, and a new charge sends the wrong message.

"It will be interpreted by the middle class as an additional tax burden," the minister said.

Mr. Castonguay said health care is growing by 5.8 per cent a year as a share of the provincial budget, while total government spending increases 3.9 per cent annually.

He proposed capping health spending at 3.9 per cent and making up for the shortfall with a new health stability fund, financed by the \$25 physician charge and the sales tax increase.

Extra billing for health care is illegal under the Canada Health Act, which Mr. Castonguay concluded "hampers the evolution of the provincial public health systems."

Mr. Castonguay was a Liberal health minister in 1970 when Quebec joined Canada's medi-care system. His government-commissioned task force also proposed a greater role for the private sector.

Mr. Castonguay said the government should allow doctors to practise in both the public and private systems.

He also suggested private management of hospitals, a greater role for private health insurance and higher charges for drugs under Quebec's PharmaCare plan.

Some health policy experts are already calling Mr. Castonguay's effort the "Doomsday report," because it argues that the public system is no longer financially sustainable.

"It's pretty controversial, politically and otherwise," said Antonia Maioni, director of the McGill Institute for the Study of Canada. "Mr. Castonguay is saying we should rework the whole thing and allow private insurance in all medically necessary services. ... He's making the worse-case scenario projections, the Doomsday scenarios."

Marcel Boyer, chief economist of the Montreal Economic Institute, which has taken a pro-private position on health care, agreed with Mr. Castonguay that government revenues won't be able to keep pace with rising health costs.

However, "it's very difficult to predict beyond a horizon of two to three years," Mr. Boyer said.

Ms. Maioni, who has written extensively about health care systems around the world, bemoaned the report's emphasis on private financing and the lack of proposals to curb health spending.

"It's not a particularly innovative report," she said. "I mean, these are old ideas. So we have a problem with public financing, let's get more private financing. We have a problem with people over-using the system, let's put in user fees."

10. _____

Globe and Mail (February 20, 2008)
Quebec opens door to more private health care

By Rhéal Séguin and Gloria Galloway

QUEBEC CITY, OTTAWA — Quebec Health Minister Philippe Couillard left the door open yesterday to physicians practising in both the public and the private systems under strict conditions in his response to a task force report on the province's health-care system that proposed "profound" changes.

Among the proposals in the report, entitled *Getting Our Money's Worth*, was the possibility of physicians having "duo" practices as well as allowing private insurance companies to cover services currently covered under the public-health program.

However, Mr. Couillard rejected a proposal to increase the sales tax and opposed the introduction of a tax deductible to help finance the health-care system.

Regarding the groundbreaking proposal to allow "duo" practice, Mr. Couillard said that doctors would be allowed to work in both the public and the private systems only under the strictest conditions, and only if there would be no shortage of doctors. The private sector must support the public system, Mr. Couillard insisted.

"The duo-practice model could be considered, but it won't be applicable for many years," he said.

"If we allow duo practice, it must have no impact on the public health care system and no impact on access to care by the general public."

Mr. Couillard also supported the recommendation that the government should allow private firms to manage hospitals through pilot projects that could eventually lead to "productive new options."

The head of the government task force, former Liberal minister and insurance company executive Claude Castonguay, said people are demanding changes to an "incoherent and rigid" system and should be given the freedom to choose the kind of health-care services they want.

"People can choose what car they want to buy, what suit they want to wear, what house they want to live in, but when it comes to their health, they don't have a choice. That's what I'm against," Mr. Castonguay said in an interview yesterday. "We are proposing to give a greater role to the private sector so that people can exercise a freedom of choice."

University of Toronto law professor Colleen Flood, who is Scientific Director at the Canadian Institute of Health Research and an expert on public-private health-care financing, said she was surprised the task force would go so far as to recommend that doctors be allowed to practise in both the public and private systems.

"In my view, that is the sort of irrevocable step towards a two-tier health-care system," Ms. Flood said in an interview yesterday. "Once physicians are able to work in the

private system then you will start to see the real flourishing of that private system. Doctors will have a financial incentive to spend more time in the privately financed system ... and there is already a concern that there aren't enough doctors in the public system to allow this."

The task force insisted that the recommendations complied with the spirit of the Canada Health Act, but urged the federal government to change the law, which "hampers the evolution of the provincial health systems."

Federal Health Minister Tony Clement said yesterday that he is reviewing the report.

"Our government is committed to the principles that ensure that Canadians have universal access to medically necessary, timely and quality care based on need and not on an ability to pay," Mr. Clement said in a statement. "We are respectful of provincial jurisdiction in the delivery of health care."

The task force also proposed the creation of a "health stabilization fund" financed by an up to a 1-per-cent increase in the provincial sales tax.

Funding would also come from a maximum 1-per-cent to 2-per-cent deductible based on income and the number of times a person uses the health-care system. Lower-income earners and chronic care patients would be exempt.

"This is not a user fee," Mr. Castonguay stressed. "We reject user fees."

However, Action Démocratique du Québec health critic Eric Caire, who supports the task force's bold proposals for greater privatization, said the deductible was a good thing and that it amounted to nothing less than a user fee. "If it walks like a horse and looks like a horse, then no doubt that's what it is," Mr. Caire said yesterday.

The new funding scheme would collect slightly more than \$2-billion and would be used to slow the projected 5.8- per-cent growth in government spending for health care to 3.9 per cent. Health and social services costs currently make up 44 per cent of the total provincial budget or \$24-billion, which includes \$5-billion for social services.

Another cost for patients would involve an annual access fee of a maximum \$100 to become part of a health clinic and obtain access to a family doctor and other services. Statistics show that one in four Quebec residents does not have access to a family doctor. It would involve a "voluntary" contribution and act as an incentive for doctors to take in new patients and give all Quebeckers access to a family doctor within five years.

Hospital budgets should also be set differently and the report proposed that funding be determined by the services provided to patients. "The money would follow the patients," Mr. Castonguay explained. "Patients would no longer be viewed as an expense, but rather as a source of revenue for hospitals." Mr. Couillard said this was a proposal he intends to implement soon.

The report also responded to the needs of the province's aging population. It recommends that the government focus on improving home-care services and eventually move to privatize long-term-care facilities.

A spokesman for the Bloc Québécois said that, as long as the principles of free and universal health care are upheld, his party recognizes the need for a debate about the future of province's health system.

11. _____

La Presse (20 février 2008)
Rapport Castonguay: La controverse
13 recommandations, 13 réponses
LES OUI DE PHILIPPE COUILLARD

Réduire d'ici cinq à sept ans la croissance des dépenses publiques de santé.

Philippe Couillard: objectif souhaitable.

