



« L'INNOVATION » DÉNONCÉE

UN INVENTAIRE EN CONTINU DES PRINCIPALES INITIATIVES DE PRIVATISATION DANS LE SYSTÈME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ

1^{er} septembre 2004 – 21 juillet 2005

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
INTRODUCTION.....	1
PRINCIPALES FORMES DE PRIVATISATION AU CANADA.....	4
HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF	4
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES	4
SOUS-TRAITANCE	5
LA PRIVATISATION AU CANADA : [mise à jour le 21 juillet 2005].....	6
LA PERSPECTIVE FÉDÉRALE.....	6
COLOMBIE-BRITANNIQUE [mise à jour le 21 juillet 2005].....	27
2005.....	27
HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF	27
SOUS-TRAITANCE	28
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES.....	33
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : LES SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES	37
DIVERS	39
2004.....	40
HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF	40
SOUS-TRAITANCE	40
ALBERTA [mise à jour le 21 juillet 2005].....	44
2005.....	44
SOUS TRAITANCE.....	44
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES	45
AUTRES	47
HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF	49
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SANTÉ À DEUX VITESSES	50
AUTRES	53
2004.....	56
BONNES NOUVELLES	56

SASKATCHEWAN [mise à jour le 21 juillet 2005]	57
2005.....	57
HÔPITAUX	57
CLINIQUES ET SERVICES À BUT LUCRATIF : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES	57
DIVERS	58
MANITOBA [mise à jour le 21 juillet 2005]	60
2005.....	60
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES.....	60
HÔPITAUX	61
HÔPITAUX ET SERVICES PRIVÉS : SYSTÈME DE SANTÉ À DEUX VITESSES	62
DIVERS	65
ONTARIO [mise à jour le 21 juillet 2005]	67
HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF	67
SOUS-TRAITANCE	68
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES.....	69
AUTRES	71
HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF	73
SOUS-TRAITANCE	76
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES	77
AUTRES	78
BONNES NOUVELLES	79
QUÉBEC [mise à jour le 21 juillet 2005]	81
2005.....	81
HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF	81
CLINIQUES ET SERVICES À BUT LUCRATIF : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES	81
AUTRES	84
HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF	85
CLINIQUES ET SERVICES À BUT LUCRATIF : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES	87
AUTRES	90
2004.....	91
HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF	91
SOUS-TRAITANCE	91
LES CLINIQUES ET SERVICES À BUT LUCRATIF : LA SANTÉ À DEUX VITESSES	92

NOUVEAU-BRUNSWICK [mise à jour le 21 juillet 2005]	94
2005.....	94
HÔPITAUX	94
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SERVICES DE SANTÉ À DEUX VITESSES	95
HÔPITAUX	97
HÔPITAUX ET SERVICES PRIVÉS : SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES	98
DIVERS	99
NOUVELLE-ÉCOSSE [mise à jour le 21 juillet 2005]	102
2005.....	102
HÔPITAUX	102
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES.....	102
AUTRES	103
2004.....	104
ÉTABLISSEMENT ET SERVICES À BUT LUCRATIF : SANTÉ À DEUX VITESSES.....	104
TERRE-NEUVE ET LABRADOR [mise à jour le 21 juillet 2005]	106
2005.....	106
HÔPITAUX	106
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES À BUT LUCRATIF : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES	107
DIVERS	108
BONNES NOUVELLES	109
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD [mise à jour le 21 juillet 2005]	110
2005.....	110
HÔPITAUX.....	110
SOUS-TRAITANCE	110
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES.....	111
HÔPITAUX	112
HÔPITAUX ET SERVICES PRIVÉS : DES SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES	112
DIVERS	113

Les soins de santé à but lucratif ont proliféré depuis la signature de la deuxième entente sur la santé en septembre 2004. Cet inventaire dresse la liste de ces initiatives, dont les partenariats public-privé, les cliniques privées et les autres menaces envers des soins de santé publics, équitables et viables. Ces menaces sont essentiellement causées par la recherche de profit. Notre premier inventaire, à scfp.ca, dresse une liste des projets de privatisation entrepris dans le secteur de la santé entre l'automne 2003 et l'automne 2004. Vous connaissez l'existence d'autres initiatives de privatisation ? Faites part de vos renseignements et de vos sources à Research@cupe.ca ou téléphonez (613) 237-1590

INTRODUCTION

Lors de la rencontre des premiers ministres de l'automne 2004, le premier ministre Paul Martin, les premiers ministres provinciaux et les dirigeants des territoires se sont entendus sur une formule de financement renouvelée et ont promis, avec leur plan sur dix ans de renforcement des soins de santé, de reconstruire notre système de santé. Ils ont expliqué que l'engagement du fédéral de verser 41 milliards signifierait une diminution des listes d'attente et des soins de meilleure qualité pour « tous ».

Toutefois, alors que l'argent a commencé à circuler, la partie « tous » de cet engagement ne s'est pas concrétisée. L'argent du fédéral a été transféré aux provinces sans être accompagné d'une quelconque condition liée à une prestation publique et à but non lucratif des services. Les sociétés à but lucratif et les Canadiens qui sont en mesure de payer en ont profité alors que le travailleur canadien moyen n'a eu droit qu'à une diminution des soins et une augmentation de la privatisation.

La réaction du gouvernement fédéral au jugement de la Cour suprême en faveur des soins à but lucratif (la cause Chaoulli) a été pour le moins timide. Certaines provinces y voient une occasion d'autoriser la poursuite de la croissance des soins privés. Les cliniques à but lucratif et les hôpitaux PPP n'ont pas été interdits.

Le ministre fédéral de la Santé, M. Dosanjh, n'a exercé aucune surveillance ni imposé l'application stricte de la *Loi canadienne sur la santé*, de façon à assurer que la prestation des soins demeure publique et sans but lucratif. Le rapport annuel du ministre de la Santé sur la *Loi canadienne sur la santé* est plein de trous – il y manque d'énormes quantités de données sur les cliniques privées et les services à but lucratif. Le gouvernement n'exerce aucune pression sur les provinces pour qu'elles rendent ces données disponibles.

Les Canadiens ont vu le premier ministre albertain, Ralph Klein, faire progresser les soins à but lucratif avec sa « Troisième voie ». Ils ont vu le premier ministre ontarien, Dalton McGuinty, faire pression en faveur de la privatisation avec de nouvelles propositions d'hôpitaux en PPP (partenariats public-privé). Ils ont aussi vu le premier ministre du Nouveau-Brunswick se dire ouvert aux entreprises à but lucratif pendant que le premier ministre du Québec, Jean Charest, permet la multiplication des cliniques à but lucratif et que les listes d'attente continuent de s'allonger.

