



Association catholique  
canadienne de la santé

## Réaction de l'ACCS au document de politique de l'AMC sur l'assurance- maladie bonifiée

# Miner l'assurance-santé ne constitue pas une solution pour améliorer l'accès aux soins de santé

En novembre 2002, après deux ans de recherche et de consultation intensives, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a conclu que les Canadiens continuent de soutenir vigoureusement les valeurs fondamentales sur lesquelles s'appuie notre régime de soins de santé. En termes simples, le régime d'assurance-maladie est fondé sur la valeur éthique majeure de la solidarité : une valeur qui suppose que face à la maladie, les Canadiens s'engagent à prendre soin les uns des autres.

Malgré les appels lancés, la Commission a rapporté qu'elle n'a reçu aucune donnée montrant qu'une part plus grande de financement privé et que la création d'un système privé parallèle amélioreraient et renforceraient le système de soins de santé. Conséquemment, le message le plus clair du rapport de la Commission s'adresse nettement à ceux qui proposent que les soins de santé au Canada deviennent un commerce. La Commission a rejeté cette proposition en déclarant qu'il y avait, sur ce sujet, un consensus général chez les Canadiens : « Non! Ni maintenant, ni jamais! Les Canadiens considèrent le régime d'assurance-santé comme une entreprise non pas commerciale, mais morale. »

Au cours des années qui se sont écoulées depuis cette prise de position, le débat sur la réforme de la santé est carrément passé de cet accent sur les valeurs et sur une

politique publique fondée sur des faits, à une option en faveur des services à but lucratif, fournis par le secteur privé, où une démonstration de solides éléments probants semble absente. Et même plus, comme le déclarait Nuala Kenny, « la tendance en faveur de la privatisation des soins de santé se fonde sur un rejet de toute politique établie sur des faits bien documentés. »

Ce changement dans le débat sur la réforme de la santé est clairement exprimé dans l'exposé de principes publié en juillet 2007 par l'Association médicale canadienne (AMC) et portant le titre : *Toujours une question d'accès! L'assurance-maladie bonifiée.*

Ce document de l'AMC se porte d'abord à l'appui d'un régime de soins de santé fortement financé à même les fonds publics, mais il recommande ensuite des options qui sont reconnues pour affaiblir les régimes publics. Cela se manifeste surtout lorsqu'il laisse entendre que la solution au problème des périodes d'attente et du soutien au système de santé du Canada serait d'accorder un rôle plus important à l'assurance privée et aux paiements par les particuliers, et de permettre aux médecins de pratiquer aussi bien dans le système public que dans le privé. Les recommandations de l'AMC contribueront-elles à améliorer et à renforcer le régime d'assurance-santé? Les faits démontrent le contraire.

### **Permettre aux médecins de pratiquer aussi bien dans le système public que dans le privé**

Actuellement, la *Loi canadienne sur la santé* interdit aux médecins qui sont payés par le régime d'assurance-santé de donner aussi des soins médicalement nécessaires contre paiement privé. L'AMC recommande la création d'un système de santé parallèle au Canada. Ainsi, ceux qui ont les moyens de payer pour des services privés, ou pour une assurance privée couvrant ces services, seraient probablement avantagés par ce système proposé par *L'assurance-maladie bonifiée*. Il leur permettrait en effet d'accéder à de meilleurs soins, et plus rapidement aussi, que ceux qui seraient restreints au seul système public.

Cette proposition constitue une dérogation fondamentale aux valeurs qui inspirent, depuis maintenant quarante ans, le système public de santé du Canada. Elle laisse entrevoir un régime où l'argent, plutôt que le besoin, servirait à décider de l'accès aux soins.

En outre, la proposition de l'AMC ne tient pas compte du fait que la mise en place d'un système parallèle privé, étant donné le nombre limité de médecins et autres professionnels de la santé actuellement au

Canada, signifierait que nos médecins devraient être divisés entre les patients des deux systèmes. Il en résulterait une diminution du nombre d'heures que les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé consacraient au système public.

La proposition soulève aussi le danger bien réel qu'un système de pratique à double niveau serve d'incitation, pour les médecins, à maintenir de longues périodes d'attente dans le système public, de manière que la pratique privée soit plus attrayante pour les patients.

Comme résultat, les patients du privé paieraient davantage pour obtenir une attention particulière, alors que ceux du système public seraient réduits à des périodes d'attente encore plus longues. Comme le disait Colleen Flood, de la Faculté de droit de l'Université de Toronto, le fait de permettre aux médecins de pratiquer dans les secteurs privé autant que public « n'améliorerait pas l'accès aux soins pour l'ensemble de la population ».

### **L'assurance privée**

Depuis plusieurs années, l'AMC réclame la mise sur pied d'une « interface publique-privée » afin d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité. Dans un tel plan, il serait essentiel d'établir une assurance-santé privée. Dans son document *L'assurance-maladie bonifiée*, l'AMC déclare :

« Lorsque le système financé par le secteur public ne peut fournir un accès aux soins en temps opportun, les Canadiens devraient pouvoir recourir à l'assurance-maladie privée pour se faire rembourser le coût des soins obtenus dans le secteur privé. »

Encore ici, la proposition suppose la présence d'un système fondamentalement différent de celui qui existe actuellement au Canada. Un tel régime d'assurance-santé ne pourrait être mis en œuvre qu'avec un système de santé parallèle, privé et à but lucratif.

Dans une étude intitulée « The Demand for Private Health Insurance in Alberta in the Presence of a Public Alternative », les économistes de Calgary Herb Emery et Kevin Gerrits affirment que si un système privé était instauré, il faudrait que les soins assurés par le secteur privé soient manifestement supérieurs à ceux du secteur public. Autrement, il est probable que personne ne serait intéressé à payer de sa poche pour ces soins ou pour une assurance qui en couvrirait les frais. L'instauration d'un système privé exigerait une volonté politique en vue d'instituer un marché de la santé à deux vitesses, ont-ils écrit; l'une consistant en un système privé supérieur et l'autre en un système public médiocre.

### **Souhaitons-nous vraiment avoir un système de santé pour les riches et un autre pour les pauvres?**

L'ACCS est d'avis que les importants objectifs que sont la réduction des périodes d'attente et l'adaptation du régime d'assurance-santé aux réalités actuelles peuvent être atteints par l'innovation et les améliorations de l'actuel système public et à but non lucratif.

La création d'un système de santé parallèle, tel qu'envisagé dans les propositions mises de l'avant dans *L'assurance-maladie bonifiée* constituerait un rejet fondamental de la vision de justice et d'équité dans les soins de santé qui a été une caractéristique déterminante de notre identité comme Canadiens. Elle nous éloignerait, comme société, de la prise de position d'interdépendance et de la prise en charge les uns des autres au temps de la maladie et nous tournerait vers la recherche du plus grand intérêt personnel.

Les soins de santé seraient assurés non pas sur la base des besoins, mais de la capacité de payer; ce changement de cap aurait pour effet de créer un système à deux niveaux qui accorderait un accès préférentiel aux riches.

Il est clair que le système de santé du Canada a besoin d'une réforme, et l'ACCS ne favorise pas le statu quo. Mais cette réforme doit se fonder sur des faits documentés et reconnaître les valeurs qui sont en jeu dans nos choix de politiques en vue d'assurer l'avenir de notre système. Sans ces éléments essentiels, les décisions que nous prenons aujourd'hui risquent de contribuer à la transformation d'un système équitable en un système profondément inéquitable.

James Roche  
Vice-président, activités d'intervention  
et politiques publiques  
Association catholique canadienne de la santé