Faculté des sciences sociales
Département de sociologie

Financement et accessibilité :

Portrait du débat sur la privatisation des soins de santé au Québec

Une étude commandée par la Ligue des droits et libertés (section de Québec)

Par

Maxime Perreault

Étudiant au département de sociologie, Université Laval

Remis à

Madame Marie-Anne Amadieu

Coordonatrice de la Ligue des droits et libertés (section de Québec)

Rapport réalisé sous la direction de

Mmes Andrée Fortin et Madeleine Pastinelli

Professeures au département de sociologie, Université Laval

Et la supervision de

Mme Gabriela Hanca

Assistante au département de sociologie, Université Laval

Mai 2008

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ..... **iv**

RÉSUMÉ COURT ..... **v**

FAITS SAILLANTS ..... **vi**

I. CONTEXTE DU PROJET DE RECHERCHE **1**

A. Présentation du client-commanditaire 3

B. Questionnement de départ 4

II. QUESTIONS DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES **6**

A. Un débat confus 6

- **Première question de recherche** 7

B. L'impossibilité d'établir une explication causale 8

- **Seconde question de recherche** 9

C. Hypothèses et objectif de la recherche 10

III. LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS **11**

A. La santé, compétence exclusivement provinciale ? 11

1. Participation du gouvernement fédéral, de 1945 à aujourd'hui 13

B. *Loi canadienne sur la santé* (LCS), 1984 15

C. *Loi sur l'assurance maladie* (LAM), 1970 18

D. Le privé en santé au Canada et au Québec : quelques chiffres 19

E. Accès aux soins et temps d'attente 20

IV. ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS DE 1608 À AUJOURD'HUI **23**

A. De 1608 à 1948 23

B. Des années de l'après-guerre à aujourd'hui 24

C. Le jugement Chaoulli 26

1. La réponse du gouvernement du Québec 29
D. Le rapport Castonguay 30

VI. MÉTHODOLOGIE : CORPUS ET ANALYSE DE CONTENU 33
A. Constitution du corpus 33
B. Analyse de contenu 37
1. Étapes de l'analyse de contenu et pré-analyse de quatre textes 39
2. Exigences relatives aux catégories 42

VII. RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION 43
A. Portrait du débat sur la privatisation des soins de santé 43
1. Acteurs politiques 44
2. Acteurs professionnels 53
3. Acteurs économiques 56
4. Acteurs sociaux 60
5. Synthèse de tous les acteurs 63
B. Retour sur les hypothèses 65

CONCLUSION 68
ANNEXES 71-72
BIBLIOGRAPHIE 73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Les catégories d'assurance-maladie privée 19
Tableau 2 Positions des acteurs politiques 51
Tableau 3 Positions des acteurs professionnels 55
Tableau 4 Positions des acteurs économiques 59
Tableau 5 Positions des acteurs sociaux 62
Tableau 6 Synthèse de tous les acteurs 63

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier M. Sylvain Déry et Mme Marie-Anne Amadieu, de la Ligue des droits et libertés (Section de Québec), pour leur support constant durant la réalisation de cette étude, ainsi que pour leurs nombreux conseils ou recommandations qui m'ont guidé tout au long de mes recherches et réflexions. Je les remercie également de l'intérêt marqué qu'ils ont manifesté à toutes les étapes de cette recherche, ce qui s'est avéré être une importante source de motivation.

Ensuite, je remercie sincèrement Mmes Andrée Fortin et Madeleine Pastinelli, professeures au département de sociologie de l'Université Laval, pour leur encadrement et leurs précieuses et rigoureuses corrections qui font du laboratoire une expérience unique et très enrichissante.

Un grand merci aussi à Mme Gabriela Hanca, assistante au laboratoire, pour sa disponibilité, son écoute et ses judicieux conseils.

Enfin, je tiens également à remercier parents et amis qui, par leur indéfectible soutien, m'ont permis de surmonter les hésitations et les quelques moments de découragement qui ont ponctué cette démarche.

Maxime Perreault

RÉSUMÉ COURT

La Ligue des droits et libertés (Section de Québec) nous a commandé un rapport afin de mieux comprendre le phénomène de la privatisation des soins de santé au Québec et ses conséquences « possibles » sur l'accessibilité aux soins pour les usagers du système public. Tenant compte de la complexité du sujet, notre analyse s'est concentrée sur une seule dimension du système de santé, le financement des soins, que nous avons retrouvée dans les prises de position des acteurs s'étant manifestés à la suite du dépôt du rapport Castonguay en février 2008. Dans la première partie de notre analyse, nous avons dressé le portrait général du débat sur la privatisation des soins de santé ayant cours actuellement au Québec par une recension des principaux acteurs y participant et par l'analyse de leur discours, en montrant que les acteurs ne se partagent pas en deux groupes opposés, l'un en faveur et l'autre contre la privatisation. Ensuite, notre deuxième objectif a été de déterminer la place accordée à l'accessibilité dans les discours étudiés. Il a été intéressant de constater que, bien que présent dans presque tous les discours, cet argument n'est pas toujours utilisé pour défendre la même catégorie d'usagers. Enfin, il faut dire que, sans être en mesure de pouvoir trancher définitivement en faveur des idées d'un acteur plutôt que d'un autre, nous considérons néanmoins cette recherche comme un document de consultation à utiliser pour mieux comprendre les différents enjeux relativement à la privatisation des soins de santé au Québec.

FAITS SAILLANTS

- Le système de santé québécois, composante du vaste système de santé canadien, se situe présentement au centre d'un débat de société dans le cadre duquel son financement, son fonctionnement et ses caractéristiques sont remis en question.

- Cette recherche visait à répondre à la question formulée par la Ligue des droits et libertés (Section de Québec) relativement aux conséquences « possibles » de la privatisation des soins de santé au Québec sur l'accessibilité aux soins pour les usagers du système public.

- Nous avons décidé d'aborder le sujet fort complexe de la privatisation des soins de santé en nous concentrant sur le financement des soins de santé et sur les discours d'acteurs s'étant manifestés à la suite du dépôt du rapport Castonguay.

- Afin de se donner des bases pour mieux comprendre les principaux enjeux du débat sur la privatisation des soins de santé, notre première question de recherche était : ***Qui sont les principaux acteurs participant au débat sur la privatisation des soins de santé au Québec et quel est leur discours ?*** Nous avons donc réalisé une recension et examiné les discours des principaux acteurs qui ont réagi au dépôt du rapport Castonguay.

- Répondre à cette question nous a permis de constater que, d'une part, les acteurs s'étant prononcé sur le rapport Castonguay se sont efforcé de bien définir les concepts utilisés ce qui invalide notre première hypothèse voulant qu'il existe une confusion dans les discours autour de l'expression « privatisation des soins de santé ». Nous avons repéré un seul élément légèrement confus : la franchise.

- D'autre part, le débat, contrairement à ce qui est largement véhiculé par les médias, ne se partage pas entre, d'un côté, des acteurs en faveur d'une privatisation tous azimuts, et de

l'autre, des acteurs préférant le maintien intégral d'un système financé majoritairement par l'État québécois. Les discours sont pour la plupart très nuancés.

- Nous avons formulé une deuxième question de recherche qui était : ***Quelle place est accordée au principe d'accessibilité dans ces discours ?***

- À partir de cette question, nous avons observé que les acteurs ne remettent pas en question l'accessibilité aux soins mais s'en servent plutôt comme argument pour défendre une catégorie précise d'usagers. L'accès aux soins est un argument qui peut être utilisé pour, d'une part, s'opposer à une plus grande place du privé en santé en supposant que le développement d'un système de santé privé parallèle pourrait avoir un impact défavorable sur l'accès aux soins pour certaines catégories d'usagers. D'autre part, cet argument peut aussi servir à défendre l'idée, dans une situation où les temps d'attente réduisent l'accès aux soins, qu'il serait préférable d'autoriser les individus qui désirent payer à contracter une assurance privée pour des soins déjà assurés par le régime public.

- Enfin, tous les acteurs qui militent habituellement à droite de l'échiquier politique, l'Action démocratique du Québec et les acteurs économiques, soutiennent que les temps d'attente sont un des problèmes majeurs du système de santé québécois parce qu'ils menacent l'accessibilité de ceux qui pourraient payer pour se faire soigner plus rapidement tandis que les acteurs qu'on associe généralement à la gauche, les syndicats, Québec solidaire et le Parti québécois, sont davantage préoccupés par l'accès aux soins en fonction de la capacité de payer des usagers. Il nous semble donc que le rapport Castonguay n'a pas permis de dépasser l'opposition gauche-droite ce qui nuit au véritable débat.

I. CONTEXTE DU PROJET DE RECHERCHE

Pour de nombreux observateurs et analystes du continent nord-américain, les soins de santé, en particulier l'accès à ces services, représentent un des principaux points qui différencie le Canada des États-Unis. Certains iront même jusqu'à affirmer que le système de santé canadien[1], et par conséquent les valeurs sur lesquelles il repose, sont des éléments constitutifs de l'identité canadienne. Cette opinion, largement répandue parmi les citoyens canadiens, est attribuable entre autres aux facteurs historiques et sociaux incarnés dans ce système de santé, dont l'élaboration est intimement liée à l'histoire du Canada et au façonnement de la société canadienne.

Au Canada comme au Québec, la santé, par les nombreux débats qu'elle a engendrés, a fait couler beaucoup d'encre ces dernières années. Les Canadiens sont en effet grandement préoccupés par cette institution. De nombreux sondages révèlent que la santé constitue l'une des valeurs les plus importantes pour beaucoup d'entre eux et qu'une grande majorité est d'avis qu'une plus grande part des revenus de l'État devrait être consacrée à l'amélioration des soins de santé. Selon un article paru dans le journal *Le Devoir* le 4 mai 2007 et qui présente les résultats d'un sondage réalisé en avril 2004 par l'Association d'études canadiennes, « 96 % des Canadiens jugent "très important" ou "assez important" le système de santé universel » (MYLES, 2007, p. A10)[2]. Dans un même ordre d'idées, un sondage sur le bonheur des Québécois, publié dans l'*Annuaire du Québec 2008*, révèle que les Québécois considèrent que l'accès à des soins de santé de qualité est le facteur le plus important ayant un impact positif sur le bien-être collectif (VENNE, 2007, p. 104-120).

[1] Dans cette brève introduction, nous utilisons l'expression « système de santé canadien » plutôt que « système de santé québécois », pour des raisons exposées à la section III.

[2] Selon ce sondage, les trois valeurs fondamentales des Canadiens sont, dans l'ordre : un système de santé universel, l'égalité entre les sexes et la Charte canadienne des droits et libertés, ce troisième élément garantissant les deux autres.

Cependant, nous sommes forcés de constater que ce système, mis en place au milieu du XXe siècle, n'est pas parfait et que depuis quelques années, les dépenses en santé ont grimpé très rapidement ce qui remet en doute sa viabilité. Une étude publiée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)[3] estime qu'en 2006, le Canada a consacré 148 milliards de dollars aux services de santé, ce qui représente près d'un dixième de son produit intérieur brut (PIB) (ICIS, 2007, p. 9). L'étude affirme également que « la facture publique et privée des soins de santé du Canada a fait un bond de plus de 300 % dans les 23 dernières années » (ICIS, 2007, p.9). Cette hausse, qu'on attribue généralement aux frais associés aux nouvelles technologies, à la croissance de la population ainsi qu'au vieillissement de celle-ci, s'accompagne de plusieurs autres problèmes, que les médias ne manquent pas de nous rappeler régulièrement : listes d'attente, pénurie du personnel, équipements vétustes et problèmes d'hygiène.

Dans son livre exposant les grandes lignes de la réforme Castonguay, Joseph Facal[4] brosse un portrait plutôt sombre de la situation actuelle du système de santé québécois et affirme que nous n'avons qu'à consulter n'importe quel journal pour nous apercevoir que « pas une journée ne se passe sans qu'on y fasse mention de l'explosion des dépenses publiques de santé, des pressions terribles qu'elles exercent sur les autres missions de l'État, de la longueur des listes d'attente, des urgences engorgées, des soins de première ligne inadéquats, de la pénurie de médecins, de l'épuisement du personnel, de l'inadaptation de notre système à la montée des maladies chroniques ou de l'obésité pandémique » (FACAL, 2006, p. 12). Cette phrase résume bien les enjeux actuels auxquels fait face le système de santé canadien qui ont

[3] L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme autonome sans but lucratif, créé par les gouvernements fédéral et provinciaux, qui recueille de l'information sur la santé au Canada afin de l'analyser et la rendre accessible au public sous la forme de rapports. Tous les documents utilisés dans le cadre de cette recherche sont disponibles à l'adresse suivante : www.icis.ca.

L'augmentation de la part des dépenses en santé dans les budgets fédéral et provinciaux, de même que les causes ou facteurs expliquant cette hausse ne seront pas exposés plus en détail dans cette recherche. Pour qui est intéressé à en savoir davantage, les rapports de l'ICIS fournissent un bon portrait de la situation.

[4] Joseph Facal (1961-…) est un homme politique québécois, élu député à l'Assemblée nationale du Québec de 1994 à 2003 sous la bannière du Parti Québécois. Il détient un doctorat en sociologie de l'Université de Paris (Sorbonne) et est professeur invité à l'École des Hautes Études commerciales de Montréal.

forcé le gouvernement fédéral et ses homologues provinciaux à explorer de nouvelles façons d'organiser et de financer les soins de santé, alimentant de nombreuses discussions et controverses quant à la place qu'il est souhaitable d'accorder au secteur privé dans le système de santé. En effet, au cours des dernières années, nombreux sont les pays de l'OCDE à avoir tenté de transférer une partie des coûts au secteur privé. Notre recherche s'avère d'autant plus pertinente qu'elle s'inscrit dans ce contexte marqué par la fréquence et l'importance des échanges sur le financement des soins de santé au Québec et dans la majorité des pays occidentaux. Nous tenons également à préciser que, par souci d'objectivité, nous nous sommes abstenus tout au long de ce travail d'y inclure nos opinions personnelles afin d'offrir l'analyse la plus neutre possible du problème à l'étude.

A. Présentation du client-commanditaire

Avant d'aborder plus précisément notre sujet, un bref portrait de notre client est essentiel pour bien comprendre, d'une part, ses motivations relativement à cette recherche, et, d'autre part, la manière dont pourront être utilisés nos résultats. Autrefois nommée *Ligue des droits de l'homme*, la Ligue des droits et libertés (LDL), fondée à Montréal en 1963, est actuellement l'une des plus anciennes organisations de défense et de promotion des droits en Amérique du Nord. Il s'agit d'un organisme indépendant et non partisan qui vise à faire connaître, défendre et promouvoir l'universalité, l'indissociabilité et l'interdépendance de tous les droits inscrits dans la *Charte internationale des droits de l'homme*[5]. De plus, la LDL milite activement en faveur du respect de la *Charte canadienne des droits et libertés* et de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*. Cette organisation a pour mission d'informer le public et d'inviter les décideurs à prendre position sur des thèmes majeurs comme l'accès à la justice, la liberté d'expression, la lutte contre le racisme et bien d'autres, le tout en défendant une position de justice et d'égalité sociale, ce qui a contribué à de nombreuses réformes dans le

[5] La *Charte internationale des droits de l'homme* est composée de trois textes qui sont la *Déclaration universelle des droits de l'homme* proclamée par les Nations Unies en 1948, le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (1966) et le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (1966).

passé. Cette organisation se compose de trois sections régionales, en plus du siège social qui est situé Montréal : une en Estrie, une à Québec et une au Saguenay-Lac-St-Jean.

Pour sa part, fondée en 1994, la LDL (Section de Québec) s'intéresse essentiellement aux dossiers et enjeux locaux, sa voix et le rayonnement de son implication étant malgré tout nationaux grâce à la maison-mère et aux autres divisions. Cette section se spécialise dans la lutte contre la discrimination et l'exclusion sociale, la vulgarisation des enjeux de droit et l'éducation aux droits et libertés. Parmi ses multiples actions, notons une émission de radio (*Droits devant !*) à CKRL et de nombreuses conférences et ateliers qui s'ajoutent à son service d'aide et de référence, d'où l'intérêt de cette organisation pour le financement des soins de santé, thème qui, nous le verrons, renvoie principalement au domaine juridique et qui touche les usagers moins fortunés du système public.

B. Questionnement de départ

Lors de notre rencontre avec le coordonnateur de la LDL (Section de Québec), Monsieur Sylvain Déry, nous avons discuté des raisons plus précises l'ayant conduit à commander une recherche sur la privatisation des soins de santé au Québec. Dans un contexte où nous avons l'impression que la privatisation des soins de santé est une avenue de plus en plus envisagée socialement et politiquement, Monsieur Déry s'interroge sur les conséquences qu'auraient ces transformations sur les usagers du système de santé public, actuellement financé majoritairement par l'État québécois. Il suppose que, advenant l'instauration d'un système de santé privé parallèle, une forte majorité de médecins délaisseraient le système public dans l'espoir d'obtenir de meilleures conditions de travail, privant ainsi ce milieu d'une précieuse main d'œuvre. Toujours selon M. Déry, loin de résoudre le problème des listes d'attente, ce passage du public au privé n'ajouterait pas de nouveau personnel dans le système de santé, ce qui ne ferait qu'accentuer la pénurie actuelle. M. Déry estime donc que les listes d'attentes dans le secteur public de la santé, problème numéro un du système de santé québécois, ne pourraient que s'allonger, ce qui aurait immédiatement des conséquences pour les personnes à

faible revenu. En somme, M. Déry se demande quels seraient les impacts d'une privatisation des soins de santé sur l'accessibilité aux soins de santé et qui sont les groupes qui préconisent cette option. À partir de ces demandes, nous avons élaboré deux questions et deux hypothèses de recherche.

II. QUESTIONS DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

C'est dans cette section que seront abordées les questions de recherche et les hypothèses se rattachant à celles-ci, de même que les difficultés inhérentes aux questions que notre client nous a soumises. Cet exercice est indispensable pour comprendre les objectifs de cette recherche et comment elle propose une réponse pertinente et originale aux interrogations formulées par la LDL (section de Québec). Dans cette section, nous souhaitons insister sur l'importance d'acquérir, avant de se positionner dans un débat, une connaissance et une compréhension globale du phénomène étudié. Le concept d'idéologie sera utilisé à cette fin.

Tout d'abord, exposer les raisons ayant mené à la formulation de questions de recherche plus abstraites que celles proposées par notre client et à retenir l'analyse de contenu comme méthode de recherche[6] nous apparait incontournable. Ces décisions résultent essentiellement des réflexions qui ont suivi les questions posées par M. Déry, lesquelles portaient, en bref, sur les conséquences possibles d'une éventuelle privatisation du système de santé québécois sur l'accessibilité aux soins pour les individus à faible revenu. Ces questions soulèvent deux problèmes fondamentaux, l'un portant sur les termes utilisés et l'autre sur les réponses qu'il est possible de formuler. Chaque problème débouche sur une question de recherche.