Les Canadiens ont aussi vu les compressions dans les services et les privatisations conduire à de mauvaises conditions d'hygiène qui ont rendu nos hôpitaux non sécuritaires. La Colombie-Britannique, l'Ontario, le Québec et de nombreuses villes canadiennes ont considérablement souffert de ces conditions. La présence des super bactéries est en forte croissance.

Cet inventaire a pour objectif de documenter les « innovations » qui ont été apportées au système canadien de soins de santé depuis la signature de l'Accord sur la santé en septembre 2004. Il y a aujourd'hui plus de PPP, plus de cliniques à but lucratif et plus de services de santé privés que jamais auparavant.

L'innovation dénoncée documente plus de 106 importantes initiatives de privatisation lancées depuis la signature de l'accord de 2003 incluant plus de 61 nouvelles initiatives depuis le 1 septembre 2004. Aucun gouvernement n'exerce de surveillance sur ce développement. Il y a un manque flagrant de documentation sur la tendance à la privatisation dans les soins de santé au Canada. Ce document constitue une tentative pour combler les lacunes en ce domaine.

Dans un rapport précédent, L'innovation dénoncée 2003-2004, nous avons expliqué en quoi les soins de santé à but lucratif sont inefficaces, de moindre qualité et plus dispendieux que les soins publics. Nous avons aussi expliqué les liens entre le développement des soins de santé à but lucratif au Canada et les ententes commerciales dans lesquelles nous sommes partenaires et les dangers qui en découlent (voir scfp.ca).

Les Canadiens ne veulent pas d'innovations qui signifient que les travailleurs du secteur de la santé, en majorité des femmes et des personnes de couleur, perdent leur emploi ou sont forcés d'accepter d'importantes baisses de salaire. Les innovations qui passent par les compressions dans les services, la sous-traitance, la privatisation et la recherche de profit ne sont pas, comme aimerait nous le faire croire les grandes entreprises, la solution aux problèmes de notre système de santé.

Une note concernant le texte :

Ce document évolue au fil des ajouts qui nous permettent chaque fois d'en apprendre plus sur les complexités de la privatisation. Il ne s'agit pas d'un portrait complet, mais il permet de se faire une idée claire de l'extraordinaire étendue des initiatives de privatisation dans le secteur des soins de santé, tant à l'échelon provincial que local. Le rythme est tellement rapide que même notre terminologie – et notre façon de décrire et de classer les diverses formes de privatisation – prend du retard. Dans sa version actuelle, l'inventaire fait la distinction entre trois formes de privatisation :

- hôpitaux privés à but lucratif (souvent des P3) ;
- établissements et services privés (des cliniques par exemple) ; et
- sous-traitance.

Le retrait de services assurés est, pour l'instant, comptabilisé avec les « établissements et services privés ». Il est probable que cette façon de faire soit appelée à changer au cours des semaines et des mois qui viennent, alors que le SCFP et les autres

défenseurs de notre système public de soins de santé continueront à faire le compte des services qui ne sont plus couverts par les programmes provinciaux d'assurance-maladie. Le retrait de ces services constitue une forme de privatisation et il est au centre de la stratégie des provinces qui cherchent à réduire l'étendue et la pertinence du système public tout en clamant qu'elles en sont d'ardents défenseurs.

Les principales sources de cet inventaire sont les articles des médias généralistes et des publications spécialisées dans le domaine de la santé. Chacune des entrées dans les rubriques provinciales est un résumé de l'initiative suivi de sa source. Les entrées sont classées par genre de privatisation.

PRINCIPALES FORMES DE PRIVATISATION AU CANADA

HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Les hôpitaux privés à but lucratif prolifèrent sous forme de partenariats public-privé, aussi connus sous les sigles PPP et P3. Les P3 sont des contrats complexes liant le secteur public et un groupe de sociétés privées à but lucratif regroupées en consortium unique dont l'objectif est de soumissionner pour l'obtention de contrats d'hôpitaux privés.

Le soumissionnaire qui remporte le contrat a la responsabilité du financement, de la gestion et de l'exploitation des hôpitaux. Il est aussi responsable des principaux services de soutien offerts à l'hôpital, ce qui est généralement fait par l'entremise de l'une des sociétés membres du consortium. Dans certains cas, le consortium privé est propriétaire du bâtiment et le secteur public le loue, et dans d'autres, le secteur public verse des paiements de remboursement à un secteur privé qui agit comme une banque. Un certain nombre de ces hôpitaux privés en sont à divers stades de réalisation un peu partout au pays (consultez les sections provinciales pour plus de détails). Les P3 sont une approche relativement nouvelle pour le financement des nouvelles infrastructures, mais les gouvernements s'y intéressent de plus en plus, tant dans le domaine de la santé qu'ailleurs, parce qu'ils représentent une façon pratique de soustraire le coût de l'infrastructure de la comptabilité courante pour l'étaler à plus long terme.

La Colombie-Britannique a deux projets d'hôpitaux P3 confirmés. L'Alberta en a aussi annoncé deux, mais aurait d'autres projets en réserve. Au Québec, on prévoit fusionner les principaux hôpitaux de Montréal et créer deux méga-hôpitaux sur le modèle des P3 pour le financement et la prestation des services. Trois projets d'hôpitaux P3 sont déjà confirmés en Ontario et il y en a plusieurs autres à venir. Au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve et Labrador, on envisage aussi d'avoir recours aux P3 pour le financement des nouvelles infrastructures dans le secteur des soins de santé.

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Une autre forme de privatisation est aussi en croissance : celle des cliniques à but lucratif qui offrent des services médicaux essentiels pouvant aller de la dialyse à la chirurgie, en passant par les traitements contre le cancer. Ces cliniques permettent aux patients détenant une assurance privée ou prêts à déboursier d'éviter les listes d'attente en payant pour les services. Comme un nombre croissant de services autrefois offerts par le secteur public ne sont plus couverts par l'assurance-maladie, c'est maintenant de la capacité de payer de plus dépend l'accessibilité aux soins de santé.

SOUS-TRAITANCE

La sous-traitance des services de soutien des hôpitaux fait partie intégrante des ententes de P3, mais le secteur public conclut aussi des ententes de sous-traitance directement avec le secteur privé à qui il confie la responsabilité de l'embauche du personnel, de la gestion de l'entretien ménager, de la buanderie, des services alimentaires et de diététique, de la sécurité et d'autres. On a de plus en plus recours à cette stratégie pour diminuer les coûts de main-d'œuvre.