Accélérer le déploiement des cliniques de santé pour que chaque Québécois ait accès à un médecin de famille d'ici à cinq ans.

Philippe Couillard: engagement du gouvernement.

Financer de manière universelle les soins médicaux, infirmiers et spécialisés couverts à domicile.

Philippe Couillard: d'accord.

Tenir compte de la capacité de payer des gens qui reçoivent de l'aide à la vie quotidienne et de l'aide domestique.

Philippe Couillard: d'accord.

Prioriser le déploiement du dossier électronique des patients.

Philippe Couillard: présentement en cours.

Évaluer publiquement la performance des établissements quant aux objectifs de santé, aux objectifs économiques et à la satisfaction des patients.

Philippe Couillard: totalement d'accord.

LES NON DE PHILIPPE COUILLARD

Possibilité d'imposer aux patients des cliniques une cotisation annuelle ne dépassant pas 100\$.

Philippe Couillard: inacceptable si c'est une condition d'accès aux soins.

Éliminer les frais accessoires imposés par plusieurs cliniques.

Philippe Couillard: inefficace, complexe et coûteux.

Permettre aux médecins d'exercer au public et au privé, selon une pratique mixte.

Philippe Couillard: inapplicable avec la pénurie de médecins.

Autoriser le recours à l'assurance privée pour des services déjà couverts par le régime public.

Philippe Couillard: pas d'élargissement au-delà de ce qui est déjà prévu.

Augmenter la taxe de vente du Québec d'un demi-point ou d'un point de pourcentage pour alimenter un nouveau Fonds de stabilisation consacré à la santé.

Philippe Couillard: inacceptable.

Imposer à tous les patients - sauf aux démunis - une franchise annuelle dont le montant dépendrait du revenu ainsi que du nombre de visites médicales effectuées durant l'année précédente.

Philippe Couillard: inapplicable en apparence.

Hausser les primes de l'assurance médicaments.

Philippe Couillard: inéquitable pour les démunis.

12. _____

Le Devoir mercredi (20 février 2008)

Couillard dit non !- Le coeur du rapport Castonguay rejeté

Dutrisac, Robert

Québec - Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, n'a pas tardé à rejeter les propositions les plus spectaculaires du rapport du groupe de travail sur le financement de la santé ou encore à émettre de sérieuses réserves à leur sujet. Seules les recommandations visant à améliorer la productivité du système de santé ont reçu de sa part un appui non équivoque.

Quelques heures à peine après que le président du groupe de travail, Claude Castonguay, flanqué des deux vice-présidents Michel Venne et Joanne Marcotte, eut dévoilé officiellement le rapport, Philippe Couillard a d'emblée repoussé une de ses principales recommandations: hausser la taxe de vente du Québec (TVQ) de 0,5 % ou de 1 %, ce qui fournirait 650 millions ou 1,3 milliard, selon l'option choisie, dans un fonds de stabilisation réservé à la santé.

Le ministre a été moins assassin en ce qui a trait à une autre proposition du groupe de travail, celle d'imposer une franchise ou une contribution dont le montant serait fonction du nombre de visites médicales effectuées par le citoyen. Mais il doute sérieusement qu'il soit possible d'appliquer une telle contribution. «Telle que présentée, nous considérons cette mesure difficilement applicable et même critiquable, mais cependant nous désirons que le débat se fasse», a-t-il dit. Les expériences internationales «sont très mitigées en ce domaine», et cette formule veut qu'on soit «forcé par nature à multiplier les exemptions».

Claude Castonguay a présenté cette franchise non pas comme un ticket modérateur mais comme une charge fiscale qui ne violerait pas, à son avis, la Loi canadienne sur la santé. Selon les calculs du groupe de travail, une famille qui a deux enfants et gagne 65 000 \$ paierait une franchise de 175 \$ pour sept visites par an. À l'instar de la prime d'assurance médicaments, cette franchise serait perçue à même la déclaration de revenus et les démunis en seraient exemptés. Elle serait plafonnée à 1 % ou 2 % du revenu en sus de l'exemption de base. En outre, les visites médicales des enfants ne seraient pas comptabilisées. Cette franchise pourrait varier selon l'endroit où s'effectue la visite - à la clinique ou à l'urgence, par exemple - et pourrait ainsi servir à «orienter» l'utilisation des services médicaux, a mentionné M. Castonguay. Les sommes recueillies par cette franchise seraient versées au fonds de stabilisation de la santé.

«Ça va être interprété par la classe moyenne comme une nouvelle charge fiscale», a résumé M. Couillard qui, décidément, n'est pas très chaud à l'idée.

Le ministre a réitéré son opposition à la mixité de la pratique médicale qui permettrait à un médecin de pratiquer dans le régime public et de traiter des patients à leurs frais dans une clinique privée, ce qui lui est interdit à l'heure actuelle. Le rapport contient d'ailleurs trois verrous qui, dans les faits, rendent impossible cette mixité pour l'heure: qu'il y ait assez de médecins dans une région donnée, que le médecin ait signé une entente avec un établissement pour assurer le maintien des effectifs et, enfin, que les revenus tirés de cette pratique privée soient limités à un pourcentage des revenus que le médecin touche du régime public.

«Nous ne sommes pas à la veille de voir autoriser ce type de pratique médicale», juge M. Couillard. «J'attends qu'on me nomme la région au Québec où, actuellement ou au cours des prochaines années, on estime que les effectifs médicaux seront suffisants pour assurer les services.»

Le rapport propose d'associer à cette mixité le droit de souscrire à de l'assurance privée pour tout traitement couvert par le régime public. Selon Claude Castonguay, ce recours au privé serait toutefois «marginal».

Quant à la proposition de permettre aux cliniques médicales d'exiger une cotisation annuelle de 100 \$ à ses patients, M. Couillard n'est pas contre, en autant qu'elle n'accorde aucune priorité, dans le régime public, à celui qui a choisi de la verser. Il ne faut jamais que «cette cotisation soit vue comme une condition pour voir le médecin», a-t-il. Le ministre assimile ce moyen de financement à la «pensée magique», en ce sens que «ce n'est pas 100 \$ par année qui va faire apparaître par magie des médecins disponibles 24 heures par jour, sept jours par semaine».

Dans son rapport, le groupe de travail rappelle que la croissance annuelle des dépenses en santé - une moyenne de 5,8 % pour les dix prochaines années - dépasse largement le rythme de croissance des revenus de l'État, soit 3,9 %. À terme, il existera un écart de 7 milliards sur une base annuelle. Cette situation menace la pérennité du système public ainsi que les autres missions de l'État, note le rapport.