A. Un débat confus

Dans un premier temps, une rapide lecture de quelques articles récents (octobre 2007) parus dans différents journaux a indiqué l'existence d'une confusion sur le mot « privatisation », tant dans le discours faisant état de la prise de position d'un groupe que dans l'information livrée à la population par les journalistes. En effet, plusieurs personnes n'établissent pas de distinction claire entre les différentes formes de privatisation (prestation des soins vs

[6] Dans le cadre de cette recherche, le choix de l'analyse de contenu comme méthode s'est effectué parallèlement à l'élaboration des questions de recherche et des hypothèses. Plutôt que de découler naturellement des questions, la méthode s'est présentée à nous en même temps et a fortement influencé l'orientation de notre recherche.

financement des soins), de sorte que plusieurs malentendus persistent et nuisent au débat[7]. Ces imprécisions sur les formes de privatisation donnent l'impression d'un débat très mal compris au Québec. Aussi, comme nous l'a fait remarquer M. Déry, plusieurs thèmes ou concepts, tels que l'accès aux soins et les temps d'attente sont utilisés sans jamais être définis de manière précise. Par conséquent, nous essaierons, dans la section III, de clarifier tous les termes qui sont fréquemment employés dans les discours sur le financement des soins de santé.

Ces observations montrent qu'il est essentiel, avant de s'investir dans l'analyse de ce débat qui semble opposer le privé au public, de se donner des bases solides pour le comprendre. Donc, afin de réduire la complexité et d'avoir une vue d'ensemble du débat, une recension et une catégorisation des acteurs s'étant prononcés en faveur de la privatisation ou, au contraire, pour le maintien d'un système public s'impose (Qui parle ?). À ce recensement s'ajoute l'inventaire des positions possibles adoptées par les différents acteurs (Qu'est-ce qu'ils disent ?), tout en ne sélectionnant, bien entendu, que celles qui sont réalistes dans le contexte actuel[8]. Nous pourrons ainsi dresser le portrait global du débat en plus d'être informés, d'un côté, des éléments que les différents groupes ont suggéré de privatiser et, de l'autre, des critiques qui sont formulées quant à l'état et au fonctionnement actuel du système public.

C'est à partir de ce raisonnement qu'il a été possible d'esquisser notre première question de recherche qui est *: **Qui sont les principaux acteurs participant au débat sur la privatisation des soins de santé au Québec et quel est leur discours ?*** Répondre à cette question a permis, premièrement, d'effectuer la recension des acteurs favorables à une présence accrue du privé dans le domaine de la santé et de ceux préférant plutôt le maintien d'un système de santé financé exclusivement par l'État québécois ; et deuxièmement,

[7] C'est à partir de ce constat que fut formulée notre première hypothèse selon laquelle il existe une confusion sur les formes de privatisation dans le discours des acteurs prenant position dans le débat sur la privatisation des soins de santé au Québec.

[8] Dans le contexte actuel, le Québec est une province du Canada, non un état souverain. Les propositions supposant que le Québec serait devenu un pays ne seront pas retenues.

d'examiner les discours de ces acteurs, c'est-à-dire d'analyser de quelle façon ces derniers se positionnent dans ce débat et quelle argumentation est utilisée pour soutenir leurs idées.

B. L'impossibilité d'établir une explication causale

L'objectif de cette recherche est d'analyser le discours des acteurs participant au débat entourant la privatisation des soins de santé au Québec, débat que l'on s'imagine pour l'instant polarisé entre des partisans d'une privatisation tous azimuts et ceux défendant un système public. La seconde difficulté découlant des questions émises par M. Déry se rapporte à la réponse qu'elles exigent. En effet, ces questions supposent une réponse positive ou négative quant à savoir si la privatisation aura des impacts, à moyen ou long terme, sur l'accessibilité aux soins de santé pour les personnes défavorisées. Étant donné l'impression de confusion dans les discours formulés et l'impossibilité de prédire avec certitude quels pourraient être les effets « possibles » de la privatisation[9], cette recherche se limite à l'analyse des positions et de l'argumentation des principaux acteurs, soit de leur **idéologie**, selon le sens donné à ce terme par le sociologue Guy Rocher.

Dans son *Introduction à la sociologie générale*, Guy Rocher définit l'idéologie comme « un système d'idées et de jugements, explicite et généralement organisé, qui sert à décrire, expliquer, interpréter ou justifier la situation d'un groupe ou d'une collectivité et qui, s'inspirant largement de valeurs, propose une orientation précise à l'action historique de ce groupe ou de cette collectivité » (ROCHER, 1992, p. 125). L'examen de ces idéologies nous aide à mieux comprendre, d'une part, comment les acteurs, sur la base de leur connaissance et de leur

[9] Même en se référant à des exemples nord-américains ou européens, il serait risqué d'annoncer quels seraient les effets, positifs et négatifs, de la privatisation. D'une part, il n'y a personne au Québec qui suggère une privatisation complète et radicale des soins de santé comme aux États-Unis, les propositions portant majoritairement sur l'introduction progressive d'un ticket modérateur ou la modification des lois québécoises pour permettre l'acquisition d'une assurance privée, duplicative ou complémentaire, pour des soins de santé assurés par le système public. D'autre part, le système de santé québécois possède une histoire qui lui est propre et évolue dans un contexte particulier, influencé tant par les transformations de la société québécoise que par celles ayant cours dans le reste du Canada.

perception du système de santé, envisagent les conséquences possibles d'une privatisation sur l'accessibilité aux soins de santé et, d'autre part, elle permet de saisir les raisons qui sous-tendent leurs affirmations. L'utilisation du concept d'idéologie nous est d'une grande utilité, puisque celui-ci contient généralement une orientation, c'est-à-dire qu'il est possible de saisir le sens des actions d'un groupe. Il a alors été possible de dresser la liste des propositions des acteurs[10], soit des changements recommandés pour résoudre les problèmes qui touchent actuellement le système de santé. L'idéologie en soi ne se retrouve pas dans nos schémas de classification puisque nous utilisons plutôt ses composantes : des **types d'acteurs** font des **propositions** (orientations de l'action) en fonction de **problèmes** qu'ils ont constatés (description et représentations de l'objet) en s'appuyant sur une **argumentation**, c'est-à-dire un raisonnement voué à convaincre le destinataire du message de la validité d'une idée. Ces notions forment les quatre grands thèmes de la pré-analyse (voir annexes). Enfin, l'analyse de contenu a été une méthode très bien adaptée pour aborder notre question de recherche et éviter les écueils liés à la définition de la privatisation et de l'explication causale.

L'exploration de ces informations est subordonnée à notre deuxième question de recherche, plus près des interrogations de notre client, respectivement : ***Quelle place est accordée au principe d'accessibilité dans ces discours ?*** En formulant cette seconde question, nous tentons de répondre à trois objectifs. Tout d'abord, nous désirons déterminer si, selon le point de vue des acteurs, le principe d'accessibilité est présentement respecté par le système de santé québécois, c'est-à-dire si son application est conforme aux lois québécoises et canadiennes. Dans un deuxième temps, lorsqu'un acteur affirme que ce principe est négligé, nous examinons les raisons sur lesquelles s'appuient ses propos et de quelle façon ce qu'il propose est censé résoudre le problème. Enfin, nous vérifions à qui les propositions avancées permettraient d'assurer une plus grande accessibilité : aux riches ou aux moins bien nantis.

[10] L'expression « propositions des acteurs » regroupe les idées avancées par les différents acteurs, mais aussi leurs réactions aux diverses recommandations contenues dans le rapport Castonguay.

Voici donc un rappel des deux questions sur lesquelles repose cette recherche :

- ***Qui sont les principaux acteurs participant au débat sur la privatisation des soins de santé au Québec et quel est leur discours ?***
- ***Quelle place est accordée au principe d'accessibilité dans ces discours ?***

C. Hypothèses et objectif de la recherche

En ce qui concerne les réponses à ces questions, nous avons formulé deux hypothèses de recherche, à partir d'observations réalisées lors des lectures préliminaires :

- **Il existe dans les discours des acteurs participant au débat sur la privatisation des soins de santé une confusion sur le terme « privatisation ».**
- **Les groupes appuyant la privatisation et ceux désapprouvant cette option utilisent les mêmes arguments ou observations pour soutenir leur position en se rapportant principalement à l'accès aux soins.**

Nous avons dû nous rendre à l'évidence : le fonctionnement du système de santé québécois et canadien est extrêmement complexe et les débats sur son mode de financement le sont tout autant. Notre objectif est donc double : 1) apporter un nouvel éclairage sur le débat concernant la privatisation du financement des soins de santé au Québec en réalisant un portait du débat à la manière d'une image instantanée et 2) offrir à la LDL (Section de Québec) un outil lui permettant de comprendre les principaux enjeux relativement à ce débat afin qu'elle soit en mesure par la suite de défendre certaines idées ou positions. Cette recherche pourra donc être utilisée par la LDL (Section de Québec) à deux fins. Cette synthèse critique servira de document de référence qui pourra être consulté par toute personne souhaitant mieux comprendre le débat, mais aussi comme document de consultation sur lequel la LDL (Section de Québec) pourra s'appuyer pour prendre position et défendre les principaux bénéficiaires du système de santé, les citoyens. La prochaine section sera consacrée à la clarification des termes utilisés dans le débat.

III. LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Il est essentiel, *a priori*, de clarifier ce qu'est la privatisation. Généralement, nous définissons la privatisation comme le transfert à des compagnies privées de la gestion de services ou de biens qui appartenaient auparavant à l'État. Nous devons établir ici une distinction entre « prestataire », c'est-à-dire celui qui fournit les soins de santé, et « financement », soit la façon dont sont remboursés les coûts associés aux soins dispensés. Les CLSC, CHSLD et les centres hospitaliers sont des exemples de prestataires publics, c'est-à-dire d'établissements dont la propriété et la gestion sont assurées par le gouvernement du Québec. D'un autre côté, il existe légalement des prestataires privés, dans le cas où les établissements sont administrés par des individus ou des entreprises privées (cliniques de santé). La majorité des soins au Québec sont financés par l'État via un régime universel d'assurance maladie. Le financement privé représente, quant à lui, le paiement des coûts d'un service par l'usager, soit directement, soit via une assurance privée[11]. L'expression « cliniques médicales privées » porte à confusion : il s'agit de prestataires de santé privés lorsque les propriétaires de ces cliniques sont des individus ou des corporations privées. Cependant, les médecins travaillant dans ce type de clinique peuvent recevoir l'essentiel de leur financement du régime public d'assurance-maladie, à l'exception des soins jugés non médicalement nécessaires. Ces distinctions seront examinées davantage plus loin lorsque seront expliquées les lois canadienne et québécoise encadrant les soins de santé.

A. La santé, compétence exclusivement provinciale ?

Analyser l'histoire du système de santé québécois nécessite tout d'abord un détour par le contexte canadien dans lequel il évolue et dont il est indissociable ; le Québec est une province et s'insère dans le cadre législatif canadien. Spontanément, on est porté à penser qu'il

[11] Cette distinction entre financement public et financement privé est très importante dans le cadre de notre recherche puisque nous nous limiterons seulement au financement des soins de santé. Nous reviendrons sur cet élément dans la présentation du corpus.

n'existe pas de système de santé canadien puisque le domaine de la santé est de juridiction provinciale, ce que la Constitution de 1867[12] est supposée garantir, et que, par conséquent, le Québec possède la capacité exclusive de légiférer dans ce domaine et ainsi de règlementer la pratique médicale. Le gouvernement fédéral, quant à lui, est censé posséder une faible emprise sur la santé, à l'exception de quelques pouvoirs limités tels que les services de santé aux militaires, par exemple. Cependant, nous sommes forcés de constater que ce dernier a considérablement influencé l'élaboration des systèmes de santé provinciaux et n'a cessé depuis de jouer un rôle déterminant dans leur évolution.

Le gouvernement fédéral peut passer outre les dispositions contenues dans la Loi de 1867 en utilisant son « pouvoir de dépenser », un instrument indirect qui lui permet, par l'octroi de subventions aux provinces, conditionnelles au respect de certaines conditions, de s'immiscer dans les systèmes de santé provinciaux. Ce mécanisme juridique d'intervention du gouvernement d'Ottawa dans le domaine de la santé représente un enjeu très important qui teinte régulièrement les échanges entre les provinces, le Bloc québécois ayant à l'automne 2007 proposé une motion à la Chambre des communes visant à éliminer définitivement le pouvoir fédéral de dépenser dans des domaines de compétences provinciales[13]. Enfin, il faut préciser que les lois québécoises doivent respecter, outre la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec,* la *Charte canadienne des droits et libertés*.

[12] La **Loi constitutionnelle de 1867,** jadis appelé Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867, divise les pouvoirs gouvernementaux entre les provinces et le gouvernement fédéral. Les pouvoirs législatifs exclusifs des deux paliers de gouvernement sont énoncés aux sections 91 et 92 ; la section 91 énumère les compétences fédérales et la section 92 les compétences provinciales. Au point 7 de la section 92, il est écrit que « l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine » (CANADA, MINISTÈRE DE LA JUSTICEb) relèvent des législatures provinciales.

[13] À titre d'exemples, l'attribution de bourses d'études (Fondation canadienne des bourses d'étude du millénaire) et le financement de la recherche (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada) représentent également une utilisation de ce pouvoir de dépenser, cette fois-ci dans le domaine de l'éducation.

1. Participation du gouvernement fédéral, de 1945 à aujourd'hui

Pour mieux comprendre l'influence actuelle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé, il faut analyser la manière dont ses interventions ont structuré jusqu'ici le système de santé québécois. C'est durant la période de prospérité économique qui a succédé à la Seconde Guerre mondiale que le gouvernement fédéral a commencé à utiliser son pouvoir de dépenser dans le domaine de la santé. Ses premières interventions en santé correspondent en effet à une période où l'intervention étatique s'est accrue dans les pays occidentaux, développant ce qu'il convient d'appeler l'État-Providence, dans l'espoir de réduire les inégalités sociales grâce à de nombreux programmes sociaux.

L'effervescence caractérisant l'après-guerre représente un facteur structurel ayant favorisé l'intervention de l'État fédéral en santé. Georges Desrosiers[14] (1979) a bien montré comment s'est traduit l'engagement financier du gouvernement fédéral pendant cette période. Dans son article, il expose par quel processus le Canada en est venu à offrir à sa population des services de santé. Dans un premier temps, lorsque la constitution fut rédigée, en 1867, l'administration des services de santé a été accordée aux provinces puisqu'à cette époque les communautés religieuses s'appliquaient déjà à offrir des soins à la population. La crise économique de 1929 a eu de lourdes conséquences sociales incitant l'État fédéral à se préoccuper davantage de la mise en œuvre de programmes sociaux universels contre la maladie, le chômage, la vieillesse et l'invalidité. En 1945, face à un refus systématique des provinces, le gouvernement fédéral abandonna définitivement son intention d'intervenir directement dans le domaine de la santé, optant plutôt pour une démarche consistant à proposer aux provinces de les subventionner pour la mise sur pied d'un régime de protection moyennant certaines conditions. « L'objectif du fédéral, dans cette démarche, était d'assurer le développement de services de santé accessibles à tous les citoyens indépendamment de leur lieu de résidence et de leur capacité de payer » (DESROSIERS, 1979, p. 207). En 1948, des

[14] Georges Desrosiers, médecin, est professeur émérite au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

subventions nationales à la santé destinées à encourager les provinces à augmenter l'équipement hospitalier furent la première mesure que le gouvernement proposa. Suivirent d'autres initiatives telles que la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostics* en 1958, adoptée par l'ensemble des provinces en 1961 ; les provinces adhérant à ce programme bénéficiaient d'une réduction de 50% du coût des frais d'exploitation des hôpitaux grâce à une subvention conditionnelle du fédéral. Ensuite, le gouvernement canadien présenta en 1968 la *Loi sur les soins médicaux* prévoyant une contribution fédérale aux provinces de 50% des honoraires des médecins. Donc, « vingt-deux ans après l'établissement de la première grande mesure, soit les subventions nationales à la santé, le Canada possédait un régime gratuit de couverture quasi universelle des frais de maladie. Le grand objectif d'assurer le développement des services de santé à la mesure des possibilités de la nation, accessibles à tous les citoyens, était atteint » (DESROSIERS, 1979, p. 208). Cependant, la mesure selon laquelle le gouvernement fédéral paie environ 50% des coûts engagés par les provinces a eu comme conséquence d'encourager les provinces à augmenter fortement leurs dépenses en santé, accroissant par conséquent considérablement la part du gouvernement fédéral, sans qu'aucun incitatif à contrôler les coûts ne soit proposé.

L'adoption de la *Loi sur les accords fiscaux* et de la *Loi canadienne sur la santé*[15], dernières mesures d'importance prise par Ottawa en 1977 et en 1984, témoignent d'un changement d'orientation. Aussi connue sous le nom de *Loi sur le FPE*, la nouvelle loi fournit des contributions fédérales aux provinces et aux territoires pour les services hospitaliers et les soins médicaux assurés (y compris l'éducation postsecondaire) qui ne sont plus calculées en fonction des dépenses provinciales. Cette loi prévoit que la contribution fédérale au coût des soins se fera désormais sous forme de transfert de points d'impôts que les provinces sont libres d'affecter à leur guise tant que certaines conditions sont respectées.

Ces quelques éléments ont permis d'exposer le rôle décisif du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé. Nous aurions bien sûr tort de parler d'un système de santé canadien

[15] La *Loi canadienne sur la santé* représente le pilier du système de santé canadien. Nous y reviendrons plus loin.

puisqu'il ne peut s'agir que de la somme des systèmes provinciaux, mais ce gouvernement possède néanmoins une indéniable influence sur l'évolution du système de santé québécois. Le Canada a mis sur pied un système national regroupant treize régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux distincts, mais partageant certaines caractéristiques et normes de protection de base communes contenues dans la *Loi canadienne sur la santé*. Cette présence apparaît d'autant plus clairement si l'on observe l'effet du désengagement financier progressif de ce palier de gouvernement qui s'intensifie depuis les années 1980, depuis notamment La *Loi sur les accords fiscaux* (1977) qui a limité la participation fédérale. En effet, « à partir des années 70, le gouvernement fédéral change son orientation passant d'une politique d'extension des services, et partant, d'une augmentation des coûts, à une politique de contrôle des coûts et de rationalisation » (DESROSIERS, 1984, p. 361). Les différents programmes canadiens en santé ont favorisé la création d'un système de santé et les gouvernements provinciaux ont investi énormément d'argent, avec l'idée que le gouvernement fédéral allait toujours leur rembourser la moitié des frais. Ce désengagement représente un des principaux facteurs minant le système et l'exposant ainsi à un problème chronique de sous-financement puisque, d'une part, les revenus diminuent tandis que, d'autre part, les provinces doivent tenter d'enrayer la forte augmentation des dépenses causée par le vieillissement de la population et la mise en place de nouvelles technologies. On peut se demander jusqu'à quel point les provinces pourront s'adapter à ces pressions sans remettre en question la gratuité des programmes d'assurance-santé.