Mais le coût pour le système est énorme : diminution de la qualité, augmentation du taux de roulement du personnel, diminution des compétences et de la formation, augmentation de la charge de travail, rémunération inéquitable en raison de salaires diminués de moitié et perte de confiance envers le système public. Les femmes sont particulièrement touchées par les licenciements et les baisses de salaire parce qu'elles sont majoritaires dans ces classes d'emploi. Il en va de même pour les immigrantes récentes et les membres des minorités visibles, qui sont particulièrement nombreuses dans ces catégories d'emploi.

Nous commençons à assister à la sous-traitance d'autres services de santé, dont certains soins directs aux patients. En Colombie-Britannique, tout est à vendre. De la gestion du programme d'assurance aux chirurgies d'un jour, tout est offert en sous-traitance à l'entreprise privée.

LA PRIVATISATION AU CANADA : [mise à jour le 21 juillet 2005]

LA PERSPECTIVE FÉDÉRALE

Les soins de santé privés signifient que les employeurs tentent de refiler les coûts des soins à leurs employés

L'augmentation des coûts des soins de santé a entraîné un ralentissement de la croissance des profits au cours des 12 derniers mois, affirment la moitié des grandes sociétés américaines dans un récent sondage. Dans plus de 75 % des cas, les sociétés disent qu'il est possible qu'elles demandent à leurs employés de payer une plus grande part des coûts liés à l'assurance-santé. Ces chiffres ont été tirés d'un sondage réalisé par PricewaterhouseCoopers auprès de 150 chefs d'entreprises multinationales américaines de divers secteurs.

Une entreprise sur quatre dit que l'augmentation à deux chiffres des coûts des soins de santé pourrait la forcer à réduire les augmentations de salaire prévues pour les employés. Un ralentissement de l'embauche de nouveaux employés permanents au cours de la prochaine année est aussi possible. Les répondants au sondage affirment que l'augmentation moyenne des coûts de l'assurance-santé a été d'environ 12 % au cours de la dernière année et ils prévoient une nouvelle augmentation de l'ordre de 11,1 % au cours des douze prochains mois.

18 juillet 2005 «*Rising Healthcare Costs Cut Into Profits for Half of Large US Businesses: National Survey Shows More than Three-Quarters of All Companies Are Looking to Shift More Healthcare Costs to Employees*», (L'augmentation des coûts des soins de santé fait diminuer les profits de la moitié des grandes sociétés américaines. Un sondage national démontre que plus de 75 % des toutes les entreprises cherchent à refiler une plus grande part des coûts de la santé à leurs employés.) L'Institut de recherche sur la santé *Pricewater*.

Les entreprises canadiennes doivent soutenir l'assurance-maladie

General Motors a un important avantage concurrentiel en raison de système canadien d'assurance-maladie.

Au sud de la frontière, il en coûte à General Motors environ 1 500 \$ par véhicule pour payer les frais médicaux de ses employés à la retraite. Au Canada ce chiffre est de moins de 500 \$.

L'assurance-maladie est une bonne chose pour le milieu d'affaires canadien et elle contribue à son avantage concurrentiel. Pourquoi les sociétés privées ne se lèvent-elles pas pour défendre le système public de soins de santé du Canada ?

17 juillet 2005 «*Canadian corporations need to stick up for our health-care system: Praise from head of GM of Canada underscores value of public health*», (Les entreprises canadiennes doivent se porter à la défense de notre système de santé. L'éloge de la direction de GM Canada souligne la valeur du système public de santé.) *The Edmonton Journal*.

La Coalition canadienne pour la santé et le Comité de la Charte et des questions de pauvreté demandent une audience à la Cour suprême en soutien à l'assurance-maladie.

Les intervenants dans la cause Chaoulli devant la Cour suprême du Canada demandent à la Cour de tenir une audience et d'émettre le jugement approprié pour rétablir les choses à la suite de son controversé jugement dans la cause des soins de santé au Québec. Selon les intervenants, une audience sur des mesures correctrices et un jugement distinct sur ces mesures correctrices sont nécessaires pour protéger le droit à la vie et à la sécurité des gens qui n'auraient pas les moyens ou ne seraient pas admissibles à une assurance-santé privée.

14 juillet 2005 «*Intervenors seek hearing on remedy in Quebec health care case – Charter Committee on Poverty Issues and the Canadian Health Coalition*», (Les intervenants demandent une audience sur des mesures correctrices dans la cause des soins de santé au Québec – La Coalition canadienne pour la santé et le Comité de la Charte et des questions de pauvreté.) *healthcoalition.ca*.

La décision de la Cour suprême ébranle l'assurance-maladie.

La récente décision de la Cour suprême sur la question de l'achat d'assurance-santé privée pour les services médicalement requis ne constitue pas un permis de privatisation du système canadien de soins de santé. Mais elle a tout de même mis les entreprises favorables à la privatisation sur la poste du sang.

Le ministre Dosanjh doit faire l'objet de pressions afin qu'il s'attaque aux véritables problèmes derrière les listes d'attente. Il doit aussi exercer une surveillance et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*. Il doit donc agir à l'encontre des cliniques privées à but lucratif qui minent le système public et interdire les partenariats public-privé dans le secteur des soins de santé.

Le gouvernement fédéral fait un travail tout à fait médiocre en matière de supervision, d'application et de soumission de rapport sur la loi. Le rapport annuel du ministre de la Santé au Parlement canadien sur la *Loi canadienne sur la santé* est plein de trous. Il y manque en effet d'énormes quantités de données sur les cliniques privées et les services à but lucratif. La plupart des provinces ne rapportent pas ces données et le gouvernement fédéral ne met pas de pression afin qu'elles le fassent.

La récente décision de la Cour suprême a porté un dur coup au système canadien d'assurance-maladie. Quatre des sept juges ont tranché que la solution au problème

des listes d'attente dans le système public était d'accorder à ceux qui ont les moyens de se payer une assurance privée le droit constitutionnel de passer en tête de la liste.

La décision majoritaire défend avec force les droits des assureurs privés tout en affirmant que les pauvres n'ont aucun droit constitutionnel d'accès aux soins de santé. La décision pervertit les valeurs canadiennes et elle contrevient probablement au droit international en matière de droits de la personne.

La stratégie visant à réduire les listes d'attente est vouée à l'échec sans un plan destiné à contenir la prestation privée des services.

8 juillet 2005 «Chaoulli Supreme Court decision», (La décision de la Cour suprême dans la cause Chaoulli.) *cupe.ca*.

14 juin 2005 «The Chaoulli Supreme Court of Canada Decision, June 9, 2005», (La décision de la Cour suprême dans la cause Chaoulli, 9 juin 2005.) *cupe.ca*.