Le groupe de travail propose d'augmenter les dépenses de la santé au même rythme que la croissance des revenus de l'État. La hausse de la TVQ et l'imposition d'une contribution de l'usager permettraient de faire 30 % du chemin, tandis que la diminution des dépenses et l'amélioration de la productivité assureraient le reste.

Philippe Couillard trouve cette cible trop contraignante. Il veut que la croissance des dépenses de son ministère «s'approche» du taux d'augmentation des revenus de l'État. «Il faut accepter le fait qu'il y a une croissance structurelle [du coût] des soins de santé», a fait valoir M. Couillard, qui dit ne pas partager «les constats un peu apocalyptiques que certains font d'un effondrement» du système. Le Québec est «une société prospère» qui est en mesure de financer «correctement» son système de santé.

Pour l'essentiel, Philippe Couillard souscrit aux recommandations qui visent à améliorer la productivité du système public de santé ou celles qui vont dans le sens des objectifs connus du gouvernement, notamment celui de s'assurer que tous les Québécois disposent d'un médecin de famille. Il est d'accord pour que son ministère cesse de faire la micro-gestion pour se consacrer à ses fonctions fondamentales: établir les grandes orientations, les priorités et les grandes lignes budgétaires. «Un changement de culture médiatique» s'impose, a-t-il plaidé. «C'est très rare dans le monde [...] qu'un ministre au sommet de l'autorité politique soit questionné presque quotidiennement sur la situation à tel ou tel hôpital, ou à telle ou telle salle d'urgence. En soi, c'est un facteur de dysfonction.»

13. _____

Le Devoir (20 février 2008)
Levée de boucliers à gauche
Rioux Soucy, Louise-Maude

L'ouverture au privé proposée par le comité Castonguay aura conduit à un braquage généralisé dans le monde syndical, qui voit dans ce rapport une «entorse à l'universalité» et un «bris de solidarité» parfaitement inacceptables. Des groupes de citoyens, mais aussi des chercheurs ont ajouté leurs voix à ce concert unanime, en appelant le gouvernement et les partis politiques à rejeter ce rapport en bloc.

Le premier coup de canon est venu du Secrétariat intersyndical des services publics (SISP), venu manifester son désaccord jusqu'aux portes de la conférence donnée par le comité en matinée. Leurs pires craintes se sont toutes matérialisées, ce qui a fait dire à leur porte-parole, Lina Bonamie, qu'il y avait là un précédent dangereux qui aura pour «effet de désolidariser la société québécoise et de fragiliser encore plus le système de santé public».

Le rapport a été jugé «épouvantable» par celle qui préside aussi la Fédération interprofessionnelle de la santé (FIQ). «On nous dit carrément: "taxons la maladie" et, ce faisant, on rate complètement l'objectif principal de ce rapport qui était d'améliorer l'accessibilité».

De plus, la recommandation de céder la gestion des hôpitaux aux entreprises privées est également sévèrement condamnée par les leaders syndicaux du SISP qui y voient une introduction tous azimuts des PPP en santé, à l'exemple, «malheureux», de l'Angleterre. Toutes ces craintes sont partagées en bloc par la Fédération des travailleurs du Québec (FTQ).

La présidente de la Confédération des syndicats nationaux (CSN), Claudette Carbonneau, partage ces critiques. Elle convient toutefois que le réseau a besoin d'oxygène et donc de nouveaux investissements. L'idée d'une caisse de stabilisation lui plaît bien, d'ailleurs. Mais les moyens pour la remplir, pas du tout. «Je réagis très mal à la franchise qui, disons-le, est en fait un ticket modérateur déguisé, ce qui n'a absolument aucun bon sens en santé.» Cette dernière préfère de loin que le gouvernement récupère la totalité du 1 % de la taxe de vente.

La CSN est aussi déçue de constater que le rapport était bel et bien «écrit d'avance», ne laissant pas de place à la négociation. «Recours accru aux assurances privées, décloisonnement des pratiques médicales, hôpitaux publics gérés par le privé: nous retrouvons les mêmes positions défendues par M. Castonguay depuis longtemps», a déploré Mme Carbonneau. Autant de «vieilles idées» qui font reculer le Québec sur le plan de la justice sociale.

Pour sa part, la Coalition Solidarité Santé voit dans le rapport Castonguay un enterrement de première classe du système public. Sa porte-parole, Marie Pelchat, demande donc au gouvernement comme aux partis d'opposition de rejeter ce rapport qui «propose des solutions qui auront pour effet de miner, de saborder et de saper» le régime public. Elle juge par ailleurs que la dissidence de Michel Venne est «pour le moins rachitique».

L'absence de solutions publiques est également une grande déception. Toute la place revient aux valeurs libérales qui «ravalent la santé à une marchandise comme les autres». Et c'est la population qui va «passer à la caisse», dénonce la coalition, qui y voit un «recul innommable par rapport aux acquis de la solidarité et qui de plus contribuera à augmenter le coût global du système de santé».

Cette lecture est partagée par l'Institut de recherche et d'informations socio-économique (IRIS). La semaine dernière, ses chercheurs avaient publié une étude fouillée montrant que le privé était loin d'être la panacée en santé. «L'introduction du modèle de l'utilisateur-payeur, qui rappelle beaucoup le système anglais, est un changement important. Or, on sait bien que le modèle a des limites importantes et risque fort d'être décevant», a commenté le chercheur Guillaume Hébert.

14. _____

Le Devoir (20 février 2008)

Couillard manque de courage, accuse le président des médecins spécialistes - Le milieu de la santé accueille les recommandations avec ouverture
Rioux Soucy, Louise-Maude

Le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), le Dr Gaétan Barrette, a donné le ton en saluant un rapport «modéré et réaliste» qui «voit juste». Sa grande déception est plutôt venue du côté du ministre de la Santé, Philippe Couillard, qui a manqué de courage, tranche-t-il. «D'un côté, il admet que ça va coûter cher. De l'autre, il refuse les moyens mis de l'avant pour y parvenir. Améliorer la productivité et la performance ne suffira pas. Tout le monde s'entend sur ça. Pourtant, le ministre ferme la porte à la taxe, comme à la franchise. Je trouve ça tout à fait déplorable.»

Le Collège des médecins du Québec a lui aussi salué «des solutions réalistes, pragmatiques et applicables à court et moyen terme». Le secrétaire du Collège, le Dr Yves Robert, s'est notamment dit rassuré par les verrous prévus par le comité, si jamais Québec décidait de donner le feu vert à la mixité. Quant à la franchise, il s'agit d'un instrument de responsabilisation fort intéressant qui existe déjà dans les coopératives de santé. «Il faut le voir comme un ticket non pas modérateur, mais motivateur. Cela crée un sentiment d'appartenance et de mutualité qui est très intéressant.»

