

CANADA

Le Canada mettra-t-il en gage ou polira-t-il le joyau de la couronne qu'est son système de sécurité sociale?

ARMINE YALNIZYAN BRUCE CAMPBELL

Les soins de santé publique constituent le programme social auquel le Canada tient le plus. Pendant près de quarante ans, l'accès aux médecins et aux hôpitaux a été basé sur le besoin, et non sur la capacité à payer.¹ Aujourd'hui, le but même des soins de santé publique fait l'objet d'un débat, allant du point de savoir ce qui est financé, à la manière dont les soins sont dispensés. Comment un pays qui, pendant longtemps, a considéré les soins de santé comme un droit humain fondamental, en est-il arrivé là ? L'incertitude publique est apparue dans le sillage des inégalités croissantes et du sous-financement public chronique, et a été alimentée par l'agenda commercial de l'expansion de la commercialisation.

La toile de fond : inégalités croissantes, vulnérabilité plus forte

Après plus de quinze années d'une poursuite agressive de politiques à travers lesquelles l'Etat apporte moins et le marché plus, l'économie se développe plus rapidement que celle de tous les autres pays du G7. Telle est la bonne nouvelle. La mauvaise nouvelle, c'est que la croissance économique n'a pas entraîné la sécurité économique pour la majorité des personnes ou pour la société dans son ensemble.

L'ironie, c'est qu'avec le rétrécissement des choix réels pour un nombre de plus en plus grand de personnes, ceux qui ont pris de l'avance exigent de plus grands choix. En s'agitant pour un choix plus personnel, les riches sont en train de rompre un consensus historique autour des soins de santé, avec de profondes implications pour la société tout entière. Les soins de santé sont le dernier service public à être entraîné dans la bataille entre le besoin de sécurité et le désir de choisir.

Les pressions : le financement des soins de santé

Les citoyens canadiens ont systématiquement fait part, au cours des sept années écoulées, de leur volonté de payer plus de taxes pour soutenir les soins de santé publique, mais les politiciens ne les ont pas écoutés. Au contraire, ils ont réduit les taxes. A commencer par certaines provinces en 1996, toutes les provinces ainsi que le gouvernement fédéral avaient réduit avant 2000 les taux d'imposition, tout en qualifiant le coût des soins de santé publique d'inabordable et d'insoutenable. L'impact total de ces réductions est estimé à près de 26 milliards de dollars US de pertes de recettes, rien qu'en 2002.²

¹ L'accès aux services de santé aigus (médecins et hôpitaux) est un des droits citoyens depuis 1966, mais aujourd'hui, il y a un débat intense autour de l'avenir des soins de santé. Trois commissions provinciales ont récemment formulé des recommandations concernant le financement et la fourniture de soins de santé publique. Au niveau fédéral, un Comité sénatorial ainsi qu'une Commission désignée recommanderont des changements en ce qui concerne le rôle fédéral dans les soins de santé avant fin 2002.

² Finance Canada, The Fiscal Balance: The Facts, octobre 2002, voir http://www.fin.gc.ca/toce/2002/fbcfacts4_e.html

En conséquence, les services de santé publique ont terriblement manqué de ressources. Le gouvernement fédéral a réduit de 5,5 milliards de dollars US les transferts au titre de la santé vers les provinces, entre 1995 et 2000,³ tandis que les provinces elles-mêmes effectuaient des réductions de plus de 1 milliard de dollars US au milieu des années 90.⁴ Le volume insuffisant de main-d'œuvre résulte en partie de la pénurie mondiale de professionnels de la santé, et en partie de choix délibérés du gouvernement. Les politiques au cours de la décennie passée incluaient : la limitation des inscriptions dans les facultés de médecine et la déréglementation des droits d'inscription, qui sont montés en flèche ; le licenciement de milliers d'infirmiers et d'infirmières et d'autres professionnels de la santé ; et l'application de programmes de retraites anticipées.

Tous les services nécessaires au plan médical ne sont pas couverts par l'assurance publique, aux termes de la Loi canadienne sur la Santé (Canada Health Act). L'accès aux médicaments prescrits et aux services de soins de santé fournis en dehors d'un cabinet médical ou de l'hôpital – comme par exemple les soins infirmiers à domicile ou les soins à long terme – n'est pas garanti. Le degré de couverture publique dépend de la province où l'on réside et détermine le montant dépensé pour ces services, dans le secteur public comme privé.