B. *Loi canadienne sur la santé* (LCS), 1984

Avant de poursuivre, il importe de s'attarder à la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) qui définit les principes régissant tous les systèmes provinciaux. Mais d'abord, qu'est-ce que la LCS ? Il s'agit d'une loi fédérale régissant l'assurance-santé dont l'objectif principal consiste sommairement à permettre à tous les citoyens d'avoir accès à des services de santé, sans obstacles financiers. Cette loi établit également les conditions d'octroi des subventions que doivent respecter les provinces pour avoir droit à un support financier du gouvernement

fédéral. Au sens de cette loi, les services médicaux assurés sont les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin » (CANADA, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, 2007a). Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés conjointement par les médecins et par les régimes d'assurance-santé provinciaux. La LCS renferme cinq exigences que les provinces doivent respecter. Voici quelques-unes de ces conditions qui s'avèrent être les plus importantes dans le cadre de notre recherche :

- **Gestion publique**

Ce critère, défini à l'article 8 et s'appliquant aux régimes d'assurance-santé des provinces, vise à garantir que ces régimes soient gérés par une autorité publique sans but lucratif qui doit pouvoir rendre compte de ses finances. Le principe de la gestion publique a cependant été mal interprété. En effet, bien que ce dernier précise que seul le gouvernement peut financer les services fournis par les hôpitaux et les médecins, il ne concerne justement que le financement de ces services et non leur prestation. Il semble exister, dans les nombreux discours sur la privatisation des soins de santé, une certaine confusion en ce qui a trait à la distinction entre, d'une part, le financement et la gestion de l'assurance-santé par l'État, et de l'autre, la prestation des soins de santé. Or, en vertu de la LCS, il n'est pas requis que la prestation des services dépende d'organismes publics, ce qui permet de conclure que les établissements et fournisseurs privés qui dispensent des soins de santé ne contreviennent pas à la LCS.

- **Intégralité**

Ce critère réclame que le régime provincial d'assurance-santé couvre tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (c.-à-d. les services de chirurgie dentaire qui doivent être assurés dans un hôpital).

- **Universalité**

Selon l'article 10, tous les résidents assurés de la province ont droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé provincial selon des modalités uniformes, sans

distinction ethnique, religieuses ou culturelles. Ce principe n'a jamais été remis en question dans le débat sur la privatisation des soins de santé.

- **Accessibilité**

L'accessibilité vise à garantir à l'assuré l'accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés, selon des modalités uniformes et sans qu'il ne soit restreint, directement ou indirectement, par des frais modérateurs ou par une surfacturation[16]. La LCS contient des dispositions décourageant ces deux pratiques (articles 18 à 21) notamment par une réduction du transfert fédéral à la province qui les permet.

Cependant, bien que la LCS stipule que les services de santé assurés doivent être offerts dans le respect des critères et des conditions édictés dans la loi, ce ne sont pas tous les services qui sont couverts par la loi. En effet, en plus des services médicalement nécessaires offerts par les hôpitaux et les médecins, couverts en vertu de la loi, les provinces et les territoires offrent toute une gamme de services et de prestations qui ne sont pas du ressort de la loi. Ces services et prestations supplémentaires sont offerts à la discrétion des administrations provinciales, selon leurs propres conditions, et ils peuvent varier d'une province à l'autre. Parmi ces services supplémentaires, mentionnons les médicaments, les services ambulanciers et les services d'optométrie. Aussi, un certain nombre de services offerts par les hôpitaux et les médecins ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires ; ils ne sont donc pas assurés aux termes des lois provinciales sur l'assurance-santé. La chirurgie esthétique, par exemple, est un service

[16] La définition de la surfacturation établie par la LCS est la « facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé » (CANADA, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, 2007a). Si un médecin réclamait une somme supplémentaire à ses patients pour une consultation déjà couverte par le régime provincial d'assurance-santé, ce surplus serait considéré comme une surfacturation. D'un autre côté, les frais modérateurs sont définis comme des « frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation » (CANADA, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, 2007a). Ainsi, un patient ne peut se voir imposer des frais, à la suite de l'obtention d'un service assuré par un centre hospitalier ou une clinique, c'est-à-dire que le régime provincial ne peut demander à un usager de payer une partie du coût du service.

médical pour lequel les patients peuvent légalement se voir imposer des frais. La LCS définit les grandes lignes des systèmes de santé provinciaux mais les provinces ont également légiféré sur les soins de santé. Au Québec, la loi la plus importante a été votée en 1970 : la *Loi sur l'assurance-maladie*.

C. *Loi sur l'assurance maladie* (LAM), 1970

Cette section porte sur les principaux éléments de la *Loi (québécoise) sur l'assurance maladie* (LAM). Tout d'abord, voyons les points qu'elle partage avec la LCS. Les services assurés par ce régime comprennent les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins et qui sont requis au point de vue médical. D'un autre côté, les services non assurés incluent, par exemple, tout service dispensé à des fins purement esthétiques, la fécondation *in vitro* ou encore l'hébergement en chambre privée. Ensuite, est admise au régime d'assurance-maladie du Québec toute personne résidant au Québec inscrite à la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Pour ce qui est du principe d'accessibilité, il est le même que celui de la LCS, c'est-à-dire que les médecins québécois ne peuvent pratiquer la surfacturation et les cliniques ne peuvent utiliser de frais modérateurs.

Cette loi contient aussi des mesures qui sont propres à chaque province et qui sont actuellement remises en question. Tout d'abord, l'article 15 de la LAM souligne qu'il est interdit de contracter une assurance privée pour des services médicaux assurés[17]. Ensuite, la plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial de sorte qu'ils sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés avec le gouvernement. Mais, le Québec permet deux autres options: celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par l'entente

[17] L'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29) se lit comme suit : « Nul ne doit faire ou renouveler un contrat d'assurance ou effectuer un paiement en vertu d'un contrat d'assurance par lequel un service assuré est fourni ou le coût d'un tel service est payé à une personne qui réside ou qui séjourne au Québec ou à une autre personne pour son compte, en totalité ou en partie. » (QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2007b).

provinciale, et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux, ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie. Ces derniers sont donc rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé. La mixité de la pratique médicale est interdite par cette loi.

Le tableau suivant présente les cinq catégories d'assurance-maladie privée qui sont présentement utilisées par des pays membres de l'OCDE. Au Québec, seul deux types d'assurance sont permis pour les soins de santé (excluant les soins dentaires et de la vue) : l'assurance duplicative pour certaines chirurgies et l'assurance supplémentaire.

Tableau 1 Les catégories d'assurance-maladie privée[18]

Primaire principale : Couvre les soins médicaux de personnes qui n'ont pas légalement accès au régime public.
Primaire substitutive : Couvre les soins médicaux de personnes qui ont le choix de substituer une assurance privée à la couverture publique.
Duplicative* : Couvre les soins médicaux de personnes qui continuent à avoir accès au régime public (et qui sont obligées d'y contribuer avec leurs impôts), mais qui souhaitent être traitées dans le secteur privé.
Complémentaire : Couvre la part à la charge de l'assuré (copaiements ou coassurance) dans l'assurance-maladie publique. Se retrouve dans les pays autorisant le « ticket modérateur ».
Supplémentaire* : Couvre les extras ou services non assurés par le régime public (ex : chambre privée).

* Disponibles au Québec

D. Le privé en santé au Canada et au Québec : quelques chiffres

On ne s'entend pas sur le sens à attribuer à la privatisation dans le contexte québécois. Il est pertinent de se questionner pour savoir si, par exemple, certaines formes de privatisation existent déjà dans le système de santé public et s'il est juste d'affirmer que nous assistons en ce moment à un mouvement de privatisation sans précédent et irréversible. En effet, plusieurs

[18] Ce tableau est une reproduction tirée d'un texte de Valentin Petkantchin, directeur de la recherche à l'Institut économique de Montréal. Voir PETKANTCHIN, Valentin. « Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée », *Les notes économiques* (Novembre 2005), Institut économique de Montréal, p. 2.

services sont actuellement privatisés (soins dentaires) ou encore ont un financement mixte (médicaments), c'est-à-dire que l'État et des entreprises privées se partagent les coûts. Plusieurs opinions sont émises, mais peu de réponses font consensus[19]. En août 2007, deux chercheurs de l'Institut économique de Montréal ont publié un court texte où il est écrit que « le total des dépenses privées en santé au Québec est estimé à 8,6 milliards $ en 2006, soit 28,4 % des dépenses totales en santé » (BOYER, 2007, p. 1). Ce chiffre est comparable à la moyenne canadienne qui est de 29,7 %. Au Québec, les dépenses privées se répartissent globalement de la façon suivante : « environ 29% des dépenses [privées] vont à des services non assurés selon la réglementation tels les services dentaires, optométriques, la physiothérapie et autres, 41 % vont aux médicaments, 4,2 % pour des soins hospitaliers, 14 % pour des soins dans d'autres établissements de santé et le reste va à d'autres dépenses et frais d'administration » (BOYER, 2007, p. 1). Ces nombres sont ceux que l'on retrouve le plus souvent dans les différents rapports.

E. Accès aux soins et temps d'attente

La question de départ que nous avait soumise la LDL (Section de Québec), qui s'interrogeait principalement sur les conséquences « possibles » d'une plus grande privatisation des soins de santé au Québec sur l'accessibilité aux soins pour les personnes défavorisées, comprend deux parties. La « privatisation des soins » a été discutée dans la section précédente. La seconde, sur l'« accessibilité aux soins », est par contre plus difficile à bien saisir. Certes, ce terme est fréquemment utilisé dans les débats, mais sans jamais être défini de manière explicite.

[19] À ce titre, dans une déclaration disponible sur Internet, un groupe d'individus s'opposant à une plus grande présence du privé en santé, dont font partie plusieurs politiciens et chercheurs reconnus, affirme que « la part du privé dans notre système est déjà à 30 %, la plus élevée des pays occidentaux à la notable exception des États-Unis et de la Suisse » et que « le privé enregistre ici sa croissance la plus importante » (www.santesansprofit.org). Nous serons attentifs au point de vue des acteurs quant à la place dont bénéficie présentement l'entreprise privée dans le système de santé québécois.

D'un côté comme de l'autre, tous les participants au débat sur la privatisation des soins de santé au Québec s'accordent pour dire que les temps d'attentes dans le public constituent le principal obstacle à l'accès aux soins. Pourtant, les temps d'attente ne sont pas les seuls facteurs qui ont des répercussions sur l'accès aux services de santé. Les coûts, les différences culturelles et les barrières linguistiques, la distance géographique de même que la disponibilité des ressources sont autant d'obstacles à la satisfaction des besoins en matière de santé. Malgré tout, pour la majorité des Canadiens, « l'accès aux soins est synonyme de temps d'attente pour un rendez-vous un examen ou une chirurgie » (ICIS, 2007, p. 23)[20]. Au Canada, les temps d'attente font référence à trois secteurs distincts, qui sont rarement distingués dans les discours : attente pour consulter un professionnel de la santé, attente de tests diagnostiques et attente pour subir une opération chirurgicale. Dans ce dernier cas, les premiers ministres provinciaux se sont engagés en 2004 à réduire les temps d'attente pour une intervention chirurgicale dans quatre domaines prioritaires : oncologie (cancer), arthroplastie (remplacements de la hanche et du genou), restauration de la vue (extraction de la cataracte) et cardiologie (pontage coronarien).

Dans un document intitulé *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, l'ICIS affirme que, pour l'instant, « nous en savons relativement peu à propos des résultats à long terme pour les patients relativement aux temps d'attente pour les interventions chirurgicales, la chimiothérapie ou d'autres traitements » (ICIS, 2006, p. 6). Aussi, cet institut précise qu'il n'existe pas, à ce jour, de listes d'attente pancanadiennes et que la comparaison entre plusieurs listes provinciales ou internationales est très difficile pour trois raisons : 1) manque d'uniformité entre les différentes listes d'attente, 2) les temps d'attente peuvent être définis de différentes façons et 3) il existe différentes façons de mesurer

[20] L'accès à d'autres types de soins, comme les soins dentaires et oculaires, de même qu'aux médicaments prescrits (trois domaines administrés majoritairement par le privé) mériterait d'être davantage étudié, la longueur des temps d'attente n'étant qu'une seule mesure de l'accès aux soins. À titre d'exemple, « dans un sondage mené dans cinq pays […] certains répondants ont déclaré qu'ils n'avaient pas exécuté une ordonnance ou avaient volontairement omis de prendre les doses [de médicaments] prescrites en raison du coût des prescriptions » (ICIS, 2007, p.31).

les temps d'attente. Pour compléter notre présentation du système de santé québécois, voyons maintenant quelques éléments plus historiques.

IV.ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS DE 1608 À AUJOURD'HUI

Un regard sur le passé s'impose pour mieux comprendre les enjeux et dynamiques du système de santé québécois actuel ; en effet les nombreuses transformations qu'il a subies n'ont pas affecté ses fondements, ou plutôt ses principes, qui eux, sont demeurés inchangés. C'est d'ailleurs l'un des aspects qui explique l'originalité du débat en cours sur la privatisation des soins de santé, où on veut réformer le système de santé, mais en modifiant les assises législatives qui orientent son développement. Cette section a pour objectif de comprendre, d'un point de vue à la fois historique et analytique, comment le système de santé québécois s'est développé. Il apparait en effet essentiel, avant même de faire état du débat, d'explorer la genèse de ce système pour saisir quelles ont été les étapes les plus importantes ayant conduit à lui donner sa forme actuelle. Cette section expose les transformations successives qui ont eu lieu au Québec dans la prise en charge publique de la santé. Pour faciliter l'analyse, nous avons utilisé les périodes proposées par Georges Desrosiers à partir de caractéristiques économiques et politico-sociales.

A. De 1608 à 1948

La première période, qui s'échelonne depuis la fondation de Québec en 1608 jusqu'à la fin du 18^{e} siècle, est caractérisée par une prise en charge des soins aux malades par les familles, l'intervention de l'État se limitant à l'isolement des malades dangereux du reste de la population, les maladies dominant la scène à cette époque étant surtout la variole et le typhus. Les Hôtel-Dieu de Québec (1639), Montréal (1644) et Trois-Rivières (1697) ont notamment été conçus pour répondre à ce besoin.

La période de 1800 à 1860, qu'on pourrait qualifier de préindustrielle, est caractérisée par une forte immigration en provenance des Îles Britanniques, par le choléra apporté par ces vagues d'immigrants et par l'urbanisation croissante. L'État doit alors prodiguer des soins aux immigrants afin d'éviter les grandes épidémies. Nouvellement crées, les municipalités et leurs

bureaux de santé municipaux sont en charge de l'hygiène et de la lutte contre les maladies infectieuses. Pressé par la nouvelle bourgeoisie locale ainsi que par les médecins, qui s'organisent alors en véritable corps professionnel leur permettant de se faire reconnaître comme les seuls intervenants compétents sur les questions de santé, le gouvernement n'a d'autres choix que de créer de nouvelles institutions (Hôpital Général de Montréal en 1819) à direction laïque et où l'administration des soins revient à l'autorité médicale.

Les années entre 1860 et 1948 sont marquées par l'industrialisation et une plus forte migration vers les villes. Cette période est également caractérisée par un fort taux de natalité. En 1867, la Confédération canadienne accorde aux provinces la compétence exclusive en matière d'administration des services sanitaires et sociaux. Mais l'État provincial n'intervient en matière sanitaire et sociale que pour suppléer au secteur privé. En effet, « la conception du rôle des différents acteurs du système de santé, amorcée à la période précédente, se précise et se confirme. Le financement des soins personnels reste la responsabilité de l'individu et de la famille. Les institutions privées continuent à assurer les soins aux indigents avec un certain support financier de l'État » (DESROSIERS, 1984, p. 360). C'est durant cette période que se développent les premières mesures d'assistance et de sécurité sociales, comme les pensions de vieillesse et l'assurance-chômage du gouvernement fédéral. À partir de 1933, le Québec se dote d'un système efficace de santé publique où est consacrée la séparation entre les soins curatifs laissés aux hôpitaux et aux médecins et les soins préventifs pris en charge par l'État ou les grandes municipalités. De plus, nous assistons à l'installation progressive des systèmes d'aqueduc, de traitement des eaux usées et de ramassage des déchets.

B. Des années de l'après-guerre à aujourd'hui

Dans l'après-guerre, les maladies infectieuses font place aux cancers et maladies cardio-vasculaires comme principaux problèmes de santé. Comme nous l'avons vu précédemment, à partir de 1948, le gouvernement fédéral prend l'initiative d'offrir aux provinces des subventions

pour développer un système universel de soins de santé[21]. Au Québec, le système subit des transformations en profondeur, attribuables à la Révolution tranquille qui, de 1960 à 1966, bouleverse la société québécoise. Avant 1960, la santé publique repose sur le privé et sur l'Église. Tous s'entendent pour considérer l'année 1960 comme un tournant dans l'évolution politique et sociale du Québec. « Durant les années qui suivirent, fut mis en œuvre un train de réformes politiques, économiques et sociales qui a permis au Québec d'opérer un important rattrapage et de se hisser à l'avant-garde des réformes sociales au Canada. La décennie commença par l'Assurance-hospitalisation et se termina par l'Assurance-maladie » (DESROSIERS, 1984, p. 361).

Le 1er juillet 1958 entre en vigueur la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*[22], présentée aux provinces par le gouvernement fédéral ; ce dernier s'engage à assumer 50% des coûts des régimes provinciaux. Cependant, ce n'est qu'en 1961 que le Québec adhère à ce programme à frais partagés. Un régime d'assurance hospitalisation, couvrant tous les frais d'hospitalisation, à l'exception de l'accès aux chambres privées qui sont accessibles aux personnes disposant d'une assurance privée ou qui sont prêtes à en payer le prix, est alors mis sur pied. Dans le cadre de cette recherche, nous porterons une attention particulière à l'article 11 de cette loi (qui est l'ancêtre de la *Loi sur l'assurance maladie* (1970)) qui interdit les contrats d'assurances privées pour les services hospitaliers[23].

[21] Subventions nationales à la Santé (1948); Loi sur l'Assurance-Hospitalisation et les Services diagnostiques (1958); Programme d'aide à la santé (1965).

[22] Adoptée en 1984, la *Loi canadienne sur la santé* réunit désormais la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (*1958) ainsi que la *Loi sur les soins médicaux* (1968).

[23] L'article 11 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* (L.R.Q., c. A-28) se lit comme suit : « Nul ne doit faire renouveler un contrat ou effectuer un paiement en vertu d'un contrat par lequel a) un service hospitalier compris dans les services assurés doit être fourni à un résident ou le coût doit lui en être remboursé ; b) l'hospitalisation d'un résident est la condition de paiement ; ou c) le paiement dépend de la durée du séjour d'un résident comme patient dans une installation maintenue par un établissement visé dans l'article 2 » (QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2007a).