Été 2005 «Chaoulli vs. Québec», *healthcoalition.ca*.

Le ministre fédéral de la Santé reconnaît la menace que fait peser le jugement de la Cour suprême sur le système public de soins de santé.

Le ministre fédéral de la Santé a reconnu la menace posée par les cliniques privées sur le système public de soins de santé. Jeudi dernier, le ministre de la Santé, Ujjal Dosanjh, a déclaré, sur les ondes d'une station de radio de Vancouver, que lorsqu'il y aura de nombreuses cliniques privées, toute l'énergie, les ressources et le personnel seront drainés hors du système public qui se retrouvera dans un état encore pire qu'il ne l'est aujourd'hui.

De plus, M. Dosanjh a déclaré que les cliniques privées à but lucratif ne constituent absolument pas une panacée au problème des listes d'attente et qu'il n'existe rien de plus efficace et de moins dispendieux qu'un système public de soins de santé.

23 juin 2005 «*Dosanjh admits that private clinics hurt public system*», (M. Dosanjh admet que les cliniques privées nuisent au système public.) *cupe.ca*.

22 juin 2005 «*Private health care no panacea: Dosanjh, Health Minister says wait times would be longer under two-tier system*», (Les soins de santé privés ne sont pas une panacée. Le ministre de la Santé dit que les listes d'attente seraient encore plus longues dans un système de santé à deux vitesses.) Stratford Beacon-Herald.

Les ententes commerciales sont encore plus menaçantes à la lumière du jugement de la Cour suprême.

La Cour suprême a omis une donnée très importante en ne tenant pas compte du fait que les menaces posées par les ententes commerciales doivent être étudiées attentivement avant d'entreprendre toute réforme importante du système de santé, un avertissement déjà lancé par la Commission Romanow. Scott Sinclair, un spécialiste

des politiques commerciales au Centre canadien de politiques alternatives, affirme que ce sont les gens à revenu moyen et faible qui seront les grands perdants si notre système de santé adopte le modèle américain. « Empêcher l'interdiction de l'assurance-santé privée fera en sorte d'ouvrir la porte du système canadien de soins de santé aux multinationales de l'assurance et aux entreprises à but lucratif du secteur des soins de santé. »

Lorsque les grandes sociétés internationales auront pris pied à l'intérieur du système de soins de santé, les ententes commerciales internationales comme l'ALÉNA et l'organisation mondiale du commerce (OMC) leur donneront toutes les armes dont elles ont besoin pour se battre contre toute tentative du gouvernement de les déplacer ou de contrôler leur part de marché.

30 juin 2005 «Opening the gate for a Trojan horse: Supreme Court ruling oblivious to trade treaty threats», (Ouvrir la porte au cheval de Troie. Le jugement de la Cour suprême ignore les menaces posées par les traités commerciaux internationaux.) Toronto Star.

L'Association médicale canadienne se porte à la défense des soins de santé privés.

Le président de l'Association médicale canadienne (AMC), le Dr. Albert Schumacher, affirme qu'il est temps d'envisager un rôle limité pour le privé au sein de notre système public - le Times Colonist.

« Dans le Ottawa Citizen, le président de l'AMC, le Dr. Albert Schumacher, a déclaré : « Que vous le vouliez ou non, le système de soins de santé est à la croisée des chemins et il est temps de faire preuve de leadership. L'AMC veut faire en sorte que les patients aient accès à des soins de qualité à l'intérieur de délais raisonnables. Certaines personnes ont suggéré que l'AMC ne devrait pas se pencher sur le rôle du secteur privé dans la prestation des services de soins de santé. Que vous aimiez l'idée ou pas, nous devons le faire. »

29 juin 2005 «Welcome doctors to health debate: it would be wrong to silence the people who have the most front-line experience», (Bienvenue aux médecins dans le débat sur la santé : il serait inapproprié de réduire au silence ceux qui ont le plus d'expérience en première ligne.) Times Colonist (Victoria).

29 juin 2005 «Supreme Court issues health-care wake-up call», (La cour suprême sonne le réveil du système de soins de santé.) Ottawa Citizen.

Chaoulli ovationné par les défenseurs américains des soins de santé à but lucratif.

Plusieurs conservateurs américains qui craignent l'envahissement, au sud de la frontière, de notre médecine de type socialiste, ont fait de Jacques Chaoulli, le médecin de famille montréalais qui a remporté sa bataille en faveur des soins de santé privés au Canada, un véritable héros populaire.

Il était récemment de passage à Washington afin d'y rencontrer des groupes de droite et d'aider les sociétés américaines du secteur des soins de santé à s'établir au Canada.

22 juin 2005 «Private-health activist a 'superstar': Canadian admired by U.S. conservatives», (Un militant des soins de santé privés est une super star. Un Canadien est admiré par les conservateurs américains.) Globe and Mail.

Des soldats canadiens reçoivent des soins de santé à but lucratif

Des soldats canadiens recevront bientôt des traitements de médecins du secteur privé, grâce à une entente conclue entre le ministère de la Défense nationale (MDN) et Calian Technologies Ltd. Au cours des cinq prochaines années, le gouvernement versera à Calian plus de 400 millions de dollars pour les services de professionnels qualifiés comme des techniciens de laboratoire. Le ministère obtiendra aussi les services de médecins lorsqu'il sera nécessaire de remplacer le personnel médical de l'armée. (Selon un reportage de CTV.)

Le National Post rapporte pour sa part que le ministère de la Défense nationale a dépensé 1,3 millions de dollars l'an dernier pour que des militaires puissent passer des examens d'imagerie par résonance magnétique et d'autres examens.

22 juin 2005 «Military, RCMP get private health care», (Des militaires et des agents de la GRC reçoivent des soins privés.) CTV.ca.

21 juin 2005 «Military spent \$1.3M last year on private MRIs: Not part of health act: 'Public system not doing the job,' Tory MP says», (L'armée a dépensé 1,3 millions l'an dernier pour des examens d'imagerie par résonance magnétique. Ils ne sont pas couverts par la loi sur la santé. Le système public n'est pas à la hauteur dit un député conservateur.) National Post.

Des experts en assurance plaident contre l'assurance-santé privée

L'expérience acquise avec l'assurance-santé supplémentaire défrayée par les employeurs nous suggère que l'assurance-santé privée pourrait ne pas être en mesure d'être « abordable » ou « d'offrir un produit meilleur et à prix plus concurrentiel que ce qui est actuellement offert par le système public ».