L'extension de la Loi canadienne sur la santé pour couvrir entièrement les soins nécessaires au plan médical coûtera des milliards de dollars. Cependant, comparativement aux économies réalisées au plan administratif, aux économies d'échelles et au pouvoir régulateur des systèmes du payeur unique, les gens paient encore plus cher quand les mêmes services sont fournis à travers des formes de financement de plus en plus privatisées. La question n'est pas de savoir si les coûts des soins de santé vont augmenter ; cela est inévitable. Les seules véritables questions sont les suivantes : qui a accès aux services de santé, et sur quelle base – le besoin ou la capacité à payer ?

En dépit des réductions de financement, entre 1990 et 2000, l'accroissement et le vieillissement de la population en entraîné une hausse allant jusqu'à de 50% des dépenses publiques pour la santé, alors que les dépenses privés au titre de la santé ont enregistré une hausse de 73%. (Les dépenses publiques représentent 70% de l'ensemble des dépenses au titre des soins de santé).⁵ Sans le renouvellement de l'appui fédéral, la plupart des provinces seront dans l'impossibilité de supporter seules les coûts. Ceci entraîne davantage de réductions dans la fourniture de soins par le secteur public. Le sous-financement chronique des soins de santé publics a entraîné deux formes de privatisation, l'une occulte, l'autre déclarée.

La privatisation occulte

Les gens passent moins de temps à l'hôpital, d'une part en raison des progrès médicaux, et d'autre part à cause des réductions.⁶ Davantage de malades sortent de l'hôpital « plus vite et plus malades », ce qui impose des demandes accrues sur leur réseau de soutien immédiat. Selon les estimations, de 75% à 90% des soins à

³ Calculés d'après Finance Canada, *Backgrounder on Federal Support for Health in Canada*, 29 mars 2000.

⁴ Calculées d'après de Canadian Institute for Health Information (CIHI), *National Health Expenditure Data, 1975 – 2001 (NHEX)*, Tableau D.3.1.

⁵ CIHI, *NHEX*, Tableau A.2

⁶ CIHI, *Hospitalisation Statistics*, Tableau 3: *Hospital Days and Average Length of Stay for Canada, Provinces and Territories. 1994/95 to 1999/00*. Ottawa: Septembre 2001.

domicile sont fournis volontairement par la famille et les amis, essentiellement les femmes.⁷

Toutefois, de moins en moins de gens fournissent de tels soins, en raison de la baisse du taux de natalité, de la participation accrue des femmes à la force de travail, du nombre accru de familles monoparentales et de familles géographiquement dispersées. Cela a entraîné un recours de plus en plus grand aux soins à domicile payants qui ont doublé au cours des années 90.

Les soins de santé représentent la dépense budgétaire des provinces la plus importante et qui augmente le plus rapidement. Les provinces ont contenu les coûts en rayant de la liste les services couverts par une assurance. Certains services supprimés, par exemple certaines transfusions intraveineuses, sont si coûteux que même les personnes aisées sont confrontées à des choix financiers difficiles. Pour les pauvres, les personnes âgées et les handicapées, le choix se situe souvent entre le loyer et la nourriture.

La privatisation déclarée

Les firmes font de publicité auprès des « consommateurs » (sauf en cas d'interdiction par la loi) ou font du marketing auprès des médecins pour accroître la demande de produits pharmaceutiques, de technologies médicales et de techniques de diagnostics. Les services publics sont partiellement privatisés par le truchement de frais d'usage et de mécanismes de co-paiement. Les prestations sont privatisées lorsqu'une part accrue de fonds publics est canalisée vers les entreprises de services à but lucratif. Les trois formes de privatisation déclarée sont en augmentation.

De plus en plus de provinces répondent aux demandes du public pour un meilleur accès aux soins de santé en affirmant que les entreprises à but lucratif peuvent les fournir « plus vite, mieux et à un coût plus abordable » que les organisations à but non lucratif. Un nombre croissant de contrats publics pour la fourniture de soins à long terme et de soins à domicile a été signé avec des organismes à but lucratif ces deux dernières années. Partout, les communautés remettent cette approche en question et les pressions publiques montantes ont entraîné quelques développements encourageants.

Dans le Saskatchewan, la Prince Albert Regional Authority a repris les services de laboratoire à but lucratif et a réalisé d'importantes économies. Un groupe de citoyens ayant dénoncé des cas de fraudes et d'abus dans une grande firme à but lucratif assurant des soins à domicile, le gouvernement du Manitoba a imposé des normes strictes pour les soins, contraignant ainsi la société à se retirer. Par la suite, le gouvernement a financé la fourniture de services par des organisations à but non lucratif, comme il le faisait auparavant. Le gouvernement de l'Alberta a consenti d'énormes investissements pour moderniser la capacité de diagnostic de son système public, annulant ainsi une décision qui visait à accroître la fourniture de services par des entreprises privées.