En 1966, une commission d'enquête est chargée d'étudier les divers aspects de la santé, du bien-être social et de la sécurité du revenu. Présidée par un actuaire, M. Claude Castonguay, elle note que le Québec accuse un retard par rapport à l'Ontario et aux provinces de l'Ouest et réalise que le système québécois s'est développé de façon incohérente au gré des intérêts locaux et professionnels. Le rapport, qu'il rédige en collaboration avec M. Gérard Nepveu, propose une réforme globale du système par différents moyens, notamment la création d'un ministère de la Santé et l'instauration d'une nouvelle politique d'assurance-maladie. Lors de l'élection générale de 1970, le Parti libéral du Québec, dirigé par Robert Bourassa, prend le pouvoir avec la promesse d'instaurer immédiatement l'assurance-maladie. Claude Castonguay est alors élu et nommé ministre de la Santé au sein du gouvernement de sorte que plusieurs lois, inspirées des travaux de la commission, seront adoptées. En 1970, le Québec instaura donc un régime public d'assurance des soins médicaux selon la formule proposée par le gouvernement fédéral.

C. Le jugement Chaoulli

Le système de santé québécois est présentement au centre d'un débat de société où son financement, son fonctionnement et ses caractéristiques, héritées de la Révolution tranquille, sont remis en question. Cette contestation est devenue de plus en plus manifeste jusqu'à se cristalliser autour du jugement Chaoulli. En effet, plusieurs personnes estiment que ce jugement est susceptible de jouer un rôle majeur pour l'avenir du système de santé public québécois puisque d'un côté, les partisans de la privatisation de certains services le considèrent comme une occasion de remettre en question les principes fondamentaux du régime public tandis que de l'autre côté, les défenseurs du système de santé public jugent qu'il faut plutôt trouver de nouvelles solutions pour renforcer l'efficience du système.

Le 9 juin 2005[24], la Cour suprême du Canada invalidait deux dispositions législatives québécoises qui interdisent la vente de contrats d'assurance privée pour des services qui sont couverts dans le cadre de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* (article 11) et de la *Loi sur l'assurance maladie* (article 15) du Québec. La demande, qui était à l'origine composée de deux demandes indépendantes, provient du médecin Jacques Chaoulli et du patient Georges Zeliotis, ce dernier n'étant pas le client du premier. Sans brosser un portrait complet de ces deux demandeurs, notons simplement que le Dr Chaoulli s'était par le passé engagé dans de nombreux et longs conflits administratifs avec, entre autres, la RAMQ. De son côté, M. George Zeliotis est un patient souffrant de nombreux problèmes de santé qui a dû affronter les délais du système de santé avant d'être opéré à la hanche à deux reprises. Ces deux requérants réclamaient que, dans un contexte où les délais d'attente pour certaines opérations dans le système public portent atteinte aux droits des individus, l'interdiction de contracter une police d'assurance privée soit levée pour les médecins non participants au régime de santé public québécois. Ils ont d'abord demandé à la Cour supérieure du Québec de se prononcer et la juge Piché a rendu son jugement le 25 février 2000 rejetant la requête de Chaoulli et Zeliotis. La Cour d'appel du Québec a, le 22 avril 2002, également décliné l'appel des deux requérants.

Ils se sont alors adressé à la Cour suprême du Canada, qui, après avoir entendu la cause le 8 juin 2004, a rendu un jugement le 9 juin 2005, dans une décision partagée où « sur un banc de sept juges, quatre juges de la Cour suprême concluent à l'invalidation au nom de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, dont trois en arrivent à la même conclusion au nom de la Charte canadienne des droits et libertés, et trois autres juges, dissidents, rejettent la demande en concluant que l'interdiction de l'assurance privée ne contrevient ni à la Charte québécoise, ni à la Charte canadienne » (RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS, 2007). Puisque le jugement de la Cour suprême est particulièrement complexe, nous nous concentrerons seulement sur la première conclusion, soit celle portant sur l'interdiction de

[24] La plupart des renseignements contenus dans cette section proviennent de documents disponibles sur le site internet du Réseau de recherche en santé des populations à l'adresse suivante :
RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS DU QUÉBEC. *Arrêt Chaouilli* [En ligne], http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/enjeux_f.asp (Page consultée le 23 septembre 2007).

l'assurance privée en fonction de la Charte québécoise puisque c'est la seule opinion qui soit majoritaire, quatre juges sur sept arrivant au même résultat.

Majoritairement, la Cour a conclu, en fonction de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* que la prohibition de l'assurance privée porte atteinte à l'intégrité de la personne au sens de l'article 1 qui affirme que « tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne ». D'un côté, elle réaffirme le droit du gouvernement québécois de légiférer dans le domaine de la santé et de prévoir des mesures pour protéger le système public de santé mis en place, mais elle désapprouve l'interdiction de l'assurance privée, dans le contexte où les listes d'attente peuvent porter atteinte au droit à l'intégrité des personnes. De leur côté, les trois juges dissidents considèrent que le pouvoir judiciaire n'est pas assez prudent, puisque dans ce cas, c'est la structure d'un programme social très important qui est remis en cause sans que cette demande ne fasse consensus dans la population.

Il est important de revenir sur trois éléments pour bien comprendre les tenants et aboutissants de cette affaire. Premièrement, le jugement de la Cour est fondé sur un élément précis du système de santé québécois. En effet, la compatibilité entre les droits protégés par la Charte québécoise et l'interdiction de l'assurance privée est évaluée en regard de l'existence de délais d'attente jugés déraisonnables pour certains services de santé assurés. Dans le cas où ces délais auraient été considérablement réduits, nous pouvons penser que les juges seraient arrivés à une tout autre conclusion.

Ensuite, cette suspension de l'interdiction ne vaut que pour les médecins non participants au régime public et est donc conditionnelle au maintien de l'interdiction de la pratique médicale mixte. Cette disposition législative québécoise n'a pas été remise en cause par le jugement. La levée potentielle de l'interdiction de l'assurance médicale privée s'adresse donc à cette catégorie restreinte de médecins, et à elle seule.

Enfin, les changements au régime public de santé doivent-ils relever du pouvoir législatif ou du pouvoir judiciaire ? Nous verrons dans notre analyse de contenu que la réponse à cette question n'est pas évidente.

1. La réponse du gouvernement du Québec

À la suite du jugement Chaoulli, il a été convenu entre la Cour et le gouvernement du Québec que le jugement serait suspendu pour une période de 12 mois. C'est le 16 février 2006 qu'une première réponse à ce jugement a été rendue publique par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, avec le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Le gouvernement du Québec a également annoncé la tenue d'une commission parlementaire sur ce document au mois d'avril. Nous n'en retiendrons que ce qui est réellement pertinent dans cette recherche, c'est-à-dire ce qui est proposé par le gouvernement québécois en réaction à l'affaire Chaoulli. Le gouvernement présente un plan à trois volets qui permettra d'améliorer l'accessibilité aux services de santé.

Premièrement, le gouvernement québécois s'engage à offrir une garantie d'accès à certains services déterminés, comme les services de cardiologie et certaines chirurgies. Cette protection se divise en trois temps. Dans un premier temps, ce sera l'établissement public dans lequel le patient est inscrit qui essaiera de lui offrir des soins dans un délai inférieur à 6 mois. Si cet établissement ne peut remplir son mandat, le patient pourra être transféré dans un autre établissement public ou dans une clinique spécialisée affiliée qui s'engagera à lui fournir un traitement dans un délai de 9 mois. Enfin, en cas d'échec de ces deux premières mesures, le bénéficiaire sera pris en charge dans une clinique privée fonctionnant avec des médecins non participants et les fonds publics couvriront le coût des soins. Le second volet de ce plan, nous venons de l'aborder, est l'établissement de cliniques privées spécialisées et affiliées. Ces établissements seront liés par des ententes avec des établissements publics et les soins soumis aux ententes seront payés par les fonds publics. Enfin, le gouvernement québécois permet aux usagers de recourir à une assurance privée duplicative pour les services faisant l'objet d'une

garantie d'accès. Cela veut donc dire que les Québécois pourront se procurer une assurance privée pour la chirurgie de la cataracte, du genou et de la hanche et donc se faire soigner dans une clinique privée, par un médecin non participant au régime d'assurance maladie du Québec.

Ce document de consultation a été rapidement transformé en projet de loi (loi 33) et a été adopté sous le bâillon le 13 décembre 2006 par le gouvernement du Québec.

D. Le rapport Castonguay[25]

Ce bref survol des caractéristiques du système de santé québécois et des différentes étapes de son développement ne saurait être complet sans un examen des principaux éléments contenus dans le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé (ou rapport Castonguay) qui a été rendu public le 19 février 2008. En effet, bien que le jugement Chaoulli représente un évènement décisif dans le débat sur la privatisation des soins de santé au Québec, il n'en constitue pas le dénouement, et n'a certainement pas apporté une solution définitive aux nombreux problèmes du système de santé québécois. Au contraire, de nombreuses études s'appuient maintenant sur les conclusions du jugement Chaoulli pour proposer une vision radicalement différente des soins de santé où une collaboration entre l'entreprise privée et le public représente la seule alternative envisageable à court terme pour améliorer l'efficacité du système. C'est notamment ce que recommandent les membres du Groupe de travail sur le financement des soins de santé formé par le gouvernement québécois à l'été 2007 et qui avait comme mandat d'examiner puis de proposer au gouvernement de nouvelles avenues afin d'assurer un financement adéquat du système de santé québécois, de préciser le rôle que devrait jouer le secteur privé et suggérer des modifications à la LCS.

La présentation des principales recommandations de ce rapport constitue un préalable essentiel à la compréhension des débats et décisions politiques relativement au financement du système et à l'accès aux soins. D'une part, un effort a été fait à la fois du côté du gouvernement

[25] Tous les documents liés aux travaux du comité sont disponibles sur son site internet à l'adresse suivante : www.financementsante.gouv.qc.ca.

comme des membres du groupe de travail pour clarifier la plupart des concepts importants afin de rendre le rapport, et du même coup le débat, accessible à une plus large partie de la population. De plus, même s'il a reçu un accueil plutôt tiède de la part de la majorité de la classe politique, il semble en effet peu probable, comme l'ont annoncé à l'aide de gros titres de nombreux journalistes et commentateurs, que le gouvernement québécois opte pour le statu quo sans donner suite à plusieurs conclusions du rapport. Nous supposons donc que les prochaines discussions quant à la privatisation des soins de santé au Québec porteront essentiellement sur des propositions gouvernementales fortement influencées par les recommandations du rapport Castonguay. À ce moment, la LDL (Section de Québec) devra être en mesure de comprendre les principaux enjeux relativement au débat sur le financement des soins de santé au Québec, mais aussi de défendre certaines idées ou positions.

Voici les principales recommandations concernant la privatisation que Claude Castonguay, président du Groupe de travail sur le financement des soins de santé, et ses deux vice-présidents, Michel Venne et Joanne Marcotte[26] ont présentées dans un document intitulé *En avoir pour notre argent*.

Ainsi, pour freiner la croissance des dépenses en santé, le groupe recommande une réorganisation complète de la gestion des hôpitaux et une révision en profondeur de la gouvernance. Cependant, ces mesures n'auront des effets qu'à long terme. C'est pour cette raison que le groupe propose également la mise en place d'un fond de stabilisation dédié à la santé et financé par l'augmentation de la taxe de vente du Québec (TVQ) de 1 % ainsi que par une franchise variant selon les revenus et l'utilisation des soins. Ensuite, le groupe invite le gouvernement à réviser la couverture du régime public afin d'élargir les soins et chirurgies pour lesquels il est possible de contracter une assurance privée. Enfin, le groupe suggère d'autoriser la pratique médicale mixte à l'intérieur de certaines limites.

[26] M. Claude Castonguay, qui est considéré comme le « père » de l'assurance-maladie au Québec, est consultant en matière de santé et membre du groupe de recherche CIRANO, Mme Joanne Marcotte est réalisatrice et M. Michel Venne est directeur de l'Institut du Nouveau Monde.

Précisons en terminant que ces trois dernières propositions font l'objet d'une position dissidente par l'un des membres du groupe, M. Michel Venne.

VI. MÉTHODOLOGIE : CORPUS ET ANALYSE DE CONTENU

Cette section est consacrée à la présentation, d'une part, du corpus et de ses principales caractéristiques et, d'autre part, de la méthodologie à laquelle nous avons eu recours pour répondre aux questions de recherche que nous avons formulées. Dans la première partie, nous précisons les critères de sélection qui nous ont guidés dans le choix des documents de même que les quelques étapes suivies pour la constitution de notre corpus. Ensuite, nous présentons sommairement les caractéristiques générales du corpus utilisé dans le cadre de cette recherche[27]. Enfin, dans la dernière partie, les principales étapes de l'analyse de contenu, de même que ses particularités sont succinctement exposées en intégrant l'analyse de 4 textes[28] qui a été réalisée lors du rapport préliminaire, et qui a permis l'élaboration des schémas de classification et le choix d'une catégorisation mixte pour l'analyse finale.

A. Constitution du corpus

- **Sujet : Le financement des soins de santé**

Étant donné la complexité du débat sur la privatisation des soins de santé au Québec, que nous pouvions aborder sous de nombreux angles (les médicaments, la gestion des hôpitaux)[29], nous avons décidé de nous concentrer sur une dimension particulière du système de santé, soit celle sur laquelle repose l'essentiel de son fonctionnement et qui se révèle être au centre des affrontements: **le financement des soins de santé**. Ce choix a donc permis, dans un premier temps, d'éliminer tous les documents ne se rapportant pas directement au

[27] Dans cette partie, nous présentons le corpus dans son ensemble alors que chacun des documents est analysé dans la section VII (Résultats et interprétation) en fonction de chaque groupe d'acteurs.

[28] Ces quatre textes portaient sur le jugement Chaoulli puisqu'à ce moment, nous ne savions pas encore à quelle date serait déposé le rapport Castonguay.

[29] Les facteurs expliquant la hausse des coûts de la santé, la place occupé dans le système de santé par les médicaments et des exemples d'expériences internationales sont des dimensions qu'il aurait été tout aussi intéressant d'aborder.

financement des soins de santé. Nous avons également préféré exclure les documents ne touchant pas spécifiquement à la situation québécoise, jugeant qu'il était hasardeux d'expliquer le fonctionnement de notre système par des comparaisons internationales, sachant pertinemment qu'il existe d'énormes différences et subtilités entre les systèmes de santé des différents pays, que nous ne sommes pas en mesure de bien discerner[30].

- **Quand : Autour du rapport Castonguay**

Au Québec comme au Canada, le débat sur la participation financière du privé dans le système de santé n'est pas constant et évolue, de manière générale, au rythme des différents rapports, de leurs conséquences politiques ou des décisions des tribunaux. Depuis 2005, il y a eu le jugement Chaoulli, fortement médiatisé, mais qui n'est pas le seul événement à avoir fait couler de l'encre, bien qu'il soit à juste titre considéré comme celui qui a initié une succession d'événements. Quelques lectures nous ont en effet permis d'établir que les acteurs réagissent, pour la plupart, à un des quatre événements suivants : le jugement Chaoulli, c'est-à-dire la décision de la Cour suprême du Canada à l'été 2005; la réponse du gouvernement québécois à ce verdict qui s'est manifesté par le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* au printemps 2006; le projet de loi 33 qui, après une brève consultation parlementaire, a été adopté par le gouvernement québécois sous le bâillon à l'automne 2006; et enfin le dépôt du rapport de la commission Castonguay sur le financement du système de santé québécois en février 2008. De notre première sélection relativement à un sujet plus précis émergent donc quatre groupes de documents, dont deux plus denses relativement aux deux événements qui ont été plus largement expliqués et interprétés : ceux réagissant à l'affaire Chaoulli et ceux, plus récents, répondant au rapport Castonguay. Après

[30] Les comparaisons que font certains acteurs entre le système de santé québécois et ses équivalents européens sont un des points les plus controversés du débat puisque, tout d'abord, on fait état de plusieurs chiffres contradictoires et qu'ensuite, on utilise ces données partiellement en omettant (volontairement ?) certaines informations très importantes. Par exemple, les pays européens sont régulièrement cités pour illustrer les avantages d'un système de santé mixte sans qu'on n'y mentionne les lois qui encadrent strictement la pratique privée et le fait que certains soins, tels les soins dentaires, sont couverts dans beaucoup de cas par l'assurance-publique. Cette réflexion a également précédé la formulation de notre seconde question de recherche.

avoir constaté l'ampleur des documents accessibles, nous avons tranché en faveur de ceux qui ont été produits autour du rapport Castonguay pour deux raisons.

Tout d'abord, il nous semble que le rapport Castonguay, de même que les différents commentaires et analyses qui se sont succédés depuis son dépôt, témoignent d'une volonté de rendre le débat accessible à un plus large public par l'utilisation d'un vocabulaire simplifié et de concepts bien définis. Certes, le dénouement de l'affaire Chaoulli se présente comme l'un des événements les plus marquants des dernières années, au Québec, dans le débat sur la privatisation des soins de santé. Celui-ci s'avère également être d'une importance considérable pour comprendre la position des groupes et associations qui l'utilisent largement comme point de départ de leur réflexion. Par contre, les documents produits à cette période sont plus confus à cause de la complexité du jugement qui se réfère à plusieurs lois et chartes. Cette confusion est également attribuable, à notre avis, à la nouveauté du sujet.

La seconde raison motivant notre choix est reliée à l'objectif de cette recherche qui est d'offrir à la LDL (Section de Québec) un outil lui permettant de comprendre les principaux enjeux relativement à ce débat afin qu'elle soit en mesure de défendre certaines idées ou positions. Lorsque le « choc médiatique » occasionné par le dépôt du rapport Castonguay s'estompera, il est fort probable que le gouvernement québécois propose une réponse aux recommandations du rapport. Pour la LDL (Section de Québec), une meilleure connaissance des idées avancées dans ce document, mais aussi des débats qu'il a provoqués, sera un précieux atout. Par conséquent, nous avons sélectionné les documents produits entre le 1er février 2008 et le 1er avril 2008 traitant du financement des soins de santé au Québec.