La FMSQ juge elle aussi que les points les plus controversés comme la mixité ou la franchise sont «bien balisés». La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) est plus mitigée. «En fait, on se demande jusqu'à quel point la franchise pourrait constituer un frein à l'accessibilité, il faudra voir», a précisé son président, le Dr Louis Godin. Des réticences sont aussi à prévoir quant à la possibilité d'introduire des contrats liant les cliniques à des établissements. «La profession est déjà tellement encadrée, tout ça nous paraît parfaitement inutile, voire carrément nuisible.»

Cette crainte est largement partagée par la FMSQ qui refuse de voir l'autonomie de ses membres être réduite de quelque manière que ce soit. À cet égard, la venue de sociétés privées à la tête des hôpitaux est très mal reçue par les médecins spécialistes.

Cela n'empêchera pas la productivité de demeurer un élément majeur de ce rapport, a pour sa part estimé le président de l'Association médicale du Québec (AMQ), le Dr Jean-François Trudeau, qui se félicite de voir l'évaluation de la performance apparaître enfin sur l'écran-radar. «Je crois que les lois du marché peuvent générer une saine compétition qui rendra son agilité au système public, car il ne faut pas l'oublier, c'est là son principal défi.»

Le Dr Trudeau accueille d'ailleurs «d'un bon oeil» les ouvertures au privé qui nécessiteront une révision de la Loi sur la santé et les services sociaux. «Je préfère toutefois parler de modernisation que d'une véritable ouverture.»

Bémols, inconforts et dissidences

Plus réservée, la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Gyslaine Desrosiers, a déploré la polarisation qui d'ores et déjà s'est installée au Québec. Elle endosse d'ailleurs pleinement la dissidence de Michel Venne, tant sur la mixité que sur une ouverture plus grande aux assurances privées et sur l'idée de confier la gestion des hôpitaux à des sociétés privées. «Ce sont là des irritants inutiles qui viennent jeter un doute sur ce rapport qui mérite pourtant qu'on l'examine de plus près.»

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) partage son inconfort en ce qui a trait à la mixité, mais aussi à une plus grande ouverture aux assurances duplicatives. Elle dit aussi préférer l'idée d'augmenter la TVQ à celle d'introduire une franchise dont les mécanismes ne lui paraissent pas très clairs, mais méritent d'être étudiés.

Sa directrice générale, Lise Denis, juge toutefois que tous ces bémols ne doivent pas occulter la nécessité de donner des suites à ce rapport, qu'elle juge par ailleurs «pertinent». «Si nous sommes devant des décisions difficiles, c'est que les gouvernements successifs ont déjà trop tardé. Il y a urgence d'agir!»

L'enjeu de ce rapport, soit le financement du réseau pour le rendre accessible à tous, doit impérativement être discuté, a renchéri la présidente de l'OIIQ. «On ne peut pas se permettre de jouer une fois de plus à l'autruche, revenons à l'essentiel et ayons le courage d'en débattre ouvertement», a réclamé Mme Desrosiers. Cette dernière invite toutefois le ministre à s'en tenir à sa loi 33 pour se concentrer plutôt sur la stricte question du financement.

Médecins pour l'accès à la santé va plus loin encore en demandant au ministre de carrément jeter le rapport Castonguay au panier. «Ce rapport contient plusieurs fausses prémisses qui sont hautement questionnables et qui ne régleront en rien les problèmes d'accessibilité», a commenté la Dre Saideh Khadir, qui rejette la vision catastrophique

des coûts de santé présentée dans ce rapport. «Toutes les études sérieuses le démontrent, les coûts en santé sont très bien contrôlés, c'est la part privée qui tire les chiffres vers le haut.»

Les moyens mis de l'avant sont d'autant plus mal venus qu'ils font peser tout le poids du financement sur le citoyen. La franchise paraît à cet égard dangereuse, en ce sens qu'elle limitera le recours aux services de santé, tout comme le ferait un ticket modérateur. «On taxe le malade qui va certainement espacer ses visites, croit la Dre Khadir. Le cas échéant, on va se retrouver avec des cas plus lourds qui vont nécessiter plus de moyens, c'est un cercle vicieux.»

15. _____

Le Quotidien (20 février 2008)
RAPPORT CASTONGUAY
La loi fédérale sur la santé s'applique
La Presse

OTTAWA - Bien que prudent, le gouvernement Harper a réaffirmé son appui à la Loi canadienne sur la santé, hier, à la suite de la publication du rapport Castonguay.

"Le gouvernement est acquis à l'idée de respecter les principes qui permettent à tous les Canadiens et Canadiennes d'avoir accès à des soins médicaux de qualité et en temps opportun, et ce, en fonction de leurs besoins et non pas de leur capacité de payer", a indiqué dans un courriel une porte-parole du ministre de la Santé, Tony Clement.

Selon des experts consultés par La Presse, au moins trois recommandations pourraient aller à l'encontre des principes énoncés dans la législation fédérale. C'est le cas des contributions qui pourraient être exigées des patients pour obtenir un suivi dans une clinique familiale, entre autres, ainsi que des frais qui pourraient être chargés à l'ensemble des usagers du système pour les fins d'une fiducie. "Le rapport le dit lui-même il faudrait amender la loi. On ne peut pas dire de façon plus claire que la position est pour l'instant conflictuelle avec la Loi canadienne sur la santé", a tranché Marie-Claude Prémont, professeure de droit à l'École nationale d'administration publique et spécialisée en droit de la santé.

Cette loi énonce une série de principes, comme l'universalité et la gestion publique des soins, que les provinces doivent respecter si elles veulent recevoir certains transferts fédéraux.

Le député néo-démocrate d'Outremont a demandé que d'autres avenues soient explorées, plutôt que de laisser le privé infiltrer le système public encore davantage.

Le Bloc québécois et le Parti libéral se sont abstenus de commenter en détail le rapport publié hier. Les deux formations sont néanmoins d'accord pour dire que la loi fédérale

n'est pour l'instant que secondaire dans le débat. "La loi canadienne sert bien le Canada, n'empêche pas l'évolution du système, n'empêche pas un apport du secteur privé lorsque c'est bénéfique pour les concitoyens. Ça empêche simplement que l'accès aux services soit lié à la taille du portefeuille du patient", a noté le chef libéral Stéphane Dion.

16. _____

Le Droit (20 février 2008)

Québec solidaire et les syndicats appellent au rejet du privé

Les louanges de l'ADQ, la prudence du PQ

Tommy Chouinard, La Presse

QUÉBEC - L'Action démocratique du Québec louange le rapport Castonguay. Il appuie ses recommandations, sauf la hausse de la TVQ.