Ces mesures ont permis de faire des économies, d'améliorer la qualité ou d'élargir l'accès en se passant des services des prestataires à but lucratif. Elles soulèvent une question sérieuse : pourquoi a-t-on, dans un premier temps, augmenté le recours aux services de soins à but lucratif ?

En automne 2002, les gouvernements de la Colombie britannique, d'Alberta et de l'Ontario ont annoncé le financement de cliniques et d'hôpitaux appartenant à des

⁷ Canadian Home Care Human Resources Study, *Phase I Final Report*, Ottawa : février 2002, p.4

investisseurs. Ces initiatives provinciales sont certes peu nombreuses, mais elles permettent de se faire une idée de la légitimité politique de la « recherche de profit » en matière de soins de santé.

Ces projets ont recours à des investisseurs privés pour fournir les capitaux, et parfois les terrains, pour la construction ou d'extension des infrastructures publiques. Le gouvernement prend à bail les installations moyennant des taux de paiement minimum fixés pour 25 à 30 ans (mais pouvant aller jusqu'à 60 ans). Ces paiements sont supérieurs aux charges de la dette contractée à travers un emprunt public et procurent aux actionnaires un retour sur investissement garanti. Le gouvernement n'encourt pas de dette, mais au bout du compte, comme tous les locataires, le public ne possède rien. Le contrat peut stipuler ou non que le propriétaire/investisseur doit assurer au gouvernement un droit de préemption pour le rachat à une valeur marchande équitable.

Dans l'île de Prince Edward, la décision prise en 2001 par le gouvernement de construire un hôpital en utilisant ce type de système de financement public-privé a été révoquée en l'espace de quelques mois, à cause des pressions du public. L'hôpital est à présent construit uniquement sur fonds publics, appartient à l'Etat et fonctionnera comme une entreprise à but non lucratif. Partout dans le pays, les communautés organisent des campagnes de résistance similaires.⁸

Le contexte : accélération de la commercialisation, ALENA et AGCS⁹

Contrairement aux assurances données par les responsables gouvernementaux, le système canadien de soins de santé n'est pas totalement soustrait de l'ALENA et de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Bien qu'il y ait des sauvegardes au titre de la santé publique, l'assurance santé est une catégorie explicite de service couvert par ces accords. A mesure que les provinces augmentent la participation commerciale dans les soins de santé publics, elles réduisent la portée des sauvegardes existantes, en facilitant l'entrée des investisseurs étrangers et en faisant en sorte qu'il soit plus difficile pour les gouvernements à venir d'inverser la tendance à l'implantation de services de santé privés, à but lucratif.

Il y a un conflit flagrant entre les objectifs de la politique nationale de santé et ceux de la politique commerciale internationale. Les traités commerciaux internationaux sont conçus pour faciliter et étendre la commercialisation, limitant le pouvoir discrétionnaire de régulation du gouvernement de sorte que les services sont fournis selon les principes de marché : une demande mue par la capacité à payer, une offre tirée par la capacité à faire de l'argent. Cela est en contradiction avec l'objet de Canadian Medicare – demande et offre mues par le besoin (ce « besoin » étant défini à travers le système du « payeur unique » financé par l'Etat, et la capacité à répondre aux besoins limitée par la capacité à mobiliser des recettes publiques).

Vus sous l'angle commercial, les consommateurs de santé publique représentent des opportunités commerciales non exploitées, tandis que les systèmes de soins de santé publique représentent une concurrence déloyale. Les dépenses de santé publique au Canada se sont accrues à un rythme annuel moyen de plus de 8% au cours des 25 dernières années. Les dépenses privées ont pratiquement doublé

⁸ Voir <http://www.healthcoalition.ca>

⁹ Le texte qui suit s'inspire de Matthew Sanger et Scott Sinclair, *Putting Health First : Canadian Healthcare Reform, Trade Treaties and foreign Policy*. www.policyalternatives.ca

depuis 1990.¹⁰ Avec plus de 63 milliards de dollars US dépensés au titre de la santé, chiffre d'ailleurs en progression, le potentiel commercial est vaste au Canada.