- **Qui : Acteurs politiques, professionnels, économiques et sociaux**

Depuis le début, de même que dans les questions de recherche, nous parlons d'acteurs sans jamais avoir précisé ce concept. Une définition a été nécessaire pour la sélection des documents à analyser. Parmi tous les documents disponibles, nous avons retenu seulement

ceux dont les auteurs sont des acteurs collectifs institutionnalisés ou des acteurs individuels représentant un collectif. Nous n'avons pas trouvé une définition satisfaisante du terme « acteur collectif ». Par contre, nous avons repéré un concept similaire, celui d'« action collective » que le sociologue Patrice Mann définit comme « une action commune visant à atteindre des fins partagées » (MANN, 2003, p.4). Par conséquent, l'expression « acteur collectif » est utilisée dans le cadre de notre étude dans un sens très large qu'on pourrait définir comme un ensemble structuré d'individus partageant une même idéologie, les opinions et les actions individuelles de chacun de ses membres étant orientés par et pour ce groupe. Nous avions repéré, après une première approche du corpus, plusieurs types d'acteurs collectifs que nous avons regroupés en quatre catégories : politiques, professionnels, économiques et sociaux. Si nous essayons de les définir simplement, un acteur politique est un groupe qui tente d'acquérir le pouvoir politique par le biais des élections (ex. : un parti politique), un acteur professionnel est un regroupement de personnes qui travaillent dans le milieu de la santé (ex. : association de médecins), un acteur économique est un groupe d'individus évoluant essentiellement dans la sphère économique (ex. : les entreprises) et un acteur social est celui dont les tâches sont prioritairement la représentation de ses membres et la défense de leurs intérêts (ex. : un syndicat). Bien entendu, plusieurs autres catégories d'acteurs pourraient être utilisées. En plus de ces acteurs collectifs, nous avons sélectionné les propos d'acteurs individuels associés à un groupe et ceux d'acteurs individuels possédant une forte crédibilité, comme un ancien politicien ou encore un membre reconnu de la communauté universitaire. Ces éléments, les deux grandes catégories d'acteurs et leurs divisions, forment des catégories et des sous-catégories dans les schémas de classification.

- **Comment ? : *Eureka.cc* et internet pour la recherche de documents**

Nous avons affirmé plus haut que tous les documents produits à la suite du dépôt du rapport Castonguay et qui traitent du financement des soins de santé pourront être utilisés, ce qui représente plusieurs centaines de documents et implique une charge de travail considérable. Cependant, il faut préciser que n'ont été retenus que les documents écrits

présentant un contenu substantiel, c'est-à-dire qu'ont été exclus les textes de quelques lignes à caractère informatif ne présentant pas suffisamment de matériel à analyser. Pour réunir les archives de journaux ou revues tels *Le Devoir*, *La Presse*, et *L'Actualité*, nous avons utilisé le moteur de recherche *Eureka.cc* (http://www.biblio.eureka.cc/) auquel nous avons eu accès à partir du serveur de la Bibliothèque de l'Université Laval et nous avons recherché sur Internet les documents officiels des groupes tels que les communiqués de presse et les mémoires qu'ils ont présentés à différentes commissions. Notre objectif était de constituer un corpus de données contenant au maximum une vingtaine de textes pertinents pour éviter les répétitions et le risque de s'éparpiller, tout en ayant suffisamment de documents pour représenter chacune des opinions. Pour ce faire, nous avons procédé à une lecture rapide de tous les documents pour pouvoir juger de leur pertinence dans le cadre de ce travail. C'est d'ailleurs la partie du travail qui a demandé le plus de temps et durant laquelle nous nous sommes heurtés à de nombreuses difficultés, car il s'est avéré difficile de trouver des documents « officiels ». La plupart du temps, l'information nous est transmise par des journalistes ou éditorialistes qui, en omettant certains détails jugés inutiles et en insistant sur les éléments plus « controversés », ne nous donnent pas une image juste du discours des acteurs. C'est pour cette raison que les textes de journalistes et ceux des gens « ordinaires » ont été exclus vu que le but de notre recherche n'était pas d'analyser des opinions individuelles qui, en plus de ne pas être appuyées sur une argumentation rigoureuse, montrent souvent une méconnaissance du sujet.

B. Analyse de contenu

L'analyse de contenu se définit, selon René L'Écuyer[31], comme « une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis » (L'ÉCUYER, 1987, p. 50). Il s'agit d'une définition assez sommaire, mais qui, dans le cadre de cette recherche, suffit pour bien comprendre comment nous procéderons. L'objet de l'analyse de contenu est le discours où se retrouvent les idéologies des acteurs c'est-

[31] René L'écuyer est professeur titulaire au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.

à-dire que l'analyse de contenu considère « les textes qu'elle étudie non comme des productions liées au seul système de la langue comme entité purement autonome, mais comme la manière qu'ont les énoncés de s'approprier des significations ou des symboliques sociales » (D. ROBERT, 1997, p. 8).

Précisons maintenant la spécificité de cette démarche et comment cette dernière s'inscrit dans cette recherche. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'analyse de contenu est une méthode visant à découvrir la signification d'un message étudié. Dans son texte, L'Écuyer établit d'abord la distinction entre le contenu manifeste et le contenu latent d'un message. Au contenu manifeste correspond le matériel brut que le chercheur souhaite analyser, c'est-à-dire ce qui a été dit ou écrit. D'un autre côté, le contenu latent d'une communication renvoie au sens voilé des mots ou des phrases. L'important alors est de chercher la signification réelle et profonde du message à travers ce qui n'est pas ouvertement exprimé dans le texte. L'analyse des données peut s'effectuer de deux façons différentes, l'une par la quantification des énoncés répartis dans différentes catégories, l'autre par la description des particularités des éléments regroupés en catégories. L'analyse quantitative se traduit par l'élaboration de tables de fréquences où les thèmes ou catégories dégagés du matériel utilisé sont analysés en fonction de leur fréquence ainsi que leur cooccurrence. Une utilisation de cette méthode n'était pas exclue *a priori* dans le cas de notre étude mais nous ne l'avons pas utilisé. Elle aurait notamment pu nous être utile pour vérifier, par exemple, quels sont les problèmes du système de santé les plus souvent évoqués et si ces préoccupations revêtent la même importance chez les défenseurs du système public et chez ceux favorables à la privatisation. Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes concentrés sur l'analyse qualitative qui consiste à « décrire les particularités spécifiques des différents éléments (mots, phrases, idées) regroupés dans chacune des catégories et qui se dégagent *en sus* des seules significations quantitatives » (L'ÉCUYER, 1987, p. 53).

1. Étapes de l'analyse de contenu et pré-analyse de quatre textes

Dans cette partie, nous présentons les étapes de l'analyse de contenu et expliquons la manière dont elle a été mise en œuvre dans notre recherche à partir de la pré-analyse de quatre textes que nous avons réalisée pour le dépôt de notre rapport préliminaire.

➢ Étape 1 : Lectures préliminaires et établissement d'une liste de grands thèmes

Dans un premier temps, le chercheur doit accomplir un bon nombre de lectures préliminaires dans l'espoir d'appréhender certaines particularités communes à plusieurs textes. Ces éléments constitueront les thèmes généraux du schéma de classification. Cette première étape, qui permet de dégager quelques idées plus générales qui orienteront l'analyse subséquente, s'est amorcée dès le début de cette recherche lors de l'étape de la recherche documentaire. Dans le cadre de notre pré-analyse, l'information recueillie, en plus de celle amassée par les nombreuses lectures effectuées sur le sujet depuis le début de cette recherche, a permis de préciser quatre grands thèmes qui ont servi à l'analyse des documents. Deux schémas de classification ont été élaborés, l'un pour l'analyse des discours plus favorables à la privatisation (annexe 1) et l'autre des discours contre cette option (annexe 2). La décision d'avoir recours à deux schémas plutôt qu'à un seul s'appuie sur deux arguments. D'une part, il nous semblait que l'utilisation de deux systèmes de classification rend la comparaison entre les deux idéologies plus facile à opérer. D'autre part, nous avons réalisé que certaines catégories diffèrent entre ces deux opinions puisque, la plupart du temps, les acteurs réclamant une plus grande privatisation des soins de santé sont en position offensive, et c'est pourquoi ils se déclarent progressistes, tandis que ceux désirant conserver un système entièrement public sont plutôt sur la défensive, ripostant aux attaques du camp adverse qui les taxe de réactionnaires et de passéistes. Cependant, après avoir commencé la constitution de notre véritable corpus, nous avons délaissé ces deux schémas de classification parce que nous avons observé que les positions des acteurs sont très nuancées. Nous avons néanmoins laissé ces deux schémas en annexe puisque nous avons utilisé les autres éléments. Du côté des acteurs favorables à la

privatisation, les thèmes sont : **les types d'acteurs, les problèmes du système de santé qu'ils ont soulevés, les propositions suggérées pour résoudre ces problèmes et l'argumentation sur laquelle reposent leurs recommandations**. De l'autre côté, chez les acteurs favorables au maintien d'un système public, les thèmes sont : **les types d'acteurs, les arguments avancés contre la privatisation, les problèmes signalés du système de santé et leurs propositions**. Ces huit éléments apparaissent dans la première colonne de chaque schéma (*voir annexes 1 et 2*).

- **Étape 2 : Choix des unités de classification**

La deuxième étape consiste à sélectionner et définir les unités de classification, c'est-à-dire qu'il s'agit de déterminer comment sera fragmenté le matériel à étudier. Ces énoncés plus restreints (mots, phrases) servent à la codification ultérieure. Ces unités doivent être bien délimitées en évitant de les décontextualiser. En effet, loin d'être de simples expressions grammaticales, il est préférable que celles-ci soient situées dans leur contexte particulier, ce qui leur confère une signification spécifique. Nous avons préféré utiliser des groupes de phrases comme unité de classification pour notre analyse. Étant donné qu'un petit ensemble de phrases peut néanmoins contenir plusieurs idées, nous avons parfois classé chaque unité dans plusieurs catégories différentes.

- **Étape 3 : Processus de catégorisation et de classification**

La troisième étape, celle du processus de catégorisation et de classification, est « la phase de réorganisation du matériel par laquelle sont regroupés en catégories ou thèmes plus larges, sous un titre générique, tous les énoncés dont le sens se ressemble pour en arriver à mettre davantage en évidence les caractéristiques du phénomène ou du document analysé » (L'ÉCUYER, 1987, p. 56). C'est l'étape la plus importante de l'analyse de contenu que nous pouvons mener à terme selon trois modèles différents : le modèle ouvert, le modèle fermé ou le modèle mixte. Dans un modèle ouvert, il n'existe pas de catégories pré-définies au départ tandis qu'à l'inverse, dans un modèle fermé, les catégories sont toutes préalablement déterminées par

le chercheur. Le modèle mixte est celui qui, pour cette recherche, offrait la plus grande flexibilité. En effet, certaines catégories sont formulées au départ par le chercheur (thèmes, catégories et sous-catégories résultant d'une pré-analyse), mais ces dernières ne sont pas immuables et peuvent conséquemment être modifiées, voire rejetées au profit de nouvelles plus fidèles aux contenus analysés.

Deux textes en faveur de la privatisation des soins de santé ainsi que deux autres contestant cette option ont été étudiés en détail pour l'élaboration des deux schémas de classification[32]. L'analyse préliminaire de ces quatre textes a permis d'établir une liste de catégories qui a servi comme point de départ dans l'analyse finale. Après avoir regroupé les énoncés dans des catégories et sous-catégories, l'opération suivante consiste ensuite à réduire l'ensemble des catégories à un nombre plus restreint en s'assurant qu'elles sont mutuellement exclusives par l'élimination de celles qui sont redondantes. Cela correspond à une remise en question de la pertinence des catégories qui ont été développées jusqu'alors dans le but de les raffiner. Il s'ensuit logiquement que les noms des catégories ainsi que leur définition doivent être précisés de manière à assurer une différenciation claire entre elles. Sur les schémas, ces catégories se retrouvent sous la deuxième et la troisième colonne qui sont « Catégories » et « Sous-catégories » (*voir annexes 1 et 2*). Puisque nous avons décidé d'utiliser un modèle de catégorisation mixte, ces catégories, en plus des thèmes, sont préexistantes à l'analyse sans toutefois être définitives. Selon André D. Robert et Annick Bouillaguet, deux professeurs d'université, « l'opération centrale tient dans l'élaboration d'une grille de catégories. Il s'agit en effet d'enregistrer tous les éléments du *corpus* pertinent afin de les classer par thèmes ou catégories thématiques, souvent en vue d'établir des pourcentages et de procéder à des comparaisons significatives entre les différents documents-supports » (ROBERT et BOUILLAGUET, 1997, p. 27).

[32] Les quatre documents ont été sélectionnés en fonction de la densité et de la pertinence de leur contenu, de sorte que nous avons pu élaborer des schémas de classification plus complets. Dans le cadre d'une pré-analyse, nous jugeons que l'analyse de seulement quatre discours était suffisante pour avoir une image approximative de ce à quoi ressemblerait l'analyse de contenu finale. Les références de ces quatre textes apparaissent dans le coin supérieur droit de chaque annexe.

Une fois la grille d'analyse complétée, on peut alors opérer une classification finale de tous les énoncés (unités de classification). Cette dernière étape est représentée dans nos schémas de classification par la dernière colonne dans laquelle nous avons classé, en guise d'exemple, quelques unités issues des textes choisis. Par exemple, dans l'annexe 2 (discours contre la privatisation) nous avons placé dans la sous-catégorie « 2. Restrictions selon l'âge ou l'état de santé », qui a trait aux arguments avancés contre la privatisation par rapport aux assurances, une affirmation de la CSN : « Plus les assureurs seront impliqués dans le financement des services de santé plus ils voudront ajouter des restrictions et des contrôles. En raison de l'âge ou de maladies préexistantes, ce n'est pas tout le monde qui serait assurable » (*voir annexe 2*). L'objectif de l'analyse de contenu est donc de classer tous les éléments des discours dans une grille de classification pour pouvoir les interpréter plus systématiquement.

2. Exigences relatives aux catégories

L'Écuyer précise également à quelles exigences doivent répondre les catégories, la validité de l'analyse de contenu reposant essentiellement sur celles-ci. Tout d'abord, les catégories doivent pouvoir recueillir tous les éléments du matériel analysé en plus d'être à la fois cohérentes et en nombre restreint. Ensuite, elles doivent être pertinentes, objectives et clairement définies, c'est-à-dire que les critères de discrimination des catégories ont à être clairs et sans ambiguïtés. Enfin, les catégories ne doivent réunir que des éléments possédant un même sens.

VII. RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION

Cette section se découpe en trois parties. Dans la première partie, nous présentons un portrait global du débat actuel sur la privatisation du financement des soins de santé au Québec en examinant les principaux acteurs qui y participent et leurs discours. Cette partie répond à notre première question de recherche générale qui était : ***Qui sont les principaux acteurs participant au débat sur la privatisation du financement des soins de santé au Québec et quel est leur discours ?*** Dans la présentation des discours, nous portons une attention particulière au point de vue formulé concernant l'accès aux soins, ce qui correspond à notre deuxième question de recherche : ***Quelle place est accordée au principe d'accessibilité dans ces discours ?*** Ensuite, dans la seconde partie, nous comparons les discours des différents acteurs, les types d'arguments utilisés et de leur conception de l'accès aux soins. Enfin, dans la troisième partie nous faisons un retour sur nos deux hypothèses.

A. Portrait du débat sur la privatisation des soins de santé

Les principaux acteurs s'étant manifestés à la suite du dépôt du rapport Castonguay ont été regroupés en quatre catégories (types d'acteurs) : acteurs politiques, acteurs professionnels, acteurs économiques et acteurs sociaux dans le but, premièrement, d'obtenir une image globale du débat, et ensuite pour faciliter l'examen des nuances et variations entre les discours d'acteurs appartenant à une même catégorie. Aussi, nous avons observé qu'il ne s'agit pas d'un débat opposant des partisans d'une privatisation intégrale du système de santé québécois à des partisans d'un système de santé public préférant le statu quo et qu'il semble exister autant de positions par rapport à ce phénomène que d'acteurs prenant position. Par exemple, certains acteurs sont en faveur de la pratique médicale mixte mais contre l'instauration d'une franchise ou vice-versa. C'est pour cette raison que nous avons préféré ne pas diviser arbitrairement notre corpus en deux groupes (pro et contre la privatisation), ce qui traduirait mal la réalité, mais de les analyser par groupe d'acteurs. Nous n'avons donc pas utilisé nos deux schémas de

classification que nous avions élaborés lors de l'analyse préliminaire. Nous avons seulement eu recours aux thèmes et catégories pour classer notre corpus.

1. Acteurs politiques

Lorsque nous avons réalisé la collecte de données, nous nous sommes heurtés à quelques difficultés relativement à la répartition des acteurs dans nos schémas de classification. Comme nous l'avons précisé dans la précédente section, le terme « acteur politique », dans le cadre de cette recherche, fait essentiellement référence aux partis politiques provinciaux. Par ailleurs, nous avons constaté que les frontières de la sphère politique, en particulier lorsqu'il s'agit d'un sujet aussi brûlant que la privatisation des soins santé, sont fréquemment traversées par les autres types d'acteurs. Plus précisément, nous pourrions même affirmer que d'une manière ou d'une autre, tous les acteurs s'étant prononcés sur le rapport Castonguay participent à la vie politique de la société québécoise, ce qui leur assure par la même occasion l'attention médiatique nécessaire à la diffusion de leur message.

Il est néanmoins possible de diviser les acteurs politiques en deux groupes. D'un côté, il y a ceux qui peuvent espérer obtenir le pouvoir et modifier les lois et de l'autre, ceux qui essaient d'influencer les acteurs de ce groupe dans ses décisions. Parmi les principaux partis politiques provinciaux[33], qui sont au nombre de 4, il y a celui qui détient présentement le pouvoir, le Parti libéral du Québec (PLQ), le parti de l'opposition officielle, l'Action démocratique du Québec

[33] Cette recherche ne se concentre que sur les réactions d'acteurs politiques provinciaux au rapport Castonguay. Cependant, le gouvernement québécois avait aussi demandé au groupe de travail d'examiner la LCS et de proposer des ajustements. C'est ce qui explique que les principaux acteurs politiques canadiens ont également commenté les conclusions du rapport, en particulier celles recommandant des modifications substantielles à la LCS pour permettre une tarification des services via l'instauration d'un ticket modérateur ou de frais supplémentaires pour avoir accès à un médecin. Selon un article de Raymond Giroux paru dans *Le Soleil* (mercredi 20 février 2008), tous les partis fédéraux ont, après le dépôt du rapport, réaffirmé leur appui aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* en soulignant qu'aucun débat sur la modification de la loi n'est prévu au cours des prochains mois à Ottawa (GIROUX, 2008). Cette prudence est facile à comprendre vu l'accueil plutôt tiède qu'a reçu le rapport à Québec. Une députée du Bloc québécois a même affirmé aux journalistes que les recommandations du rapport « devront d'abord obtenir l'aval […] de l'Assemblée nationale avant de se retrouver au menu des députés fédéraux » (GIROUX, 2008).

(ADQ), ainsi que le Parti québécois (PQ) et Québec solidaire (QS). En grossissant le trait, le débat sur la privatisation des soins de santé au Québec, après la parution du rapport Castonguay, se résume à un échange entre le parti au pouvoir et l'opposition officielle, puis dans une moindre mesure, avec les deux autres partis d'opposition. Les acteurs politiques sont ceux qui ont majoritairement occupé l'espace médiatique, cette constatation représentant une des limites de notre recherche.