Par Hugh O'Reilly – un partenaire de Cavalluzzo Hayes Shilton McIntyre & Cornish, une firme spécialisée dans les lois sur les régimes de retraite et les avantages sociaux – et Fred Holmes, directeur principal du Centre de l'excellence pour Emergis Inc.

21 juin 2005 «Private health insurance», (Assurance-santé privée.) Globe and Mail.

Jugement de la Cour suprême en faveur des soins de santé privés : réactions choisies

3 juillet 2005 «Queue-jumping health insurance proposals no help to the sick: Court must close door allowing 'discrimination' against the sick», (La proposition d'assurance-santé permettant d'éviter les listes

Service de recherche du SFCP national

**L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005**

d'attente n'aidera en rien les gens malades. La Cour doit fermer la porte à la discrimination contre les malades.) *The Edmonton Journal*.

Le premier ministre Paul Martin insiste pour dire que l'accès aux soins de santé devrait être dicté par le besoin plutôt que la capacité de payer, même si un jugement de la Cour suprême suggère le contraire.

21 juin 2005 «Martin defends single-tier health care, despite Supreme Court ruling», (*Le premier ministre Martin défend le système de santé à une vitesse, malgré le jugement de la Cour suprême.*) *Presse Canadienne*.

Roy Romanow affirme que le jugement de la Cour suprême de la semaine dernière sur l'assurance-santé privée au Québec pourrait tuer la *Loi canadienne sur la santé*, la pierre d'assise de l'assurance-maladie.

Il dit que le jugement de portant à confusion, qu'il est contradictoire et d'une certaine façon non basé sur la preuve avancée – de fait, il n'est basé sur aucune preuve.

17 juin 2005 «Romanow says Supreme Court ruling may kill Canada Health Act», (*Roy Romanow dit que le jugement de la Cour suprême tuera la Loi canadienne sur la santé.*) *Presse canadienne*.

« La grande ironie du jugement de la Cour suprême de la semaine dernière est que l'homme qui s'est battu pour le droit à l'assurance privée pour éviter les listes d'attente n'aurait pas été admissible à une telle assurance. »

Wendy Hope, vice-présidente des relations externes à l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, affirme que son organisation étudie toujours le jugement du tribunal. Si l'assurance privée pour les services médicalement requis est acceptée, les gens qui sont actuellement sur les listes d'attente pour une chirurgie ne seront pas admissibles.

15 juin 2005 «Sick people can't get health insurance», (*Les personnes malades ne pourront avoir accès à une assurance-santé*) *London Free Press*.

La Cour suprême n'a pas seulement mis fin à l'interdiction du Québec d'avoir recours à une assurance privée pour obtenir des soins dans des cliniques ou des bureaux de médecins, elle a aussi mis fin à l'interdiction faite aux Québécois de se procurer une assurance pour les séjours à l'hôpital et certains services de l'assurance-maladie offerts dans les hôpitaux.

11 juin 2005 «Shot in arm for private hospitals: High court ruling a 'Pandora's Box' Ban on insurance for hospital service also overturned», (*Une bouffée d'oxygène pour les hôpitaux privés. Le jugement de la Cour suprême, une boîte de Pandore. L'interdiction de l'assurance pour les services hospitaliers aussi renversée.*) *La Gazette de Montréal*.

«La réglementation « intelligente » fait la promotion de la privatisation

Service de recherche du SFCP national

**L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005**

Le projet d'Ottawa de modernisation des règlements en matière de santé et sécurité suscite des inquiétudes : il s'agit peut-être d'une initiative menée par l'industrie et visant la déréglementation.

L'initiative de réglementation intelligente que le service public proposera au gouvernement fédéral l'hiver prochain servira de guide à la réglementation fédérale en matière de santé et sécurité relativement à tout, des produits pharmaceutiques aux semences. Destinée à moderniser le système de réglementation, elle a aussi pour objectif de créer un climat économique propice à l'innovation et à l'investissement. Les principes moteurs de l'initiative sont l'efficacité, le rapport coût-efficacité, la capacité de rendre des comptes et la performance.

7 juin 2005 «Ottawa to combine smart regulation and precaution», (*Ottawa conjuguera réglementation intelligente et prudence.*) *Journal de l'Association médicale canadienne.*

Les soins de santé à but lucratif prospèrent dans le sud – General Electric en profitera

Les longues listes d'attente, causées par le manque de personnel et les problèmes de gestion interne, ont poussé des Canadiens à se rendre à l'extérieur du pays pour des chirurgies électorales dans des centres de santé à but lucratif. General Electric est une des entreprises qui bénéficieront de ces déplacements, en investissant, en Inde, dans un hôpital à but lucratif de 1 800 lits et dans un centre de recherche médicale. Ce centre privé sera construit près de la capitale indienne par le groupe MediCity, basé à Delhi; il ouvrira ses portes en 2007.

27 mai 2005 « GE to collaborate on Indian medical facility » (GE apportera sa contribution à un établissement médical en Inde), *The Globe and Mail.*

27 mai 2005 « GE chief sees India as fastest growing economy in world over next five years » (Selon le patron de GE, l'économie de l'Inde aura une des croissances les plus rapides des cinq prochaines années), *Canadian Press Newswire*

11 mai 2005 « The emergence of medical tourism » (L'émergence du tourisme médical), *Global National.*

Le premier ministre du Manitoba, Gary Doer, n'appuie pas les soins de santé à but lucratif

Le premier ministre Doer affirme que le *National Post* s'est trompé en prétendant qu'il était en faveur de la prestation de soins de santé à but lucratif. Le 20 mai 2005, le rédacteur en chef du quotidien ontarien a soutenu que M. Doer avait « fait remarquer que son gouvernement payait déjà pour envoyer des patients atteints de cancer se faire traiter au sud de la frontière, pour ne pas mettre leur vie en péril à cause des listes d'attente démesurément longues ». Le 25 mai 2005, M. Doer, par l'entremise de

Broadcast News, a qualifié cet éditorial d'erroné. « Envoyer des gens à l'extérieur de la province pour se faire traiter, a-t-il dit, n'équivaut pas à une approbation implicite des soins de santé privés. »

25 mai 2005 « Doer denies he'd support private health care » (Doer nie appuyer les soins de santé privés), *Broadcast News*.

20 mai 2005 « Premiers' good medicine » (Les remèdes efficaces du premier ministre), *National Post*.

Le président de l'Association médicale canadienne propose de désassurer certains services

Le docteur Albert Schumacher, président de l'Association médicale canadienne (l'AMC), a déclaré, dans un article du magazine *Macleans*, que le Canada devrait envisager la réduction du panier de services couvert par l'assurance-maladie. M. Schumacher croit qu'il faut « examiner d'un œil réaliste quels services devraient continuer à être fournis seulement dans le cadre de l'assurance-maladie et lesquels pourraient, parfois, être payés par des assurances privées ou directement par les patients ».