Les dangers découlant des accords commerciaux incluent :

- ? *Les règles non-discriminatoires.* Si les assureurs étrangers de la santé perdaient une portion de leur part de marché en raison de l'expansion des programmes couverts par l'assurance santé publique – par exemple les traitements médicamenteux ou les soins à domicile – ils pourraient demander une compensation au titre des dispositions de l'ALENA relatives à l'expropriation ou des dispositions de l'AGCS portant sur les monopoles. Si les politiques publiques sont en faveur des prestataires de soins santé communautaires locaux ou des services à but non lucratif, les sociétés étrangères pourraient se servir des règles anti-discriminatoires de l'ALENA et de l'AGCS pour exiger une compensation ou un droit d'accès au marché. En vertu des règles de la nation la plus favorisée, une fois qu'un fournisseur étranger opère dans un marché, tous les fournisseurs étrangers ont droit au même accès.
- ? *Les droits de propriété intellectuelle.* Les règles de l'OMC et de l'ALENA sur la propriété intellectuelle requièrent un minimum de 20 ans de protection du brevet de monopole et interdisent le stockage ou l'exportation de médicaments génériques. Ceci rehausse les coûts des médicaments et réduit la disponibilité de médicaments abordables pour faire face aux urgences médicales. Un exemple frappant est l'affaire «Cipro» : en octobre 2001, le Canada a été pratiquement bloqué par une grande société pharmaceutique lorsqu'il a tenté d'acheter des antibiotiques (fabriqués sous licence ou génériques) en quantités suffisantes pour traiter l'exposition massive à l'anthrax, une menace bio-terroriste d'une ampleur inconnue à l'époque.

La réponse : Que devrait faire le gouvernement canadien ?

Les objectifs commerciaux et de santé publique ont des principes conflictuels. Ils ne peuvent pas être en tête tous les deux. Les soins de santé sont un droit humain par quintessence. Le Canada avait reconnu cela lorsqu'il a été coauteur de la Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948 et avait signé le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels en 1976. Le principe fondamental de la Loi sur la Santé au Canada (*Canada Health Act*) est l'égalité d'accès. Le gouvernement canadien doit prendre dès à présent des mesures décisives pour mettre fin à la commercialisation des soins de santé avant que les traités commerciaux ne rendent trop onéreuse l'inversion de cette tendance. De telles mesures devraient inclure :

- ? La reconnaissance explicite de la primauté des lois internationales relatives aux droits humains sur les traités portant sur le commerce et l'investissement.
- ? La recherche d'exemptions universelles pour les services de santé publique avec l'ensemble des partenaires aux négociations (pas seulement les

¹⁰ CIHI NHEX 1975 – 2001. Ottawa, 2002 Série C.

exemptions spécifiques aux pays) lors des pourparlers de l'OMC à Doha et des négociations de l'Accord de libre-échange des Amériques.

- ? Le retrait de son soutien aux procédures de règlement des différends investisseurs contre Etat qui permettent aux investisseurs de contester directement des mesures de politique publique
- ? Le retrait de son engagement de 1995 au titre de l'AGCS, couvrant l'assurance santé.
- ? L'ouverture de la position du gouvernement en matière de politique commerciale à l'examen approfondi et à la pleine participation du public, y compris la divulgation totale de tous les documents et de toutes les informations relatifs aux sessions de négociation.
- ? La garantie de la bonne qualité des soins de par l'instauration et l'application de normes de performance nationales claires, en échange de fonds publics.
- ? L'expansion de la fourniture publique de soins de santé pour y inclure les médicaments et les traitements nécessaires au plan médical, ainsi que l'augmentation du financement fédéral pour rendre cela possible.

Le choix du Canada

Les nations sont caractérisées par la façon dont elles définissent et satisfont les besoins de base de l'ensemble de leurs citoyens. La fourniture de soins de santé basée sur les besoins, et non sur la capacité à payer, signifie que tout un chacun a accès à la solidarité de tous lorsqu'il est frappé par la maladie. Cela évoque le sens de la citoyenneté canadienne plus effectivement que ne le fait un passeport ou une armée, une monnaie ou un corps diplomatique.

Les choix que fera le gouvernement fédéral au cours de l'année à venir non seulement caractériseront le type de nation que nous sommes, mais détermineront aussi ce que les gens ailleurs peuvent attendre ou espérer. La santé publique est le joyau de la couronne de nos programmes sociaux et de nos réalisations sociales. Il reste à voir si nos gouvernements la considèrent comme un trésor ou comme un bien à liquider.

Canadian Centre for Policy Alternatives
<ayal@sympatico.ca>