"Essentiellement, le rapport du comité Castonguay cautionne plusieurs solutions qui ont été prônées par l'ADQ pendant plusieurs années et pour lesquelles le parti a été mis au banc des accusés, ostracisé. Et aujourd'hui, sans vouloir faire preuve de triomphalisme, je pense que l'ADQ peut dire que dans ces solutions on était sur la cible, on était sur la bonne voie", a affirmé le député Éric Caire.

Le porte-parole adéquiste en matière de santé est favorable à l'imposition d'une franchise aux usagers du système de santé, un "ticket modérateur" à ses yeux. Or, il rejette la hausse de la TVQ parce que "les Québécois sont lourdement taxés". L'ADQ appuie également la généralisation des assurances privées, la création d'un système mixte public-privé et la gestion des hôpitaux par des firmes privées.

Parti québécois

Avant d'ouvrir plus grande la porte au privé, il faut rendre le système de santé public "plus efficace et performant", estime pour sa part le député péquiste Bernard Drainville.

Le Parti québécois rejette l'idée de donner plus de place aux assurances privées. "Nous, on a un sacré problème avec ça, a lancé M. Drainville. Le privé ne peut pas être la solution à tous nos problèmes, parce qu'on est déjà un des États où il y a le plus de privé, et on a encore des problèmes."

Il reproche au gouvernement Charest d'avoir rejeté l'idée de récupérer la baisse de la TPS annoncée par Ottawa pour augmenter la TVQ comme le proposait son parti l'automne dernier. Est-ce qu'un gouvernement péquiste augmenterait la TVQ afin de financer la santé ?

"Vous savez, je suis nouveau en politique... Sur cette question-là, je vais d'abord attendre ce que M. Couillard, Mme Jérôme-Forget et surtout M. Charest vont nous dire", a-t-il

répondu. M. Drainville a refusé de répondre à la plupart des questions portant sur des recommandations précises du rapport Castonguay.

Québec solidaire

Enfin, pour le parti de gauche Québec solidaire, "il faut aller dans le sens contraire des propositions Castonguay-Marcotte et diminuer la part du privé pour avoir un meilleur contrôle sur les coûts". En mettant à contribution la classe moyenne, "ça fait porter tout le poids du financement de la santé sur le dos des citoyens ordinaires", affirment les porte-parole. Il faut réorganiser le système de l'intérieur, en s'occupant aussi de l'environnement et de la pauvreté, estime Françoise David.

Les propositions du rapport, "c'est le début d'un système parallèle où les plus nantis qui auront des assurances privées auront un accès rapide aux meilleures ressources et le reste de la population sera devant un système qui aura encore plus de manques et de listes d'attente", renchérit le Dr Amir Khadir.

Syndicats

La CSN, qui est plus important syndicat dans le secteur de la santé, oppose une fin de non-recevoir à la quasi-totalité du rapport Castonguay. "C'est non à toutes contributions additionnelles pour les usagers. Tout ce qui s'apparente de près ou de loin, dans un secteur aussi névralgique que la santé, au principe de l'utilisateur-payeur, ça n'a pas de sens, c'est indécent. L'accessibilité, c'est un droit fondamental, a dit la présidente, Claudette Carbonneau.

Le système de santé public "est un joyau que nous devons préserver et améliorer", a renchérit Michel Arsenault, président de la FTQ. "Nous sommes prêts à faire notre part pour en bonifier l'accès et le fonctionnement."

La plus grande centrale syndicale du Québec demande au gouvernement Charest de "rejeter l'ouverture au privé qu'appelle le rapport.

17. _____

SRC Radio (19 février 2008)
Bulletin National et International

Et le milieu syndical réagit mal aux conclusions du Rapport Castonguay.

Et le milieu syndical réagit mal aux conclusions du Rapport Castonguay. Les grandes centrales s'inquiètent particulièrement de l'ouverture éventuelle au secteur privé. Le reportage de Richard Massicotte.

RICHARD MASSICOTTE (REPORTER) :

Il fallait s'y attendre : le milieu syndical réagit plutôt négativement au Rapport Castonguay. Michel Arsenault, président de la FTQ, lance ce message à Québec.

MICHEL ARSENAULT (PRÉSIDENT, FTQ) :

On demande au gouvernement Charest de rejeter tout l'aspect de privatisation qu'il y a là-dedans.

RICHARD MASSICOTTE (REPORTER) :

Mais tout n'est pas à rejeter de ce rapport, selon la présidente de la CSN, Claudette Carbonneau, notamment la mise en place d'un fonds de stabilisation.

CLAUDETTE CARBONNEAU (PRÉSIDENTE, CSN) :

On peut avoir besoin d'une caisse de stabilisation pour faire face à l'avenir, pour renhausser des missions qu'on remplit mal dans le moment. Or ça, c'est une idée porteuse, je suis prête à y réfléchir.

RICHARD MASSICOTTE (REPORTER) :

Du côté de la coalition Solidarité Santé, on s'inquiète de l'arrivée du privé dans la santé tel que préconisé par le Rapport Castonguay. Le porte-parole, Jacques Fournier, constate que le rapport ne tient pas compte d'études portant sur la privatisation.

JACQUES FOURNIER (PORTE-PAROLE, COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ) :

Alors qu'environ 80 pour cent des études qui ont été effectuées par des chercheurs sur les bienfaits ou les méfaits de la privatisation, indiquent qu'on ne gagne pas à la privatisation; que l'effet réel, c'est d'augmenter les coûts.

RICHARD MASSICOTTE (REPORTER) :

Enfin, le Secrétariat intersyndical des services publics, composé entre autres de la CSQ et de la FIIQ, exige du ministre de la Santé Philippe Couillard un refus d'une plus grande présence du secteur privée dans le secteur de la santé. Richard Massicotte, Radio-Canada, Montréal.

18. _____

Globe and Mail (February 22, 2008)

Cautious on private care
Editorial

Quebec Health Minister Philippe Couillard has the right idea about private health care as an adjunct to the publicly funded medicare system: Let it grow, as one observer said, like a Japanese tree. It may be well cared for, but it will stay small.

Claude Castonguay, who headed a three-member commission on Quebec's health-care system at the request of Dr. Couillard, aspires more in the direction of towering pines. Among the views he espoused in a report this week are more private care - with doctors allowed to work in publicly funded clinics and privately funded ones - and more private insurance for key forms of care.