23 mai 2005 « Let them sling ideas : Forget the insults. When the election comes, let's talk serious issues.» (Laissons-les lancer des idées. Oublions les insultes. Quand les élections viendront, on parlera de choses sérieuses), *Macleans*.

Des entreprises de technologie à but lucratif dépensent l'argent du fédéral destiné à la santé

Le réseau CBC a annoncé qu'une bonne partie de l'argent neuf provenant des transferts fédéraux pour la santé a été dépensé en technologie et en équipement à but lucratif. Faute de personnel pour le faire fonctionner, l'équipement est inutilisé. CBC signale que le gouvernement fédéral a annoncé l'octroi de plus de 100 milliards de dollars en argent neuf pour la santé depuis 1999.

12 mai 2005 « World Report by Pauline Dakin ». (World Report avec Pauline Dakin) CBC Radio.

Les Amis de l'assurance-maladie de l'Alberta organisent une conférence avec le ministre fédéral de la Santé Dosanjh pendant que les « moins amicaux » rencontrent le gouvernement albertain.

Les Amis de l'assurance-maladie de l'Alberta ont organisé une conférence en faveur de l'assurance-maladie à la fin du mois d'avril 2005, pour s'opposer à la rencontre « innovatrice » du premier ministre Ralph Klein.

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

Bien qu'il ait été invité à ces deux événements, le ministre fédéral de la Santé Ujjal Dosanjh a choisi de s'exprimer à la Conférence des Amis de l'assurance-maladie, conférence intitulée « Weighing the Evidence » (examiner les faits). Dans un style préélectoral, M. Dosanjh a cherché à se faire passer pour le sauveur de l'assurance-maladie. « Il est temps, a-t-il dit, d'agir en conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*. Le Canada a besoin de soins de santé payés et fournis par le système public ». M. Dosanjh a ajouté que les gens « ne devraient pas avoir à payer de leur poche dans des cliniques à but lucratif, pas plus qu'ils ne devraient avoir le droit de court-circuiter la liste d'attente en utilisant ces cliniques. Les provinces n'ont pas le droit de piller ou de miner l'assurance-maladie », a-t-il conclu. Il n'a pas déclaré, cependant, que les cliniques privées devraient fermer ou être remplacées par des soins publics ou sans but lucratif.

Parmi les autres orateurs à la conférence « Weighing the Evidence », tenue le 30 avril et le 1^{er} mai, il y avait des experts internationaux d'Australie, d'Angleterre, de France et des États-Unis et aussi des analystes canadiens comme les docteurs Michael Rachlis et Nuala Kenny. On y a fait valoir des arguments en faveur des soins de santé sans but lucratif : la qualité, les coûts, l'équité. Les délégués à la conférence ont appris qu'aux États-Unis, les risques de mourir sur une liste d'attente sont plus élevés dans un hôpital à but lucratif que dans un hôpital sans but lucratif. On y a aussi fait ressortir l'évidence que l'implantation de soins à but lucratif allonge les listes d'attente.

La conférence de la « troisième voie » de Ralph Klein, sur invitation seulement, s'est déroulée du 3 au 5 mai 2005. Le ministre de la Santé de l'Alberta, Iris Evans, a fait la remarque que cette conférence, appelée « Unleashing Innovation in Health Systems - Alberta's Symposium on Health » (Libérer l'innovation en santé – symposium sur la santé en Alberta), qui a coûté 1,3 millions de dollars, n'a apporté aucune idée novatrice. M. Evans a toutefois dit être ouvert à toutes les idées nouvelles, spécialement les idées rentables, de la part des Régions régionales de la santé d'Alberta. La vice-première ministre d'Alberta, Shirley McClellan, a déclaré, pour sa part, que le rapport Mazankowski, en faveur de la privatisation, était toujours un modèle pour l'Alberta.

16 mai 2005 « The European fix: A Calgary symposium highlights the advantages of a hybrid health system » (La combine européenne : Un symposium en Alberta met en évidence les avantages d'un système de santé mixte), *Maclean's*.

6 mai 2005 « No more health privatization on the radar: Evans says \$1.3-million symposium failed to produce any interesting new ideas » (Plus de privatisation en vue : Evans déclare que le symposium de 1,3 millions n'a apporté aucune idée novatrice), *The Edmonton Journal*.

6 mai 2005 « Health minister says privatization not in the cards for Alberta » (Le ministre de la Santé dit que la privatisation a peu de chances de s'implanter en Alberta), *Times Colonist (Victoria)*.

6 mai 2005 « Minister 'shocked' by private health tales: No plans to further privatize medical care: Alberta » (Le ministre choqué par les rumeurs de soins de santé privés : Aucun autre projet de privatisation de soins de santé en vue pour l'Alberta), *National Post*.

5 mai 2005 « New thinking is the right medicine » (Le bon remède, c'est une vision nouvelle), *Calgary Sun*.

2 mai 2005 « Alberta Healthcare Battleground : Federal Health Minister addresses Calgary counter-conference » (Le champ de bataille des soins de santé en Alberta :Le ministre fédéral de la Santé prend la parole au contre-symposium de Calgary), *straightgoods.ca*.

1^{er} mai 2005 « Speaking notes for the Honourable Ujjal Dosanjh, Minister of Health, at the Friends of Medicare Conference, Calgary, Alberta » (Discours programme de l'honorable Ujjal Dosanjh, ministre fédéral de la Santé, à la Conférence des Amis de l'assurance-maladie d'Alberta, Calgary, Alberta), *hc-sc.gc.ca*.

30 avril 2005 « Aussie expert brings warning » (Un expert australien lance un avertissement), *Broadcast News*.

www.weighingtheevidence.ca

www.health.gov.ab.ca/symposium/

Les défenseurs des soins de santé publics sont honorés et la lauréate Olivieri prend la parole à la réunion annuelle de l'Association canadienne des médecins d'urgence

Quelques Canadiens ont été honorés par la Coalition canadienne de la santé et Drug Safety Canada (Sécurité des médicaments au Canada) pour avoir pris des risques au nom de la santé et de la sécurité publiques et pour avoir résisté à la pression des grandes entreprises. Chris Bassude, un ancien travailleur de Santé Canada, qui avait critiqué les politiques ministérielles, est décédé d'une crise cardiaque suspecte en 2002, après avoir perdu son emploi. Shiv Chopra, Margaret Haydon, Gerard Lambert, Pierre Blais, Michele Brill-Edwards, Nancy Olivieri et Nicholas Regush ont aussi reçu le prix Vanessa. Le prix Vanessa tire son nom de Vanessa Charlotte Young, décédée à l'âge de 15 ans à la suite d'une réaction indésirable à un médicament.