- **Parti libéral du Québec (PLQ)**

Exposer de manière précise l'opinion du Parti libéral du Québec sur les recommandations du rapport Castonguay est assez ardu. Premièrement, il n'est pas facile de distinguer clairement la position du parti de la position officielle et grandement nuancée du gouvernement. Étant donné que le PLQ est aux commandes d'un gouvernement minoritaire, une maladresse causée par une réaction trop vive ou une prise de position controversée pourrait provoquer la grogne des électeurs et des autres partis d'opposition et ainsi précipiter le déclenchement d'élections. En ce sens, le site internet du parti ne fournit aucun communiqué de presse sur le sujet ; l'information se retrouve essentiellement sur le site du gouvernement du Québec sous la forme de « communiqués officiels ». Le PLQ tient donc un discours très modéré et il utilise des phrases neutres, où la position du parti n'est pas explicite, telles que : « Le gouvernement est favorable à un apport du secteur privé lorsque ce dernier se met au service de l'intérêt des citoyens et du réseau public » (QUÉBEC, 2008). Ensuite, la seconde difficulté est attribuable à la confusion générale, imputable essentiellement aux médias, provoquée par les propos du ministre Philippe Couillard formulés quelques heures après le dépôt du rapport alors qu'il annonçait que le gouvernement ne pourrait pas donner suite à certaines recommandations, qui auraient comme conséquences d'augmenter le fardeau fiscal des Québécois. Les déclarations du ministre ont été maintes fois déformées et se sont retrouvées à la une de la plupart des médias dans les jours suivants[34]. Nous avons cependant repéré deux

[34] On a affirmé, à tort, que le gouvernement québécois rejetait d'emblée l'ensemble des propositions du rapport Castonguay alors qu'en réalité, seules les propositions nécessitant la modification des lois et une augmentation des frais pour les usagers n'ont pas été retenues.

documents qui contiennent l'information pertinente dont nous avions besoin pour esquisser un portrait de la réaction du PLQ au rapport Castonguay.

Le 26 février 2008, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard a publié dans de nombreux journaux un texte pour clarifier la position du gouvernement sur les conclusions du groupe de travail présidé par Claude Castonguay (COUILLARD, 2008, p. A23). Premièrement, la position de ce parti s'organise autour de deux types de problèmes qui, selon lui, affaiblissent le système de santé québécois : la hausse incontrôlable des dépenses gouvernementales, liées à la santé, et l'accès aux soins, fragilisé par les temps d'attente. Le second thème, l'effet des temps d'attente sur l'accès aux soins de santé, est mentionné, mais peu discuté, M. Couillard considérant que d'énormes progrès ont été réalisés par le gouvernement depuis l'adoption de la loi 33. Il note que le problème n'est pas encore tout à fait réglé, mais qu'il y a eu suffisamment d'améliorations pour que l'on puisse passer à autre chose. « Le ministre confirme [donc] que le gouvernement ne donnera pas suite à la recommandation qui concerne l'élargissement immédiat de l'assurance privée duplicative à d'autres types de chirurgies que celles de la hanche, du genou ou de la cataracte » (QUÉBEC, 2008). Lors du jugement Chaoulli, on s'inquiétait des temps d'attente qui diminuaient l'accès aux soins pour les personnes ayant les moyens de se procurer une assurance privée, alors que les discussions suivant le rapport Castonguay traitent plutôt des moyens d'augmenter le financement global du système de santé, en minimisant le plus possible les conséquences sur l'accès aux soins pour les individus moins fortunés. Nous ne savons pas si ce changement radical s'explique par la situation minoritaire du parti à l'Assemblée nationale.

Pour ce qui est du premier problème mentionné, le PLQ, d'une part, approuve les propositions du rapport Castonguay qui conseillent une réorganisation de l'administration du réseau, et d'autre part, repousse celles qui augmenteraient l'endettement des Québécois, ce qui pourrait entraîner, selon lui, un ralentissement de l'économie et une baisse significative des revenus de l'État servant au financement du système de santé. De plus, certaines idées contenues dans le rapport seraient en parfaite contradiction avec le désir du PLQ de réduire

davantage les impôts directs. Le PLQ s'oppose donc à une augmentation de la taxe de vente du Québec (TVQ) et à l'imposition d'un ticket modérateur. Ainsi, « le ministre a précisé que le gouvernement privilégie l'augmentation de la productivité afin de relever le défi du financement de la santé et des services sociaux au Québec. Préférable aux différents prélèvements qui viendraient augmenter le fardeau fiscal des Québécois, la hausse de la productivité peut […] dégager certaines marges de manœuvre permettant au gouvernement de tendre vers l'objectif de réduction de l'écart entre la croissance des dépenses de santé et la croissance réelle de l'économie » (QUÉBEC, 2008). L'objectif n'est pas de réduire le budget alloué présentement à la santé, mais plutôt de freiner son augmentation, et le fait de confier la gestion des hôpitaux ou des centres de santé à des entreprises privées ne représente pas une privatisation du financement des soins de santé. Le PLQ n'est pas non plus favorable à la mixité de la pratique médicale dans un avenir rapproché tant que la province ne disposera pas de ressources en quantité suffisante pour assurer un accès aux médecins dans l'ensemble des régions du Québec. Quant à l'instauration d'une franchise liée à la consommation de soins de santé et au revenu familial, la position du ministre demeure vague, prétextant qu'une analyse plus poussée est nécessaire.

- **Action démocratique du Québec (ADQ)**

Le parti de l'opposition officielle a rapidement réagi au dépôt du rapport Castonguay, dont plusieurs des propositions coïncident avec son désir, maintes fois annoncé, d'augmenter la place occupée par le privé dans le système de santé québécois. L'ADQ, pour de nombreux observateurs, a clairement été la plus enthousiaste des formations politiques à l'égard du rapport. D'une part, l'ADQ s'est prononcé contre une hausse de la TVQ, affirmant qu'elle ne croit pas que « l'imposition de nouvelles taxes aux Québécois soit la solution » (ADQ, *Pratique mixte…*, 2008), considérant plutôt qu'il est préférable d'améliorer d'abord la productivité du système. D'un autre côté, l'ADQ s'est montré favorable à l'instauration d'un ticket

modérateur[35], à condition toutefois que les usagers puissent choisir entre le public et le privé. L'augmentation de l'offre de soins aux Québécois nécessite d'abord la modification de la loi québécoise pour permettre la pratique médicale mixte et l'élargissement de l'assurance privée à d'autres chirurgies que celles permises par la loi 33, deux mesures contenues dans le rapport Castonguay. L'ADQ insiste sur l'accessibilité aux soins, mais en particulier pour ceux qui sont capables de payer. « Il faut d'abord penser au patient en instaurant un vrai système de santé mixte où les Québécois auront davantage de soins grâce à l'ajout de services privés » (ADQ, *Pratique mixte…*, 2008).

Le discours de l'ADQ, après avoir réagi aux recommandations du groupe de travail, s'emploie à critiquer vivement la position du PLQ affirmant même que la pénurie de médecins ne justifie pas la décision de ce parti d'écarter la possibilité de la pratique médicale mixte. Il signale l'incohérence du discours de Philippe Couillard qui explique les temps d'attente par une pénurie de médecins alors qu'il refuse de les laisser travailler davantage en les empêchant de pratiquer à la fois dans le privé et le public.

- **Parti québécois (PQ)**

« Nous ne croyons pas qu'il faille élargir la place du privé d'autant que l'accroissement constant de la proportion du privé au cours des dernières années n'est pas venu résoudre les problèmes de notre système de santé » (DRAINVILLE, 2008, p. A6). Voilà comment le porte-parole du Parti québécois en matière de santé, Bernard Drainville, résume la position du Parti québécois dans un texte paru le 3 mars 2008 dans la rubrique « Idées » du journal *Le Devoir*. En réponse au rapport Castonguay, le PQ rejette d'emblée l'élargissement de l'assurance privée et la mixité de la pratique médicale. « Cela reviendrait selon nous à siphonner les ressources des établissements publics pour les détourner vers le privé. Un raccourci, réservé à quelques privilégiés, serait ainsi ouvert, alors que l'attente ne diminuerait pas pour l'ensemble des

[35] Alors que le rapport parle de « franchise », l'ADQ a clairement montré qu'il s'agit en fait d'un ticket modérateur et qu'il est important d'utiliser le terme exact afin d'éviter de brouiller davantage le débat.

usagers » (DRAINVILLE, 2008, p. A6). Le PQ est néanmoins d'accord avec les propositions du rapport concernant l'amélioration de la productivité afin de rendre le système plus efficace, concédant que le statu quo n'est pas une option réaliste.

- **Québec solidaire (QS)**

Finalement, la formation de gauche Québec solidaire, contrairement à ce à quoi nous nous serions attendu, s'est peu manifestée après le dépôt du rapport Castonguay, alors qu'elle a occupé la tribune médiatique l'automne dernier en appuyant la campagne de sensibilisation menée par les syndicats et en commentant les deux sommets sur la santé qui se sont tenus au Québec à cette période. Elle s'était également donné comme mission de surveiller de près les travaux du groupe de travail dirigé par M. Castonguay. Nous supposons que ce récent manque de visibilité est attribuable à la grande place qu'ont occupée dans les médias le PLQ et l'ADQ, qui ont échangé entre eux sans égards aux autres acteurs politiques, jugés incapables de remporter des élections dans un avenir rapproché. Toutefois, dans un communiqué de presse publié sur son site internet, QS est apparue très sceptique face aux conclusions du rapport. Dans un court texte, cette formation politique s'est appliquée à démonter certaines idées véhiculées dans le rapport. D'abord, elle affirme que le principal problème du système de santé n'est pas la hausse des coûts, mais plutôt l'accès aux soins. Pour appuyer ses idées, elle montre qu'il est faux d'affirmer que les dépenses en santé ont augmenté plus rapidement que l'économie. « C'est complètement faux : sur 30 ans, les dépenses en santé ont augmenté de 6 %, alors que le PIB a crû de 10 %. Si augmentation il y a, il faut regarder du côté des dépenses de santé privées, qui elles ont explosé de près de 10 % » (QUÉBEC SOLIDAIRE, 2008). Toujours selon cet acteur, l'État québécois a les moyens de maintenir son système de santé public en limitant la participation du privé par la récupération de l'argent accordé en réductions d'impôt et les points de TPS.

QS ne se limite pas aux recommandations du rapport et propose quelques solutions aux difficultés d'accès. Ce parti suggère d'augmenter les services de maintien à domicile afin d'éviter les hospitalisations, d'accroître les places en CHSLD pour désengorger les lits d'hôpitaux occupés par des personnes âgées et de consacrer une partie du budget à la prévention. Il affirme que l'augmentation du nombre de malades est une illusion car de nombreuses études ont démontré qu'il est possible de réduire les maladies en réduisant la pollution et en combattant la pauvreté. Pour QS, les propositions du rapport représentent « le début d'un système parallèle où les mieux 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 » (CHOUINARD, 2008, p. 2).

Le tableau à la page suivante réunit tous les éléments importants contenus dans les discours des principaux acteurs politiques afin d'obtenir une image globale.

Tableau 2 Positions des acteurs politiques

Parti libéral du Québec (PLQ)

- **Franchise**

  Le PLQ ne s'oppose pas à l'idée de la franchise et est ouvert au dialogue avec les autres partis. Il a également précisé que des études plus précises devront être réalisées.

- **Assurances privées**

  L'élargissement immédiat de l'assurance privée duplicative à d'autres types de chirurgies n'est pas nécessaire.

- **Mixité de la pratique médicale**

  Étant donné le manque de médecins, le décloisonnement de la pratique médicale n'est pas envisageable dans un avenir rapproché en supposant que cette option encourageait les médecins à pratiquer davantage au privé, au détriment du système public.

- **Problème du système de santé québécois**

  La hausse des coûts et dans une moindre mesure, l'accès aux soins.

- **Accessibilité**

  L'objectif du PLQ est de freiner l'augmentation des dépenses en santé tout en privilégiant l'accroissement de la productivité du système plutôt que de transférer une partie des coûts aux usagers.

Action démocratique du Québec (ADQ)

- **Franchise**

  L'ADQ est favorable à l'instauration d'une franchise conditionnellement à l'augmentation de l'offre de soins par le secteur privé et à la possibilité pour les usagers de choisir de se faire soigner au public ou au privé. La plupart des recommandations du rapport Castonguay ont été prônées par l'ADQ pendant plusieurs années.

- **Assurances privées**

  La possibilité de contracter une assurance privée pour des soins couverts par le régime public devrait être étendue à d'autres types de chirurgies que celles permises par la loi 33 afin d'accroître l'offre de soins.

- **Mixité de la pratique médicale**

  La pratique médicale mixte, qui autoriserait les médecins à exercer au privé après avoir atteint un seuil minimal de pratique dans le public sans se désaffilier de la Régie de l'assurance-maladie, est nécessaire afin de développer un système de santé mixte et offrir davantage de soins grâce à l'ajout de service privé. Cette proposition représente la solution aux listes d'attente en offrant aux médecins la possibilité de réaliser plus d'actes médicaux que présentement.

- **Problème du système de santé québécois**

  L'accès aux soins.

- **Accessibilité**

  L'ADQ est davantage préoccupé par le problème que posent les listes d'attente concernant l'accès aux soins pour les usagers qui auraient les moyens de se procurer une assurance privée.

Parti québécois (PQ)

- **Franchise**

  Le PQ désapprouve l'idée d'une franchise ou toute autre forme de ticket modérateur qui représente une forme de taxation indirecte par laquelle ce sont majoritairement les classes moyennes et inférieures qui seront pénalisées.

- **Assurances privées**

  Étendre à d'autres types de chirurgies la possibilité de contracter une assurance privée n'est pas souhaitable dans la mesure où l'accroissement constant de la place occupée par le privé dans le système de santé ces dernières années n'a pas résolu les problèmes.

- **Mixité de la pratique médicale**

  Le PQ s'oppose à la pratique médicale mixte.

- **Problème du système de santé québécois**

  L'accès aux soins et le financement.

- **Accessibilité**

  L'accès aux soins pour tous les usagers du système de santé ne passe pas par la création d'un système parallèle réservé à quelques privilégiés qui siphonnerait les ressources des établissements publics.

Québec solidaire (QS)

- **Franchise**

  Toute forme de franchise ou de cotisation pénalise principalement la classe moyenne et son accès aux soins.

- **Assurances privées**

  Le contrôle des coûts passe par une diminution progressive de la part du privé. Il importe donc de réduire l'offre disponible dans le privé.

- **Mixité de la pratique médicale**

  QS affirme que la mixité de la pratique médicale n'est pas une option sérieuse dans la mesure où il y a au Québec une pénurie de médecins et d'infirmières, ces dernières étant fortement attirées, depuis quelques années, par le privé. Permettre aux médecins de travailler également dans le privé sans devoir se désaffilier du public accentuerait les départs d'infirmières du réseau public.

- **Problème du système de santé québécois**

  L'accès aux soins.

- **Accessibilité**

  QS est grandement préoccupé par l'accès aux soins pour les personnes défavorisées.

Ce tableau montre la grande variété de points de vue des acteurs politiques. La répartition des opinions et idées correspond, dans la plupart des cas, à l'orientation idéologique du parti politique. Bien que nous reconnaissons que la dichotomie gauche-droite est grandement critiquée par de nombreux auteurs, nous observons que l'ADQ, généralement considéré comme un acteur à droite, est le parti qui propose les changements les plus radicaux et celui qui accueille avec le plus d'enthousiasme les recommandations du rapport. Plus modérés sont le PLQ suivi par le PQ et enfin QS, dont les positions sont aux antipodes de celles de l'ADQ. Nous notons plusieurs divergences entre les acteurs, tant à propos des problèmes constatés que sur la conception de l'accessibilité. La hausse des coûts constitue un problème urgent pour le PLQ et le PQ alors que l'ADQ n'y prête pas attention et que QS considère cette hausse comme une illusion. Cette préoccupation concernant l'augmentation de la part des dépenses en santé dans le budget de l'État est commune aux deux seuls partis qui ont déjà gouverné le Québec et qui ont une meilleure connaissance des finances de la province. Concernant l'accessibilité, l'ADQ est la seule formation politique préoccupée par l'accès aux soins pour les personnes ayant les moyens d'avoir une assurance privée. À l'exception du PLQ qui considère que la loi 33 a réglé de nombreux problèmes, les deux autres acteurs remettent en question la pertinence d'un système de santé privé parallèle et ses conséquences sur l'accès aux soins pour les personnes défavorisées. Aussi, nous constatons, dans les documents que nous avons analysés, que seul QS a essayé de se distancer du rapport en avançant de nouvelles propositions. Le seul point commun à ces quatre acteurs politiques se retrouve dans leur appui aux recommandations du rapport concernant les mesures visant à accroître l'efficacité du système par une réorganisation des services et de l'administration. En ce qui concerne les trois autres types d'acteurs, professionnels, économiques et sociaux, ils se sont manifestés mais beaucoup plus discrètement que les acteurs politiques.

2. Acteurs professionnels

Ce second groupe est composé par les organisations regroupant les professionnels de la santé qui sont directement touchés par les recommandations du rapport Castonguay : la

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)[36] et le Collège des médecins du Québec (CMQ)[37]. Nous avons établi une différence entre, d'une part, les groupes constitués exclusivement de médecins et les autres types d'organisations syndicales, par exemple la CSN, qui défendent les intérêts de plusieurs groupes de travailleurs. Nous avons préféré classer ces dernières dans la catégorie « acteurs sociaux ». Il existe de nombreux regroupements de professionnels œuvrant dans le domaine de la santé et nous avons remarqué qu'ils partagent tous des positions semblables sur le financement des soins de santé et la place qu'il est souhaitable d'accorder au secteur privé. Concernant le rapport Castonguay, ils se sont surtout manifestés en faveur de la franchise. Vu l'importance que ces organisation accordent à la médecine de première ligne, elles sont favorables au droit des cliniques de santé de percevoir une cotisation annuelle pour « faire en sorte que tous les Québécois puissent avoir accès à un médecin de famille » (FMOQ, 2008). Concernant la pratique médicale mixte, permettre à un médecin de pratiquer dans le secteur privé après avoir complété un certain nombre d'heures dans le réseau public est envisageable dans la mesure où les effectifs médicaux pourront d'abord répondre aux demandes du système public. En raison de la pénurie actuelle, cette mesure n'est pas souhaitable à court terme. Le tableau qui suit présente une synthèse des positions des différents acteurs professionnels.

[36] La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) est un syndicat professionnel regroupant tous les médecins omnipraticiens du Québec et veillant à protéger les intérêts professionnels et scientifiques de ses membres.

[37] Le Collège des médecins du Québec (CMQ) est l'ordre professionnel des médecins québécois. Sa mission est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger la population et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois.