It is true that there is all too much sanctimony and nonsense about the role of privately provided care within the publicly funded system. There is more room in medicare than most politicians will say out loud for entrepreneurial energy driven by the quest for profit. Advances in medical technology mean that stand-alone clinics providing specialty care in areas such as cataracts can do faster, better and more cheaply what large hospitals do. When the clinics are publicly paid for and regulated, they are in line with medicare's guiding principle of equal access to care for all. The partnership between public and private in medicare is ripe for experimentation.

But private insurance is no panacea for medicare's ever-growing costs, which in Quebec, as in British Columbia and every other province, climb faster than the rate of economic growth. It's closer to a pipe dream. What does private insurance insure against? A failure of the public system. Where would the insured patients be treated? In a parallel private system. Right now, no such system exists. For private insurance to work well, that system would have to grow enormously.

Dr. Couillard has allowed private insurance for some essential types of care. But he is right to ask: at what cost to medicare? Are there enough doctors to serve both systems? Would doctors who work both sides of the street inflate waiting lists on the public side to assist their privately paid side? Until he knows the answers, private care will be medicare's Japanese tree, not its towering pine.

19. _____

La Presse (21 février 2008)
Chirurgie en clinique privée

Un incident marque la première journée
L'erreur d'une infirmière a provoqué des mesures d'urgence
Noël, André

Un incident, assez sérieux pour faire l'objet d'un rapport, a marqué la première journée d'opérations réalisées par une équipe médicale de l'hôpital du Sacré-Coeur à la clinique privée Rockland MD le 6 février: une infirmière de la clinique 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.

La patiente était opérée pour une hernie. Les infirmières et la salle d'opération étaient fournies par la clinique Rockland MD, en vertu d'une entente conclue deux mois plus tôt avec l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Le jour même, le ministre de la Santé Philippe Couillard a qualifié de "très bonne nouvelle" le fait que, pour la première fois, des patients d'un hôpital soient opérés dans une clinique privée.

"Ce n'était sûrement pas prévu de donner (le médicament) en intraveineux, a expliqué le docteur Jacques L'Espérance, directeur des services professionnels de l'hôpital du Sacré-Coeur, au cours d'un entretien avec La Presse cette semaine. C'était prévu pour être donné en sous-cutané. Mais ça a été donné en intraveineux par l'infirmière, ce qui a entraîné la chute de pression transitoire chez cette patiente- là.

"Des mesures ont été prises pour monter la pression de la patiente, mais il n'y a pas eu ce qu'on appelle une réanimation cardio- pulmonaire. Il n'y a pas eu d'arrêt cardiaque. La chute de tension a été corrigée... Un rapport d'incident a été fait. On va évaluer la situation exacte pour s'assurer que dans le futur, ça ne se reproduise pas."

Le directeur médical de la clinique, le docteur Fernand Tarras, a refusé de fournir des détails lorsqu'un journaliste de La Presse l'a abordé à ce sujet hier.

Ce dernier assistait à une conférence de Claude Castonguay, président du Groupe de travail sur le financement de la santé, à la chambre de commerce du Montréal métropolitain. "Il n'y a pas eu d'incident, a-t- il dit. Parlez au Dr L'Espérance."

"Cet incident a été pris en considération, bien entendu, a dit le Dr L'Espérance. On ne néglige pas ça du tout. Il va y avoir des recommandations qui vont être faites. Déjà des actions immédiates ont été prises. Les gens concernés ont été avisés de la situation. Naturellement, c'est bien compris de faire attention. Le cas va être étudié plus en profondeur par le personnel nursing."

Le médicament qui a été mal administré était de la dilaudide, un puissant narcotique prescrit dans le traitement de la douleur d'intensité modérée à grave. Le Dr Pierre Fiset, président de l'Association des anesthésistes du Québec, a indiqué qu'il pouvait s'administrer autant par voie intraveineuse qu'intramusculaire. Mais lorsqu'il est donné par voie intramusculaire, la dose est plus importante, a-t-il expliqué.

Selon lui, il est possible que l'infirmière ait injecté le médicament par voie intraveineuse, mais dans une dose trop forte, prévue pour une injection intramusculaire. Il ne connaît pas tous les détails, mais il a vite appris qu'un incident s'était produit à la clinique Rockland MD.

"Ce qui s'est passé, je peux vous le dire, l'infirmière a appelé l'anesthésiste immédiatement. Ça s'est passé dans la salle de réveil (après l'opération). L'anesthésiste est intervenu dans les 30 secondes, a donné un vasopresseur pour augmenter la pression et la patiente a récupéré de façon normale. C'est sûr que ce sont des incidents importants, mais les anesthésistes ont l'expertise pour y faire face. Ces erreurs-là, ça peut arriver. On essaie de les éviter le plus possible."

L'erreur aurait-elle pu être provoquée par un manque d'expérience de l'infirmière? "Ça se peut. Il peut y avoir une question de manque d'expérience là-dedans, ce n'est pas impossible. Il peut aussi y avoir une question de mauvaise interprétation de la prescription."

Les anesthésistes n'ont pas montré beaucoup d'enthousiasme à l'idée d'aller participer à des opérations dans une clinique privée. Le Dr Fiset affirme qu'ils ont accepté de rendre ce service au ministre de la Santé en échange d'un autre service.

"Dans ce dossier-là, on a tordu le bras au Ministère... On a dit au ministre: tu veux ouvrir un centre associé, tu vas t'assurer avant que, du côté anesthésique, les services soient mis à niveau à Sacré- Coeur. C'est la game qu'on a jouée là-dedans... Mon opinion personnelle, c'est que si tout pouvait être fait dans le système public, ça devrait être fait dans le public."

L'hôpital du Sacré-Coeur a planifié trois journées d'opérations à la clinique Rockland MD la semaine prochaine.

20. _____

La Presse (21 février 2008)

Une justification tendancieuse

Le rapport Castonguay présente une lecture pessimiste du système de santé de façon à pouvoir appeler vite le privé "à la rescousse"

Le rapport Castonguay dresse un portrait pessimiste de l'évolution des dépenses engendrées par le système public de santé pour justifier un changement majeur des pratiques et des façons de faire en santé au Québec. Or, la recherche montre que les solutions proposées, loin de régler le problème, sont plutôt susceptibles de l'aggraver. Les patients, considérés comme une source de revenus, devront payer davantage, et ceci, sans pour autant être mieux servis.

La note socio-économique publiée la semaine dernière par l'IRIS soulevait un problème sérieux de rigueur méthodologique en ce qui concerne les statistiques souvent utilisées pour affirmer que le système public de santé est au bord du gouffre. Comme l'a par la suite reconnu le ministre Couillard, le rapport Castonguay utilise une méthode de calcul qui omet de reconnaître que le budget québécois de la santé, au contraire de celui des autres provinces canadiennes, inclut celui des autres services sociaux. Cela a pour effet de gonfler artificiellement l'importance de ce poste budgétaire lors d'analyses comparatives.