Le gouvernement fédéral a présenté un projet de loi censé offrir, dit-il, une protection aux dénonciatrices et dénonciateurs. Mais selon Shiv Chopra, un des récipiendaires du prix Vanessa, cette loi ne fera qu'empirer les choses. M. Chopra prétend que cette loi ne s'appliquerait pas à son cas : il ne correspond pas à la nouvelle définition des dénonciatrices et dénonciateurs.

La docteure Nancy Olivieri, récipiendaire du prix Vanessa, a pris la parole à la réunion annuelle de l'Association des médecins d'urgence du Canada, à la fin du mois de mai 2005. Elle a exhorté les patients à interroger leur médecin sur les médicaments qu'ils leur prescrivent. Ils devraient entre autres leur demander comment les essais cliniques ont été faits, si le fabricant du médicament a payé les chercheurs et si des effets secondaires ont été observés après la mise en marché du médicament. Il y a dix ans, la docteure Olivieri avait révélé, contre la volonté d'une compagnie pharmaceutique, les résultats désastreux d'une recherche qu'elle faisait pour leur compte.

29 mai 2005 « Toronto researcher urges patients to grill doctors over drugs being prescribed » (Une chercheuse de Toronto incite les patients à cuisiner leur médecin au sujet des médicaments qui leur sont prescrits), *Edmonton Journal*.

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

9 mai 2005 « Awards honour our top whistle-blowers » (Des prix pour honorer nos plus courageux dénonciateurs), *The Toronto Star/Globe and Mail*.

6 mai 2005 « Globalization and the Olivieri ethics case » (La mondialisation et les questions d'éthique soulevées par le cas Olivieri), *The Globe and Mail*.

<http://www.healthcoalition.ca/may9event.html>

Le ministre de la Santé Dosanjh écrit aux provinces pour leur demander de se conformer à la Loi canadienne sur la santé mais le Québec et l'Alberta refusent de rendre des comptes

Le ministre fédéral de la Santé, Ujjal Dosanjh, a écrit à l'Alberta, à la Colombie-Britannique, au Québec, à la Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick pour s'assurer que la Loi canadienne sur la santé était respectée. Il a déclaré, lors de la conférence des Amis de l'assurance-maladie, « qu'il était clair que les avortements et les services diagnostiques médicalement nécessaires pouvaient être fournis sans difficulté dans le cadre de l'assurance-maladie ». M. Dosanjh a demandé une rencontre avec chaque province. L'Alberta et le Québec ont refusé tandis que la Nouvelle-Écosse s'est dite intéressée.

Le chef du NPD, Jack Layton, a déclaré, dans une entrevue accordée à la Presse Canadienne, que « le gouvernement fédéral devrait amener ces questions devant les tribunaux... pour riposter à la violation de la Loi canadienne sur la santé si les provinces ne fournissent pas des soins de santé universellement accessibles. Vous devriez vous attaquer à la médecine privée en Alberta. Vous devriez vous attaquer à la médecine de carte de crédit qui va croissante, au Québec et ailleurs au pays – aux cliniques privées en Ontario », a dit M. Layton.

Au même moment, le Québec et l'Alberta ont refusé de fournir des renseignements sur leurs dépenses en santé pour le Rapport sur la Loi canadienne sur la santé. Il n'y a pas de données, de la part du Québec, sur le nombre de médecins qui se sont désengagés de l'assurance-maladie ni sur les cliniques à but lucratif. Le Québec est la seule province qui n'a fourni aucune réponse.

De plus, le rapport même est incomplet. En 2002, le Vérificateur général du Canada a dit (dans une citation de la Gazette de Montréal) : « Le rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé ne permet pas aux membres de la Chambre des communes de déterminer si les milliards de dollars transférés aux provinces et aux territoires pour les soins de santé ont été dépensés en conformité avec l'esprit de cette loi. » La Gazette de Montréal a signalé que près de 1 000 personnes de partout au Canada ont récemment dépensé jusqu'à 12 000 \$ pour des chirurgies de la hanche et du genou dans un hôpital à but lucratif de Montréal. (Il semble que le statut particulier du Québec est bon pour les affaires).

5 mai 2005 « Alberta won't meet with Dosanjh » (L'Alberta ne rencontrera pas Dosanjh), *The Globe and Mail*.

4 mai 2005 « Leave health to provinces, Charest says » (Charest : laissez les provinces s'occuper de la santé), *The Globe and Mail*.

1er mai, 2005 « Speaking notes for the Honourable Ujjal Dosanjh, Minister of Health, at the Friends of Medicare Conference, Calgary, Alberta » (Discours programme de l'honorable Ujjal Dosanjh, ministre de la Santé, à la Conférence des Amis de l'assurance-maladie, Calgary, Alberta), *hc-sc.gc.ca*.

1^{er} mai 2005 « Ottawa starts medicare crackdown in New Brunswick over unpaid abortions » (Ottawa commence à sévir contre le Nouveau-brunswick au sujet des avortements non payés), *Presse Canadienne*.

11 avril 2005 « Private health care has place in Québec... » (La médecine privée a sa place au Québec...), *CanWest News Service*.

23 février 2005 « Quebec dodges Health Canada : Doesn't provide data about private clinics » (Le Québec se dérobe face à Santé Canada; il omet de fournir des renseignements sur les cliniques privées), *Montreal Gazette*.

22 février 2005 « For-profit care ripping holes in Canada Health Act » (Les soins à but lucratif déchiquettent la *Loi canadienne sur la santé*), *scfp.ca*.

13 février 2005 « Nearly 1,000 people from across Canada... » (Près de 1 000 personnes de partout au Canada), *Canadian Business and Current Affairs*.

12 février 2005 « Ottawa looks other way as Montreal becomes Canada's private health-care capital » (Montréal en train de devenir la capitale des soins de santé privés au Canada; Ottawa ferme les yeux), *CanWest News Service*.

Le Canada devrait tirer des leçons de l'échec de la privatisation en Angleterre – l'Angleterre se classe au deuxième rang pour le taux d'infections

Deux professeurs d'Angleterre, en visite au Canada, affirment que le Canada devrait tirer des leçons de l'échec de la privatisation des soins de santé en Angleterre. Selon les professeurs Colin Leys et Allyson Pollock, l'implantation de PPP (partenariats public-privé) et de cliniques à but lucratif n'a pas donné de bons résultats : des normes de soins de santé affaiblies, une diminution de l'offre de soins de santé (à cause des compressions de personnel et de lits) et des patients refusés par le système. Par exemple, Netcare, une grande entreprise à but lucratif d'Afrique du Sud, a refusé des patients qui présentaient des risques trop élevés et qui auraient pu leur faire perdre des profits. Au même moment, les normes et la qualité des soins de Netcare soulèvent des inquiétudes.