Tableau 3 Positions des acteurs professionnels

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

- **Franchise**

  Vu l'importance que cette organisation accorde à la médecine de première ligne, la FMOQ est favorable au droit des cliniques de santé de percevoir une cotisation annuelle visant un double objectif : susciter un engagement entre le citoyen et son médecin de famille et assurer le maintien et développement des cabinets médicaux.

- **Assurances privées**

  Aucune position n'est exprimée sur l'élargissement de l'assurance privée à d'autres types de chirurgies ou soins.

- **Mixité de la pratique médicale**

  Permettre à un médecin de pratiquer dans le secteur privé après avoir complété un certain nombre d'heures dans le réseau public est envisageable dans la mesure où les effectifs médicaux pourront d'abord répondre aux demandes du système public. En raison de la pénurie actuelle, cette mesure n'est pas souhaitable à court terme.

- **Problème du système de santé québécois**

  L'accès aux soins de première ligne (médecin de famille).

- **Accessibilité**

  L'objectif de la FMOQ est que tous les Québécois, sans égard à leur revenu, puissent avoir accès à un médecin de famille. Selon cet acteur, les cabinets de médecins de famille assurent près de 80 % des soins de première ligne, mais demeurent en situation précaire ce qui nuit à l'accès aux soins.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

- **Franchise**

  Le CMQ insiste pour donner la priorité aux services de première ligne en favorisant le modèle des coopératives de santé où les patients doivent payer une contribution annuelle déductible d'impôts. En plus de la contribution annuelle, la mise en place d'une franchise annuelle selon le revenu et l'utilisation du système est souhaitable.

- **Assurances privées**

  Aucune position n'est exprimée sur l'élargissement de l'assurance privée à d'autres types de chirurgies.

- **Mixité de la pratique médicale**

  Le CMQ ne se prononce pas ouvertement sur la pratique médicale mixte, mais assure qu'il demeure vigilant.

- **Problème du système de santé québécois**

  L'accès aux soins et le financement du système de santé à long terme.

- **Accessibilité**

  Bien que l'accès aux soins y soit mentionné comme un problème, l'expression n'est pas utilisée ailleurs dans le discours.

3. Acteurs économiques

Dans cette section, nous allons présenter quatre acteurs économiques, que nous pouvons regrouper en trois types. Le premier est formé par le Conseil du Patronat de Québec (CPQ)[38] et la Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ)[39], qui représentent les intérêts des entreprises. Lors de la constitution de notre corpus, nous avons repéré peu de textes écrits par des acteurs scientifiques à analyser à l'aide d'une analyse de contenu. Nous avons repéré un acteur plus actif que les autres, que nous avons décidé de classer avec les acteurs économiques étant donné l'objectif de ses recherches : l'Institut économique de Montréal (IDEM), qui est un organisme de recherche économique sans but lucratif établi à Montréal. Cet acteur a notamment produit de nombreux documents autour du jugement Chaoulli. Quant au rapport Castonguay, il n'a publié aucun communiqué de presse sur le sujet, mais certains de ses membres ont exprimé la position du groupe dans des journaux. C'est le cas de Nathalie Elgrably dans le *Journal de Montréal* et de Marcel Boyer dans le *Devoir*. En somme, ces deux documents nous permettent de décrire la position de l'IDEM qui n'est pas en accord avec tous les points du rapport Castonguay. Dans un premier temps, il croit que l'injection de fonds supplémentaires dans le système par l'instauration d'une franchise et par l'augmentation d'un point de la TVQ ne résout en rien le problème de l'augmentation des dépenses et ne permet pas de diminuer les temps d'attente, éléments qui sont beaucoup plus préoccupants que la hausse des coûts. Madame Elgrably pose la question suivante : « Qu'attendons-nous pour réaliser que le régime public est un panier percé, et que l'injection de fonds supplémentaires n'accroît pas son efficacité ? » (ELGRABLY, 2008). Les deux économistes sont d'avis que le système doit revoir sa gouvernance afin de maximiser son efficacité, mais il propose également que la RAMQ rembourse tous les établissements, publics et privés, au même niveau pour tous

[38] Le Conseil du patronat du Québec (CPQ) est la principale confédération patronale au Québec et regroupe plusieurs des plus grandes entreprises du Québec.

[39] La Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ) est un réseau de 162 chambres de commerce exerçant leurs activités dans tous les secteurs de l'économie et sur tout l'ensemble du territoire québécois.

les soins assurés donnés à la population afin d'établir une concurrence positive entre les deux systèmes.

Ces trois acteurs économiques ont des positions qui se ressemblent fortement au sujet de la franchise, de la mixité et de l'élargissement de l'assurance privée à d'autres types de soins. Ces organisations se soucient davantage de la hausse des coûts reliés à la santé et beaucoup moins de l'accès aux soins. La FCCQ en glisse quelques mots en précisant que les temps d'attente font perdre beaucoup d'argent aux entreprises dont les employés sont forcés de s'absenter plusieurs journées. « En effet, une étude commanditée par la FCCQ évalue à 90 M$ le coût, à l'échelle du Québec, pour les employeurs, d'une journée d'absence passée dans le système de santé en termes de production perdue. Un coût actuellement supporté par les entreprises québécoises et pour lequel personne ne tire de bénéfices » (FCCQ, 2008).

La grande majorité des acteurs dont nous avons analysé le discours dans le cadre de cette recherche réagissent au rapport en se limitant à manifester leur accord ou désaccord quant aux propositions contenues dans le document, mais n'essaient pas de les dépasser. Dans ce contexte, le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM)[40] fait preuve de beaucoup d'originalité dans le débat, en apportant de nouvelles solutions. En somme, le CQCM s'est prononcé seulement sur un point précis du rapport, la franchise, qu'il préfère nommer « cotisation annuelle »[41]. Cet acteur est en faveur d'une cotisation annuelle mais uniquement dans le cas des cliniques de première ligne administrées par des citoyens, c'est-à-dire des coopératives de santé (CS). Phénomène encore peu connu au Québec, les CS se multiplient et on en dénombre, en 2008, près d'une trentaine alors que nous en comptions à peine quatre en 2003. Une coopérative de santé, qu'on associe parfois à tort à la privatisation du système de santé, constitue une application concrète de l'idée de M. Castonguay d'autoriser les cotisations

[40] Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité représente le mouvement coopératif et mutualiste québécois, qui regroupe plus de 3200 coopératives et 39 mutuelles, et veille à la défense et au développement de ce mouvement. Pour plus d'information, consultez le site : www.coopquebec.coop.

[41] Étant donné que cet acteur ne prononce que sur un seul point du rapport, nous jugeons qu'il n'est pas nécessaire de l'inclure dans le tableau 4 sur les positions des acteurs économiques.

annuelles pour les cliniques de première ligne, tout en décentralisant la gestion du centre de santé qui est confiée aux citoyens plus au fait des réalités locales, c'est-à-dire des besoins les plus urgents de la collectivité. Au Québec, depuis le début des années 1970, les services de première ligne sont majoritairement dispensés par des cliniques privées administrées par des médecins. « Or, ces cabinets privés sont passés de 1250 qu'ils étaient en 2000 à 840 en 2005 ; une diminution de près du tiers » (BRASSARD, 2008). Cette situation s'explique, entre autres, par la pénurie de médecins, mais également par le casse-tête administratif que représente la gestion d'une clinique. Ainsi, la CS représente une voie de plus en plus envisagée : les médecins sont toujours rémunérés par la RAMQ, tandis que les citoyens réunis en coopérative gèrent le fonctionnement en impliquant les travailleurs et les professionnels de la santé : « Pour la majorité d'entre elles, ces cliniques sont occupées par des médecins et différents professionnels de la santé ; physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue, etc » (BRASSARD, 2008).

Tableau 4 Positions des acteurs économiques

Institut économique de Montréal(IDEM)

- **Franchise**

  Les économistes de l'IEM sont peu favorables à l'idée de recourir aux contributions fiscales additionnelles puisque l'injection de fonds supplémentaires dans le système ne résout pas le problème de l'augmentation des dépenses et n'accroît pas son efficacité.

- **Assurances privées**

  Plutôt que de permettre l'assurance privée pour de nouveaux soins, la RAMQ, comme payeur public, devrait rembourser tous les établissements, publics et privés, au même niveau pour tous les soins assurés donnés à la population.

- **Mixité de la pratique médicale**

  L'IDEM appuie la recommandation du rapport concernant la pratique médicale mixte afin de permettre à des établissements privés de s'établir et de concurrencer les établissements publics.

- **Problème du système de santé québécois**

  Les listes d'attente et la hausse des coûts.

- **Accessibilité**

  L'accès aux soins est menacé par les listes d'attente.

Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ)

- **Franchise**

  La FCCQ est favorable à la franchise basée sur le principe de l'utilisateur-payeur afin de réduire la surconsommation de soins.

- **Assurances privées**

  L'élargissement de la possibilité de contracter une assurance privée permettrait d'offrir le choix aux citoyens qui, tout en restant couverts par le système public, pourraient choisir de payer plus pour se faire traiter dans un système de santé privé parallèle, sans que les fonds publics ne soient engagés. La FCCQ affirme également que ce serait avantageux pour le gouvernement puisque les citoyens qui auront recours au privé continueront de contribuer au financement du système public.

- **Mixité de la pratique médicale**

  La FCCQ encourage le gouvernement à reconsidérer le principe de l'étanchéité de la pratique médicale puisqu'une plus grande souplesse permettrait d'optimiser les ressources humaines disponibles.

- **Problème du système de santé québécois**

  L'accès aux soins et l'efficacité du système.

- **Accessibilité**

  Les temps d'attente pour les soins de santé portent atteinte à l'accessibilité, principalement dans le cas des travailleurs qui doivent parfois s'absenter plusieurs journées ce qui implique des coûts pour les entreprises du Québec.

Conseil du patronat du Québec (CPQ)

- **Franchise**

  Le CPQ accueille favorablement la recommandation visant à instaurer une franchise basée sur le revenu et consommation de soins en s'assurant que les moins nantis en seraient exemptés. Il invite également le gouvernement fédéral à réviser la LCS dans l'éventualité où une contribution des usagers serait considérée comme un « ticket modérateur ».

- **Assurances privées**

  Le gouvernement québécois a le devoir d'accroître l'offre de services de même que le recours à l'impartition (services rendus par le privé, payés par le public).

- **Mixité de la pratique médicale**

  Permettre à un médecin participant au régime public de pratiquer dans le privé après avoir acquitté sa prestation publique obligatoire est incontournable.

- **Problème du système de santé québécois**

  La croissance des coûts.

- **Accessibilité**

  Le CPQ n'utilise pas l'accès aux soins dans son argumentation.

4. Acteurs sociaux

Tel que précisé précédemment, lorsque nous utilisons l'expression « acteurs sociaux », nous faisons surtout référence aux organisations syndicales formées de plusieurs groupes de travailleurs (CNS, FTQ), mais également aux regroupements de syndicats et de ressources communautaires comme c'est le cas de la Coalition Solidarité Santé. Dans le cadre de notre recherche, nous avons analysé les réactions de ce dernier groupe et de la Confédération des Syndicats nationaux (CSN). Nous n'avons pas retenu les documents de l'autre grand syndicat québécois, la Fédération des travailleurs du Québec (FTQ) étant donné qu'il parlait la plupart du temps d'une même voix que la CSN.

La CSN introduit dans le débat une nouvelle dimension. La majorité des acteurs font référence dans leur discours à la pénurie de médecins mais aucun d'entre eux n'a manifesté ses inquiétudes face à une autre pénurie du système de santé, celle des infirmières. La CSN affirme que dans le contexte actuel il serait dangereux pour le réseau public de permettre à un médecin de travailler à la fois dans le public et le privé, car cette mesure encouragerait un autre exode,

celui des infirmières et d'autres professionnels de la santé en développant un système parallèle au secteur public dans lequel les infirmières seraient davantage attirées par les conditions de travail plus flexibles. Enfin, la position de la CSN est similaire à celle de QS et ces deux acteurs ont par ailleurs donné de nombreuses conférences de presse ensemble.

Tableau 5 Positions des acteurs sociaux

Coalition Solidarité Santé (CSS)

- **Franchise**

  Les franchises ou toute autre forme de « tickets modérateurs » sont à éviter puisqu'ils provoquent des inégalités en termes d'accessibilité et ne sont pas des solutions efficaces aux problèmes de financement.

- **Assurances privées**

  La CSS s'oppose farouchement à une extension des soins pour lesquels il serait possible de contacter une assurance privé duplicative.

- **Mixité de la pratique médicale**

  L'interdiction de la pratique médicale mixte doit être maintenue afin d'éviter de saigner le secteur public de ses ressources médicales.

- **Problème du système de santé québécois**

  L'accès aux soins pour les démunis.

- **Accessibilité**

  L'accès aux soins pour les personnes défavorisées pourrait être compromis par des franchises et le développement d'un système parallèle voué à répondre aux besoins d'une clientèle plus fortunée.

Confédération des syndicats nationaux (CSN)

- **Franchise**

  La mise en place d'un ticket modérateur déguisé sous la forme d'un système de franchise en fonction d'un nombre de visites chez le médecin et du revenu de l'utilisateur comporte plusieurs dangers en ajoutant aux problèmes d'accès actuels causés par les temps d'attente une contrainte supplémentaire reliée au fait de payer un montant pour le service. La CSN prévoit également des conséquences négatives sur la prévention puisque cette mesure n'encourage pas les suivis réguliers pour les personnes à faible revenu.

- **Assurances privées**

  La CSN s'oppose à l'élargissement du recours aux assurances privées pour d'autres types de soins que ceux déjà prévus par la loi 33 en supposant que le coût déjà très élevé des régimes privés d'assurance collective augmenterait davantage et forcerait certains groupes à abandonner carrément leur régime d'assurance collective ou à en réduire les garanties offertes.

- **Mixité de la pratique médicale**

  Dans le contexte actuel marqué par une pénurie, il serait dangereux pour le réseau public de permettre à un médecin de travailler à la fois dans le public et le privé, car cette mesure encouragerait un autre exode, celui des infirmières et autres professionnels de la santé.

- **Problème du système de santé québécois**

  Le financement du système de santé à court terme.

- **Accessibilité**

  La CSN croit que les trois mesures précédentes auraient d'importantes répercussions sur l'accessibilité aux soins pour les personnes à faible revenu en accentuant le phénomène de pénurie des médecins.

5. Synthèse de tous les acteurs

Avant d'effectuer un bref retour sur nos deux hypothèses, le tableau suivant présente une synthèse des positions de tous les acteurs dont nous avons analysé les discours. Concernant les problèmes du système de santé (1), un crochet indique que l'acteur considère cet élément comme un des principaux problèmes du système de santé québécois. Ensuite, les marques dans la section sur les recommandations du rapport Castonguay (2) signifient que l'acteur est en accord avec la proposition. Enfin, la dernière partie fait référence à la catégorie d'usagers du système public qui est défendue (3) par l'acteur par rapport à l'accessibilité aux soins.

Tableau 6 Synthèse de tous les acteurs

		1. Problèmes du système de santé				2. Recommandations du rapport Castonguay			3. Usagers défendus		
Acteurs		Hausse des coûts	Pénurie	Accès aux soins ($)[1]	Temps d'attente	Assurances	Franchise	Mixité	Tous	Pauvres	Riches
Pol.	PLQ	✓	✓				✓		✓		
	ADQ				✓	✓	✓	✓			✓
	PQ	✓		✓						✓	
	QS		✓	✓						✓	
Pro.	FMOQ		✓		✓		✓		✓		
	CMQ	✓	✓				✓		✓		
Écono.	CQCM		✓		✓		✓		✓		
	IDEM	✓			✓			✓			✓
	FCCQ	✓			✓	✓	✓	✓			✓
	CPQ	✓				✓	✓	✓			
Soc.	CSS			✓						✓	
	CSN	✓	✓	✓						✓	

[1] Difficultés financières de l'usager

Un premier constat est que tous les acteurs qui militent habituellement à droite de l'échiquier politique, l'ADQ et les acteurs économiques qui défendent les intérêts des entreprises, soutiennent que les temps d'attente sont un des problèmes majeurs du système de santé québécois parce qu'ils menacent l'accessibilité (de ceux qui pourraient payer pour se faire soigner plus rapidement) tandis que les acteurs qu'on associe généralement à la gauche, les syndicats, QS et le PQ, sont davantage préoccupés par l'accès aux soins en fonction de la capacité de payer des usagers. Donc, les acteurs manifestant des inquiétudes sur l'impact des

temps d'attente sur l'accès aux soins réagissent à un problème qui affecte présentement le système de santé québécois et dont les effets ont déjà commencé à se faire sentir tandis que d'un autre côté, les acteurs sociaux supposent que l'instauration d'une franchise ou d'un ticket modérateur pourrait avoir des effets à moyen terme sur l'accès aux soins pour les usagers défavorisés. Il nous semble donc que le rapport Castonguay n'a pas permis de dépasser l'opposition gauche-droite ce qui ne permet pas au débat d'innover. Nous notons également que la CSN et les deux regroupements professionnels analysés, la FMOQ et la CMQ, signalent la pénurie de personnel comme un des principaux problèmes du système de santé. Nous pouvons nous demander si réelle pénurie il y a ou si ce n'est que pas corporatisme. Pour ce qui est des autres acteurs, nous constatons qu'il ne semble pas y avoir consensus sur les problèmes du système de santé québécois.

La seconde partie du tableau permet, en un rapide coup d'œil, de remarquer que la franchise est la recommandation du rapport Castonguay qui suscite le plus d'enthousiasme, tandis que l'autorisation de la pratique médicale mixte et l'élargissement de l'assurance privée à d'autres types de chirurgie ont peu d'adeptes ce qui confirme que le débat, contrairement à ce qui est largement véhiculé par les médias, ne se partage pas entre, d'un côté, des acteurs en faveur d'une privatisation tous azimuts, et de l'autre, des acteurs préférant le maintien intégral d'un système financé majoritairement par l'État québécois. Les discours sont pour la plupart très nuancés. Sans surprise, nous réalisons que, à l'exception de l'ADQ, le Conseil du patronat de Québec et la Fédération des chambres de commerce du Québec sont les seuls en faveur de l'extension de la possibilité de contracter une assurance privée pour des soins couverts par le régime public à d'autres types de chirurgies que celles permises par la loi 33, puisque ce sont des organisations dont certains membres sont des compagnies d'assurance. De plus, ces trois acteurs sont les seuls à avoir approuvé les trois recommandations du rapport Castonguay. À l'inverse, nos deux acteurs sociaux ainsi que le PQ et QS ont rejeté ces trois mesures. Ensuite, nous observons que tous les acteurs qui ont noté la pénurie de personnel comme problème du système de santé ont unanimement rejeté la recommandation du rapport de permettre la pratique médicale mixte. Étant donné le manque de médecins, le décloisonnement de la

pratique médicale n'est pour eux pas envisageable dans un avenir rapproché en supposant que cette option encourageait les médecins à pratiquer davantage au privé, au détriment du système public. La CSN affirme même que dans le contexte actuel marqué par une pénurie, il serait dangereux pour le réseau public de permettre à un médecin de travailler à la fois dans le public et le privé, car cette mesure encouragerait un autre exode, celui des infirmières et autres professionnels de la santé.