Or, comme l'ont montré les travaux du professeur François Béland, de l'Université de Montréal, la part des dépenses gouvernementales en santé en proportion du PIB s'est maintenue depuis 1981 autour d'une fourchette étroite de 6,4% à 7,4%. C'est donc dire que la part des dépenses en santé, mise en rapport avec la richesse nationale, est demeurée stable.

L'utilisation peu rigoureuse et tendancieuse de données sert de justification pour présenter une lecture pessimiste du système de santé et pour appeler vite le privé "à la rescousse". Par contre, l'ouverture au privé, loin d'être le remède miracle attendu, pourrait bien entraîner des coûts supplémentaires pour l'État. C'est en effet les dépenses privées de santé (prix des médicaments, coûts d'administration) qui sont les plus susceptibles d'exploser de manière incontrôlable. Par exemple, la part des dépenses de santé correspondant aux médicaments a triplé en 25 ans, passant de 6% à 20%.

En revanche, les dépenses dédiées aux hôpitaux ont diminué, passant de 48% à 34%.

Drainage de ressources

Quant à elle, la mixité privé-public est susceptible d'entraîner un drainage des ressources humaines et financières d'un système à l'autre, en encourageant par exemple les médecins à rediriger une part de leur pratique vers le secteur qui lui est le plus lucratif. C'est alors encore les patients, du moins ceux qui en ont les moyens, qui devront déboursier davantage pour absorber les coûts d'administration, de marketing et les marges de profits propres au secteur privé.

La logique utilisateur-payeur introduit au sein même du système public des façons de faire et des méthodes de gestion propres au secteur privé, et qui sont en rupture avec le principe d'universalité des soins de santé. Elle met l'accent sur la "liberté" du consommateur, dorénavant considéré comme une source de revenus vis-à-vis duquel les hôpitaux devraient entrer en concurrence d'offre, ce qui exigerait qu'on leur concède une plus grande autonomie.

L'absence de normes nationales et de financement récurrent garanti semble inspirée du modèle britannique de "paiement en fonction des résultats". Or, ce modèle, qui a échoué en Grande-Bretagne, risque de forcer les hôpitaux qui veulent paraître plus performants à multiplier le nombre de visites ou à se spécialiser dans les cas les plus légers.

Les dangers socio-économiques liés à l'introduction du privé en santé appellent une analyse plus sérieuse et rigoureuse que celle qu'on trouve dans le rapport Castonguay. De la même façon, on ne saurait s'en remettre au privé sur la base de constats pessimistes et hâtifs qui tendent à occulter les possibilités d'amélioration du système public et à survaloriser des mesures privées généralement plus coûteuses.

Guillaume Hébert Et Jean-françois Landry

Les auteurs sont chercheurs à l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS)

21. _____

Le Droit (22 février 2008)
La privatisation des soins a nui aux Britanniques
Noël, André, LA PRESSE

La sous-traitance des soins de santé dans des cliniques privées a nui au réseau de santé public en Grande-Bretagne, indique une étude qui paraît aujourd'hui dans le British Medical Journal, alors que cette réforme est en train de se mettre en place au Québec.

Le réseau de la santé britannique fonctionne sur la base de National Health Services (NHS) auxquels s'apparentent, au Québec, les Agences régionales de la santé et des services sociaux. En 2003, le gouvernement britannique a demandé aux NHS de sous-traiter une partie des soins dans des centres médicaux privés, une pratique qu'encourage désormais le ministère de la Santé du Québec.

En établissant un système de sous-traitance, le gouvernement britannique a indiqué qu'il visait à accroître l'offre de services des NHS et à réduire les temps d'attente pour les chirurgies électives. Ce sont exactement les mêmes objectifs que vise le ministre Philippe Couillard, avec la création de centres médicaux associés.

Cinq ans après la mise en oeuvre de ce programme en Grande-Bretagne, le bilan est pitoyable, affirment les auteurs de la recherche publiée aujourd'hui, Allyson Pollock et Sylvia Godden, de l'Université d'Édimbourg. Les deux chercheurs ont cependant eu beaucoup de difficultés à recueillir les statistiques pour leur bilan, car celles-ci sont souvent manquantes. Mais, affirment-ils, les informations disponibles montrent clairement un échec.

Détournement de ressources

"Cette politique de détourner les ressources limitées des NHS vers le secteur indépendant des centres de soins provoque la fragmentation et l'instabilité. Les lits et les services des NHS sont fermés pour que s'épanouisse le secteur privé lucratif. Malgré les assurances données par le secrétaire (ministre) de la Santé, Alan Johnson, (tout

indique) que le secteur privé fait des profits au détriment des patients, du public et des NHS."

En 2006, à Londres, le comité sur la santé de la Chambre des communes a entendu des témoignages suggérant que certains centres privés offraient des soins bien en deçà des normes, ajoutent les chercheurs.

Des organismes et des associations professionnels ont rapporté divers problèmes, comme l'utilisation de médecins formés à l'étranger et peu familiers avec les techniques chirurgicales des NHS, du laisser-aller dans la formation et la vérification, un manque de continuité des soins, et un grand nombre de litiges non résolus.

"Le Collège royal des chirurgiens d'Angleterre a fait état de preuves croissantes montrant que ces centres étaient incapables de gérer les complications, avec pour conséquence le transfert des patients dans les établissements des NHS."

Les garanties initiales n'ont pas été respectées : les centres privés ont siphonné du personnel dans le réseau public, alors qu'ils n'étaient pas censés faire des embauches dans les NHS, ajoutent les auteurs. "Les définitions de pénurie de personnel ont été redéfinies pour faire en sorte que presque tout le personnel des NHS ait désormais le droit de travailler dans le privé."

22. _____

La Presse (22 février 2008)

Opinion : Que cherche-t-on? Moderniser la Loi canadienne sur la santé?

La balle est dans le camp du Québec

Bégin, Monique; Forest, Pierre-Gerlier

Même pour un oeil peu averti, il est clair que plusieurs recommandations du groupe de travail Castonguay heurtent de front la loi canadienne sur la santé - comme elles heurtent d'ailleurs des principes inscrits depuis toujours dans les lois québécoises, tels que l'universalité ou l'accessibilité. Qu'il suffise de dire que certaines propositions du rapport, loin d'être "adaptées aux réalités d'aujourd'hui", suggèrent plutôt de revenir à la situation qui prévalait avant l'adoption de la loi sur la santé, en 1984, notamment en matière de frais d'utilisation et de surfacturation à la tête du patient.

