

# Santé précaire



Louis Cornellier

Chroniqueur (Présence Info, Jeu), essayiste et poète, Louis Cornellier enseigne la littérature au collégial. 30 mars 2024 CHRONIQUE JOURNAL LE DEVOIR

En bien des matières, j'essaie d'éviter le dogmatisme, qui ne s'adresse qu'à des convaincus. Je me montre toutefois intraitable dans deux dossiers : la défense du Québec français et celle du [système de santé public](#).

Ce sont là des questions de vie ou de mort ; pour une nation, dans le premier cas, et pour les individus, dans le second. Ce sont, aussi, des questions de justice élémentaire : un peuple a le droit de vivre dans sa langue et toute personne, riche ou pauvre, a le droit d'être adéquatement soignée quand elle est malade. En ces matières, donc, je ne négocie pas ; je me bats.

Sur le champ de bataille de la santé, je ne manque pas d'occasions d'engager le combat. Les défaillances du système sautent aux yeux chaque jour : urgences engorgées, difficultés d'accès aux soins de première ligne et [à une place en CHSLD](#) en fin de vie, listes d'attente, pénurie de main-d'œuvre, bureaucratisation délirante, et j'en passe.

Immanquablement, devant un tel constat, surgissent toujours de bonnes âmes avides qui viennent nous dire que la seule solution qui s'impose est de faire une plus grande place au privé en santé afin de désengorger le système. Le privé, affirment ces sauveurs intéressés, coûterait moins cher, serait plus efficace, contribuerait à réduire les listes d'attente dans le public et améliorerait la qualité des soins au bénéfice de tous. Essayons, disent-ils, cette nouvelle approche.

Dans Santé inc. (Écosociété, 2024, 168 pages), la politologue Anne Plourde, chercheuse à l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), pulvérise avec fougue et rigueur, études à l'appui, les prétentions des partisans, notamment caquistes, d'une plus grande privatisation du système de santé québécois.

Le privé en santé, note-t-elle d'abord, n'est pas une idée nouvelle, mais un « très vieux modèle », en partie abandonné dans les années 1970 en raison de son échec à soigner la population. Ce modèle perdure, avec la même inefficacité, en accaparant 25,8 % des dépenses totales en santé au Québec.

Le privé règne encore dans les soins autres que médicaux — soins dentaires et oculaires, psychologie, physiothérapie, hébergement, soins à domicile — et se taille même une place en médecine. En 2021, chaque ménage québécois dépensait 2897 \$ en moyenne pour des services de santé privés. Et alors ? Allez dire ça aux 36 % de Canadiens faisant partie du

quintile le moins riche de la population qui ont dû renoncer à aller chez le dentiste parce que ça coûte trop cher.

Le privé en santé ne réduit pas la facture globale. Le système américain, par exemple, « est celui qui coûte le plus cher au monde » et il se classe pourtant parmi les derniers des pays riches en matière d'efficacité. L'explosion de ses coûts s'explique par les frais administratifs élevés des assurances privées, par les dépenses en publicité et par les profits remis aux actionnaires, tous des éléments indissociables du modèle privé.

On dira peut-être que ces critiques s'adressent au modèle privé-privé et que le modèle privilégié au Québec, qui combine financement public et prestation privée, échappe à ces dérives. Plourde réfute cette objection. Les interventions chirurgicales financées par le public et effectuées en cliniques privées coûtent plus cher que celles réalisées dans les hôpitaux.

De plus, elles ne contribuent pas à réduire les listes d'attente puisqu'elles n'ajoutent pas de nouveaux services, mais ne font que déplacer ceux-ci du public vers le privé, volant ainsi la main-d'œuvre des hôpitaux. Pire encore, la qualité des soins donnés par le privé est de moindre qualité et s'accompagne d'une hausse du taux de mortalité évitable, comme l'ont montré des études menées en Italie et en Angleterre.

On imagine souvent que les fameux groupes de médecine de famille (GMF) relèvent pleinement du public, et leur dysfonctionnement nous fait croire à l'inefficacité de ce dernier. Or, Plourde explique que ce modèle repose lui aussi sur la prestation privée — les médecins sont des entrepreneurs indépendants — avec financement public et qu'il échoue à remplir ses promesses. Certains GMF sous-traitent même leurs heures de service de soir et de fin de semaine à des services d'urgence hospitaliers !

Les GMF devaient favoriser l'accès à un médecin et désengorger les urgences en offrant des heures d'ouverture étendues. Le résultat est un échec, malgré un lourd financement public.

En santé, conclut Plourde, le privé n'est pas la solution, mais le problème. Il urge donc plutôt de déprivatiser les services de santé en rapatriant la main-d'œuvre dans le public et en faisant des médecins des salariés du réseau. Ça coûtera cher, pensez-vous. Oui et non. Chaque ménage donnera maintenant au réseau public les presque 3000 \$ qu'il paie annuellement au privé. Ce sera plus efficace et plus équitable.