Enfin, nous avons observé dans la troisième section que les acteurs ne remettent pas en question l'accessibilité aux soins, mais s'en servent plutôt comme argument pour défendre une catégorie précise d'usagers. L'accès aux soins et les temps d'attente sont des arguments qui peuvent être utilisés pour, d'une part, s'opposer à une plus grande place du privé en santé en supposant que le développement d'un système de santé privé parallèle pourrait avoir un impact défavorable sur l'accès aux soins pour certaines catégories d'usagers qui n'auraient pas les moyens de payer pour ces services. D'autre part, cet argument peut aussi servir à défendre l'idée, dans une situation où les temps d'attente réduisent l'accès aux soins, qu'il serait préférable d'autoriser les individus qui désirent payer à contracter une assurance privée pour des soins déjà assurés par le régime public.

B. Retour sur les hypothèses

Notre première hypothèse, dans laquelle nous affirmions qu'il semblait exister dans les discours des acteurs participant au débat sur la privatisation des soins de santé au Québec une confusion sur le terme « privatisation » n'a pas été confirmée. Nous avions élaboré cette hypothèse après une première lecture rapide d'articles parus à la suite du jugement Chaoulli, ce qui nous avait permis de constater que la population avait de la difficulté à ce moment là à faire une distinction entre les différentes formes de privatisation et, parallèlement, à décrire ce qu'est la privatisation et son processus au Québec. Nous pensions alors que cette confusion existait également dans les discours officiels. Étant donné les quelques années qui se sont écoulées entre l'affaire Chaoulli et le dépôt du rapport Castonguay, les termes utilisés dans le

débat se sont précisés. Par exemple, la présidente-directrice générale de la FCCQ, Françoise Bertrand, distingue des notions souvent confondues avant de réagir aux recommandations du rapport : l'universalité, l'accessibilité et la gratuité (FCCQ, 2008). Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'universalité ne représente pas un problème. Selon l'article 10 de la LCS, tous les résidents assurés de la province ont droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé provincial selon des modalités uniformes, sans distinction ethnique, religieuses ou culturelles. Ce principe n'a jamais été remis en question dans le débat sur la privatisation des soins de santé. Par contre, la nuance entre l'accessibilité aux soins et la gratuité est intéressante. La LCS précise que l'accès aux soins ne doit pas être limité par les ressources financières de l'usager, mais à aucun endroit il n'est précisé que les soins doivent, par conséquent, être gratuits. Cette distinction montre bien que les termes utilisés sont maintenant soigneusement choisi par les acteurs pour exprimer leur position.

Nous avons repéré un seul élément légèrement confus : la franchise. Dans son rapport, M. Castonguay propose deux types de franchise. La première, appelée « franchise annuelle », est basée sur le principe de l'utilisateur-payeur et serait modulée en fonction du revenu et de l'utilisation du système. Elle servirait à la mise en place d'un fond de stabilisation dédié à la santé. Étant donné que cette forme de franchise serait basée sur la consommation de soins, elle ressemble à un « ticket modérateur ». La seconde, qu'on appelle « contribution annuelle », se rapporte plutôt au montant d'argent qu'un usager aurait à payer annuellement à sa clinique de santé de première ligne afin d'en assurer le maintien et le développement, comme c'est présentement le cas pour les coopératives de santé. Cette franchise s'apparente à une « surfacturation » (voir la note de bas de page à la page 15).

Ensuite, concernant notre seconde hypothèse, selon laquelle les discours des groupes recourent aux mêmes arguments pour soutenir leur position, mais les utilisent différemment, a été confirmée. Nous avons en effet observé, entre autres, que l'accès aux soins est un argument qui peut être utilisé pour, d'une part, s'opposer à une plus grande place du privé en santé en supposant que le développement d'un système de santé privé parallèle pourrait avoir un impact

défavorable sur l'accès aux soins pour certaines catégories d'usagers, mais, d'autre part, cet argument peut aussi servir à défendre l'idée, dans une situation où les temps d'attente réduisent l'accès aux soins, qu'il serait préférable d'autoriser les individus qui désirent payer à contracter une assurance privée pour des soins déjà assurés par le régime public.

CONCLUSION

Comme nous l'avons constaté, la privatisation des soins de santé au Québec est un phénomène complexe que nous pouvons aborder sous de nombreux aspects. Concernant la privatisation du financement des soins de santé, l'originalité de cette recherche repose sur le nouvel éclairage qu'elle apporte sur le débat en réalisant une synthèse et une analyse des positions des principaux acteurs s'étant manifestés à la suite du dépôt du rapport Castonguay. Contrairement à ce que nous avions formulé au départ, le rapport Castonguay a grandement favorisé la démocratisation du débat par l'utilisation d'un vocabulaire simple de sorte qu'il ne semble plus exister chez les acteurs une confusion entourant le concept de « privatisation » qui était, nous semble-t-il, davantage présente lors du jugement Chaoulli. Cependant, une confusion demeure autour d'un nouvel élément : la franchise. Notre seconde hypothèse a quant à elle été confirmée. Les groupes appuyant certaines formes de privatisation et ceux désapprouvant cette option utilisent les mêmes arguments pour soutenir leur position en se rapportant principalement à l'accessibilité aux soins. Nous avons vu, par exemple, que l'ADQ milite pour le développement d'un système de santé mixte afin de permettre aux personnes dont l'accès au soin est menacé par les temps d'attente de se faire soigner plus rapidement en payant pour les services offerts. D'un autre côté, QS s'oppose à une plus grande place du privé en santé parce que cette formation politique considère que la création d'un système de santé parallèle nuirait aux personnes défavorisées. Dans le premier cas, on se préoccupe de l'accès aux soins pour les « riches » alors que dans l'autre on s'inquiète de l'accès aux soins pour les « pauvres ». Dans les deux cas, on se rapporte à la *Loi canadienne sur la santé*. Enfin, qu'ils soient collectifs ou individuels, contrairement à la croyance populaire, les acteurs ne se partagent pas en deux groupes distincts et complètement opposés, l'un dont les membres réclameraient une privatisation complète et radicale du système de santé québécois et l'autre s'opposant farouchement à toute forme de modification du fonctionnement actuel de ce système. Nous constatons que les positions des acteurs ne sont pas aussi tranchées, certains désirant le maintien d'un système public tout en étant ouverts à l'introduction de l'assurance privée « duplicative » tandis que d'autres militent activement en faveur de la privatisation des

soins de santé tout en évoquant la possibilité de légiférer pour limiter et planifier le développement d'un système de santé privé parallèle. Une des ambitions de cette recherche était, entre autres, de mettre un terme à ce clivage idéologique.

Étant donné le temps restreint dont nous disposions pour mener cette recherche, nous sommes conscients de ses limites. Parmi celles-ci nous aurions aimé situer le débat ayant cours au Québec dans le contexte canadien en établissant des rapprochements avec ce qui se passe dans les autres provinces. Comme nous l'avons précisé plus tôt, le système de santé québécois est intégré dans un ensemble plus vaste, un système pancanadien, et est assujetti aux lois fédérales. Nous avons glissé un commentaire dans une note de bas de page concernant les réactions au rapport Castonguay par les principaux partis fédéraux mais cet élément mériterait d'être davantage exploré. Enfin, nous aimerions conclure cette recherche par un commentaire personnel et par la présentation du projet de loi no 392 visant à instaurer la pratique mixte de la médecine, qui vient tout juste d'être déposé à l'Assemblée nationale par l'ADQ.

Puisque nous sommes hors des cadres de notre analyse, nous nous permettons de poser un regard critique sur le rapport Castonguay et les discussions qui en ont découlé. Certes, ce rapport contient des idées originales, comme celles se rapportant à une réorganisation et une décentralisation de la gestion des centres de santé, mais ne dépasse pas les paradigmes existants et, comme le montre la dissidence de M. Michel Venne, n'innove pas tout en donnant l'impression de s'inscrire plus dans un débat idéologique que dans un débat d'idées. Les syndicats, majoritairement à gauche, s'opposent avec virulence à toutes les mesures du rapport Castonguay alors que les acteurs économiques sont en faveur de la majorité des mesures. De plus, nous sommes d'avis que les propositions concernant la gouvernance du système sont les seules dont l'objectif est de freiner à long terme l'augmentation des dépenses en santé alors les recommandations touchant aux nouvelles sources de financement ne servent qu'à combler temporairement l'écart entre les dépenses et les revenus.

Finalement, nous estimons qu'il est important d'écrire quelques lignes sur le projet de loi 392[42] qui a été déposé à l'Assemblée nationale au début du mois d'avril par M. Éric Caire, porte-parole de l'opposition officielle en santé et services sociaux, et qui a déjà reçu l'appui de nombreux groupes tels que la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Le projet de loi 392, qui donne suite à l'une des recommandations du rapport Castonguay, vise à instaurer la pratique médicale mixte. Après avoir atteint un seuil minimal de pratique dans le système public, un médecin pourrait exercer ensuite dans le privé sans qu'il ait à se désaffilier de la RAMQ. Le PLQ et le PQ, après le dépôt du rapport Castonguay, ont rejeté cette proposition qu'ils jugent difficilement applicable étant donné le manque actuel de ressources en supposant que les médecins seraient davantage tentés de glisser vers une pratique privée, plus lucrative et moins contraignante. Nous sommes portés à croire que les prochains débats porteront majoritairement sur la pratique médicale mixte, dont l'interdiction a représenté jusqu'ici l'un des principaux freins au développement de la médecine privée.

[42] Pour consulter le projet de loi, voir http://www.assnat.qc.ca/fra/38legislature1/Projets-loi/Publics/08-f392.htm.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrage de référence

BOUDON, Raymond, *et al*. *Dictionnaire de sociologie*, 3e édition, Paris, Larousse, 2003, 279 p.

2. Documents officiel

Chaoulli *c.* Québec (Procureur général), [2005] 1 R.C.S. 791, 2005 CSC 35

3. Livres

BARDIN, Laurence. *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France, 1977, p. 43.

D. ROBERT, André, et Annick BOUILLAGUET. *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France, 1997, 128 p.

FACAL, Joseph. *Volonté politique et pouvoir médical*, Montréal, Les Éditions du Boréal, 2006, 354 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Les soins de santé au Canada 2007*, Ottawa, 2007, 68 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, Ottawa, 2006, 82 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Le ratio 70/30 : Le mode de financement du système de santé canadien*, Ottawa, 2005, 147 p.

L'ÉCUYER, René. « L'analyse de contenu : notion et étapes », dans DESLAURIERS, J.-P., dir. Les méthodes de la recherche qualitative, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1987, p. 49-65.

VENNE, Michel. « Les Québécois sont heureux… malgré tout », dans Miriam FAHMY et Michel VENNE, dir. *L'annuaire du Québec 2008*, Montréal, Fides, 2007, p. 104-120.

4. Articles de périodique

BOYER, Marcel, et Mathieu LABERGE. « La place du secteur privé dans le système de santé québécois : un aperçu des frais existant », *Les notes économiques*, Institut économique de Montréal, Août 2007, 4 p.

BRASSARD, Marie-Joëlle. « Rapport Castonguay : encore de vieilles idées privatisation », *Le Soleil* (samedi 01 mars 2008).

CHOUINARD, Tommy. « Québec solidaire et le syndicats appellent au rejet du privé. Les louanges de l'ADQ, la prudence du PQ », *Le Droit* (mercredi 20 février 2008), p. 2.

DESROSIERS, Georges. « Le système de santé au Québec », dans *Sélection Santé de l'ACHP*, 1979 (décembre), p. 206-208.

DESROSIERS, Georges. « Histoire de la santé publique au Québec », dans *Canadian Journal of Public Health*, vol. 75, 1984 (septembre/octobre), p. 359-363.

MYLES, Brian. « La santé, l'égalité des sexes et la Charte, les trois priorités des canadiens », *Le Devoir* (vendredi 4 mai 2007), p. A10.

PETKANTCHIN, Valentin. « Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée », *Les notes économiques* (Novembre 2005), Institut économique de Montréal, p. 1-4.

ROBITAILLE, Antoine. « L'ADQ encense les propositions. Le PQ s'abstiendra de discuter d'une éventuelle franchise », *Le Devoir*, (mercredi 20 février 2008), p. A3.

5. Sites internet

CANADA, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Charte canadienne des droits et libertés* [En ligne], http://laws.justice.gc.ca/en/charter/const_fr.html#libertes (Page consultée le 18 novembre 2007)

CANADA, MINISTÈRE DE LA JUSTICE. *Loi canadienne sur la Santé* [En ligne], http://lois.justice.gc.ca/fr/showtdm/cs/C-6 (Page consultée le 23 septembre 2007)

CANADA, MINISTÈRE DE LA JUSTICE. *Loi constitutionnelle de 1867* [En ligne], canadhttp://lois.justice.gc.ca/fr/const/c1867_f.html#distribution (Page consultée le 18 novembre 2007)

GIROUX, Raymond. « Rapport castonguay : Ottawa refuse de bouger », *Le Soleil* [En ligne], http://www.cyberpresse.ca/article/20080220/CPSOLEIL/80219252/5019/CPSOLEIL (Page consulté le 21 février 2008)

LIGUE DES DROITS ET LIBERTÉS (SECTION DE QUÉBEC). *La Ligue des droits et libertés (Section de Québec)* [En ligne], http://www.liguedesdroitsqc.org/CMS/index.php (Page consultée le 23 septembre 2007)

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Loi sur l'assurance-hospitalisation* [En ligne], http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_28/A28.html (Page consultée le 18 novembre 2007)

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Loi sur l'assurance maladie* [En ligne], http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_29/A29.html (Page consultée le 18 novembre 2007)

RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS DU QUÉBEC. *Arrêt Chaouilli* [En ligne], http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/enjeux_f.asp (Page consultée le 23 septembre 2007)

DOCUMENTS ANALYSÉS

ACTION DÉMOCRATIQUE DU QUÉBEC. *Pratique mixte proposée par le Rapport Castonguay : « Une opportunité de choix pour les patients québécois » - Éric Caire* [En ligne], http://www.adq.qc.ca/index.php?id=57&L=0%C2%A0%C2%A0%C2%A0%C2%A0%C2%A0%C2%A0%20%5B%2FQUOTE&tx_ttnews[cat]=2&tx_ttnews[pS]=1201842000&tx_ttnews[pL]=2505599&tx_ttnews[arc]=1&tx_ttnews[pointer]=2&tx_ttnews[tt_news]=295&tx_ttnews[backPid]=230&cHash=657a7c8bd4 (Page consultée le 01 mars 2008)

ACTION DÉMOCRATIQUE DU QUÉBEC. *Chantiers du ministre Couillard : « Couillard confirme le décès du Rapport Castonguay » - Éric Caire* [En ligne], http://www.adq.qc.ca/index.php?id=57&tx_ttnews[tt_news]=333&tx_ttnews[backPid]=56&cHash=40d22055b0 (Page consultée le 13 mars 2008)

ACTION DÉMOCRATIQUE DU QUÉBEC. *Projet de loi sur la mixité de la pratique médicale : L'ADQ donne suite au Rapport Castonguay* [En ligne], http://www.adq.qc.ca/index.php?id=57&tx_ttnews[tt_news]=422&tx_ttnews[backPid]=56&cHash=a08ba4bd72 (Page consultée le 04 avril 2008)

BOYER, Marcel. « Équilibré et ambitieux », *Journal Le Devoir* (22 février 2008), p. A9.

CHAREST, René, et Florence THOMAS. « La Coalition Solidarité Santé et le rapport Castonguay : l'ère du partenariat d'affaire en santé », *Revue Alternative* (jeudi 28 février 2008).

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ), « Le collège des médecins du Québec appuie les grands principes du rapport Castonguay » [En ligne], http://www.cmq.org/CmsPages/PageCmsFunctionnalSplit.aspx?PageID=751ef6a6-8f55-4f52-bfe4-ad31819cdf4e&StatementID=e9b83275-9a9c-4ac8-996e-be749f0d206d (Page consultée le 01 mars 2008)

CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC. « Rapport Castonguay : des solutions prometteuses qui n'ont rien de révolutionnaire – à l'exception de la hausse de la taxe de vente, le CPQ souhaite une application rapide des recommandations » [En ligne], http://www.cpq.qc.ca/fr/index.php?id=31&content_id=229&year=2008 (Page consultée le 01 mars 2008)

COUILLARD, Philippe. « Un défi pour le Québec. Loin d'être écarté, le rapport Castonguay vivra et imprimera sa marque au cours des prochaines années », *La Presse* (mardi, 26 février 2008), p. A23.

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (CSN). « Réaction de la CSN au rapport Castonguay. Une intuition porteuse et plusieurs vieilles idées qui accentuent les inégalités à mettre au placart » [En ligne], http://www.csn.qc.ca/Communiques/CommFev08/Comm19-02-08.html (Page consultée le 01 mars 2008)

DRAINVILLE, Bernard. « Pour un système public et contre le statu quo. Le Parti québécois réaffirme sa position sur le rapport Castonguay », *Le Devoir* (lundi 3 mars 2008), p. A6.

ELGRABLY, Nathalie. « Un régime qui ne marche pas », *Le Journal de Montréal* (21 février 2008), p. 25.

FÉDÉRATION DES CHAMBRES DE COMMERCE DU QUÉBEC. « Rapport Castonguay : La FCCQ souhaite que le gouvernement agisse dans le sens des recommandations » [En ligne], http://www.fccq.ca/indexfccq.asp?actionlien=affichepagecc&idPage=78 (Page consultée le 01 mars 2008)

FÉDRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (FMOQ), « Le rapport Castonguay : un rôle prépondérant accordé au médecin de famille et au réseau de cabinets médicaux » [En ligne], http://www.fmoq.org/SallePresse/Communiques/Detail.aspx?dId=116 (Page consultée le 01 mars 2008)

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ). « Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé : un constat rigoureux et une approche pondérée selon la FMSQ » [En ligne], http://www.fmsq.org/f/centredepresse/communiques/coms/20080219.html (Page consultée le 01 mars 2008)

QUÉBEC, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Communiqué 3738 : Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé* [En ligne], http://communiques.gouv.qc.ca/gouvqc/communiques/GPQF/Fevrier2008/19/c3738.html (Page consultée le 01 mars 2008)

QUÉBEC SOLIDAIRE. « Le rapport Castonguay se berce d'illusions tranquilles » [En ligne], http://quebecsolidaire.net/actualite-nationale/le-rapport-du-comite-castonguay-se-berce-dillusions-tranquilles-amir-khadir-porte-parole-de-quebec-solidaire (Page consultée le 01 mars 2008)