Le rapport du comité appelle aussi à "moderniser" la loi. Le comité Castonguay n'a pas de mots assez durs pour dénoncer une loi "inadaptée" qui aurait eu pour effet de "gêner toute évolution des systèmes de santé dans les provinces canadiennes (p. 277)". Or, le seul exemple concret fourni par les auteurs du rapport est une allusion à une lettre de la ministre Diane Marleau sur les cliniques privées, dans laquelle elle concluait que les frais d'utilisation exigés des patients recevant des soins assurés par le régime public contrevenaient à la loi. Cette lettre date de 1995! ()

De surcroît, il faut avoir vécu sur une autre planète pour prétendre que le système de santé du Canada n'a pas évolué depuis l'adoption de la loi canadienne. Nous sommes les premiers à appeler de nos vœux des réformes plus audacieuses et la fin de l'ère des demi-mesures et des "projets-pilotes". Mais force est de constater que le système change.

L'Alberta a réussi une expérience d'intégration régionale des établissements qui n'a pas d'équivalent en Amérique du Nord.

L'Ontario a modifié les modalités de rémunération des médecins et s'engage maintenant dans une réforme en profondeur des soins médicaux primaires. Le Québec s'est donné un régime universel d'assurance médicaments, qui fait l'envie des autres Canadiens et des Américains. ()

Efficienc e et imputabilité

Est-ce à dire que la loi ne peut ou ne doit pas évoluer? Pas du tout.

Partout au Canada, il y a des gens qui appellent une véritable "modernisation" de la loi canadienne sur la santé. Pour faire place à de nouvelles valeurs, parmi lesquelles les valeurs d'efficienc e et d'imputabilité. Pour reconnaître l'importance de la santé publique et de la prévention. Pour inscrire la qualité au coeur de l'évaluation des pratiques. Pour centrer l'action de tous vers la réduction des inégalités. Nous nous reconnaissons dans ce programme et nous souhaitons qu'il se réalise rapidement. Mais nous ne sommes pas assez naïfs pour croire qu'il suffit de "rouvrir" la loi.

Le système de santé, son organisation et son financement sont un terrain d'affrontement entre des familles idéologiques et des groupes d'intérêts porteurs de projets sociaux et économiques très différents, voire opposés. La loi canadienne oblige tous les acteurs à se soumettre aux mêmes règles du jeu, qu'ils soient puissants ou non, qu'ils soient riches ou non. À la base de cette loi, la notion que les soins de santé sont un bien commun et non un bien de consommation. Les opposants d'aujourd'hui, comme ceux d'hier, ne désirent au fond que le droit de se soustraire à la discipline collective, dans un but politique ou pécuniaire. À l'autre extrémité du spectre politique, il y aussi des acteurs qui veulent utiliser le système de santé à d'autres fins ou pour sanctionner les innovations qui dérangent les droits acquis. Dans ces conditions, quel forum permettra d'entreprendre de rénover la loi canadienne sans se transformer illico en foire d'empoigne?

Admettons pourtant, aux fins de la discussion, qu'un tel forum puisse exister un jour prochain. Admettons aussi que ce forum soit vraiment éclairé, qu'il soit serein, et proprement ouvert à ce qui se pense de mieux au monde en matière de santé. Par définition et par nécessité, ce forum devrait être national, au sens de canadien - comme le furent le Forum national de 1994-1997, boycotté par les provinces, ou la commission Romanow, boudée par le Québec.

Est-ce à dire que le Québec serait prêt à y jouer un rôle actif? À y faire des propositions qui ne soient pas seulement des demandes unilatérales? À y négocier des compromis, des arrangements? À y apprendre autant qu'à y donner des leçons? À vivre ensuite avec les résultats? Au fond, nous ne voyons pas comment on pourrait "moderniser" la loi canadienne sur la santé sans une mise à jour préalable de la politique québécoise de la

chaise vide, sans un engagement clair à jouer le jeu. Dans ce dossier plus que dans tout autre, la balle est donc dans le camp du Québec.

23. _____

CNW Telbec (21 février 2008)

Rapport Castonguay - Le SISP exige de Couillard une position claire sur la mixité de la pratique médicale

MONTREAL, le 21 fév. /CNW Telbec/ - Les dirigeants syndicaux du Secrétariat intersyndical des services publics (SISP) exigent que le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, prenne position clairement sur la proposition du Rapport Castonguay qui autorise la mixité de la pratique médicale. "Après avoir dit non à la mixité mardi dernier, le ministre Couillard a déclaré, sur les ondes de la radio de Radio-Canada, être le premier ministre de la Santé à être ouvert à la pratique mixte des médecins. Qu'est-ce qui a pu se passer entre les murs du Parlement pour que le ministre de la Santé prenne un virage à 180 degrés sur la question de la mixité de la pratique médicale des médecins ?", de questionner les dirigeants du SISP.

Réjean Parent, président de la CSQ, Lina Bonamie, présidente de la FIQ, Dominique Verreault, présidente de l'APTS, Michel Sawyer, président général du SFPQ et Gilles Dussault, président du SPGQ, sont tout simplement estomaqués de constater à quel point Philippe Couillard a changé de discours au cours des dernières heures. "Lors de son point de presse, à la suite de la sortie du rapport, il nous apparaissait déterminé à ne pas ouvrir davantage la porte au privé. Depuis ce moment, M. Couillard ne cesse de nuancer ses propos. Quelques heures après sa profession de foi pour un système de santé public, il commençait déjà à plier les genoux", dénoncent les chefs syndicaux.

Pour le SISP, il est essentiel de rejeter les trois recommandations qui permettraient d'ouvrir la porte à davantage de privé en santé. "Autoriser la mixité de la pratique médicale pour les médecins nous pousse tout droit vers la création d'un système de santé à deux vitesses au Québec. Il en est de même avec les deux autres recommandations. Confier la gestion des hôpitaux au privé et permettre l'élargissement des chirurgies autorisées aux assurances privées auront elles aussi des impacts dévastateurs pour notre système de santé public. Si le ministre croit nous avoir endormis avec son beau discours de mardi, il se trompe. Nous serons de véritables chiens de garde du système de santé public", de conclure les dirigeants du SISP.

Renseignements: Claude Girard, CSQ, tél. cell.: (514) 237-4432; Sandra Gagné, FIQ, tél. cell.: (514) 796-5093; Stéphane Caron, SFPQ, tél. cell.: (418) 564-4150; Chantal Mantha, APTS, tél. cell.: (514) 236-9287; Sylvie Goupil, tél. cell.: (514) 213-4192