Depuis la privatisation des soins de santé en Angleterre, les infections par des bactéries résistantes aux antibiotiques se sont multipliées par 24. Le taux d'infection par le SARM (une de ces bactéries) est le deuxième en importance dans l'Union européenne. Selon le Bureau des statistiques nationales d'Angleterre, cité par le *Globe and Mail*, les décès dus au SARM sont 15 fois plus élevés qu'avant la privatisation.

Le professeur Colin Leys est chargé de recherche au University College de Londres. La professeure Allyson Pollock est médecin et enseigne les politiques de santé, également au University College de Londres.

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

3 mai 2005 « Colin Leys and Allyson Pollock » (Colin Lays et Allyson Pollock), *The Globe and Mail*.
3 mai 2005 « Not just in Britain » (Pas seulement en Grande-bretagne), *The Globe and Mail*.
2 mai 2005 « Health horrors ignored » (Des horreurs du systèmes de santé passées sous silence),
The Globe and Mail.

Des experts en santé d'Australie et de France mettent en garde contre les coûts élevés de la privatisation

Un expert australien de la santé met le Canada en garde contre les coûts élevés des soins de santé à but lucratif. Le docteur Jim Maher, de l'École des sciences sociales de l'Université de Nouvelle-Angleterre en Australie, a déclaré que les soins de santé à but lucratif, dans son pays, ont mené à des coûts plus élevés et à des listes d'attente plus longues. « Les soins de santé privés, qui sont une affaire payante en Australie, a-t-il affirmé, ont rendu le système plus compliqué, les coûts plus élevés et ils ont conduit à un système de santé à deux vitesses. Plus nous privatisons, plus les citoyens doivent sortir de l'argent de leur poche. »

Le docteur Patrick Dubreil, un médecin français, a dit, en parlant de l'Australie : « Il est frappant que deux pays aussi éloignés l'un de l'autre constatent les mêmes conséquences négatives de la privatisation. De plus en plus, en France, notre système de santé punit financièrement les gens qui sont malades, en particulier ceux qui ont peu de revenus. »

1er mai 2005 « Health privatization in Australia led to higher costs: Calgary conference » (Conférence de Calgary : la privatisation en santé a conduit à des coûts plus élevés), *La Presse Canadienne*.

1^{er} mai 2005 « Experts warn Alberta conference of health-care reform » (Des experts font une mise en garde, à la conférence d'Alberta, contre les dangers d'une réforme des soins de santé),
The Calgary Herald.

29 avril 2005 « French doctor and Australian health expert share their countries' experience with increasing for-profit health care privatization » (Un médecin français et un expert australien de la santé font part de leur expérience de la privatisation croissante dans les soins de santé), *friendsofmedicare.ca*.

Les Conservateurs et les Libéraux se disent amis de l'assurance-maladie mais le NPD n'est pas dupe – Harris et Manning publient une étude de tendance conservatrice

La critique fédérale du NPD en matière de santé, Jean Crowder, a critiqué les Libéraux fédéraux pour leur dossier peu reluisant en ce qui concerne la protection des soins de santé contre la privatisation. « Je crois qu'il faut attirer l'attention sur les 12 ans de tolérance (des Libéraux) envers une privatisation rampante, a-t-elle déclaré au magazine *Canadian Business and Current Affairs*. Quelques-unes de ces cliniques (à but lucratif) existent depuis de nombreuses années et, pour résoudre ce problème, il faut faire plus qu'écrire une lettre au ministre provincial. »

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

Entre-temps, Mike Harris et Preston Manning, du Parti conservateur, ont fait paraître une étude de l'Institut Fraser dans laquelle ils évoquent la nécessité d'une plus grande privatisation. Stephen Harper, le chef Conservateur, a tenté de se distancier de ce rapport car il sait que les Canadiens ne veulent pas de soins de santé à but lucratif. L'étude affirme qu'on devrait donner à ceux qui en ont les moyens la « liberté » de choisir leurs propres soins de santé – qu'ils soient ou non à but lucratif. (L'étude passe sous silence le fait que nous nous retrouverions tous devant un système public effondré une fois que les soins de santé à but lucratif seraient implantés plus solidement).

28 avril 2005 « Tories to Klein: keep your mouth shut » (Les conservateurs demandent à Klein de se tenir tranquille), *scfp.ca*.

28 avril 2005 « What separates a wrestling match from a health care debate? » (Quelle différence entre un match de lutte et un débat sur les soins de santé?), *The Globe and Mail*.

20 avril 2005 « Liberal health minister "lying" on claims to protect medicare: NDP » (Le ministre libéral de la santé prétend faussement protéger l'assurance-maladie, selon le NPD), *Canadian Business and Current Affairs*.

13 avril 2005 « Martin signals campaign strategy: hammer Tories over national unity, health care » (Martin fait part de sa stratégie de campagne : talonner les Conservateurs à propos de l'unité nationale et de la santé), *Canadian Business and Current Affairs*.

13 avril 2005 « Earlier, speaking outside a party caucus meeting, Harper had been ambiguous in his initial response to the Manning-Harris report » (Auparavant, à l'extérieur d'une réunion de son caucus, Harper a été équivoque au sujet de sa première réaction au rapport Harris-Manning), *Canadian Business and Current Affairs*.

Un nouvel ouvrage prouve que la pression des grandes entreprises affaiblit la réglementation sur les aliments et les médicaments, au moment où est proposée une législation plus laxiste et où l'anti-inflammatoire Vioxx est retiré du marché

Un nouvel ouvrage, *Ill-Health Canada*, explique comment Santé Canada a plié sous la pression des grandes compagnies pharmaceutiques et alimentaires en permettant imprudemment la mise en marché de certains médicaments et aliments et en tolérant des pratiques alimentaires dangereuses. Publié par le Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) et rédigé par Mike McBane, de la Coalition canadienne de la santé, *Ill-Health Canada* arrive à un moment opportun, alors que le Canada cherche à justifier une réglementation plus indulgente et que les États-Unis et le Canada ont tous deux banni l'anti-inflammatoire Vioxx.

Pour aggraver la situation, le gouvernement fédéral a présenté deux nouveaux projets de loi qui vont affaiblir la *Loi sur les aliments et drogues* (le projet de loi C-28) et la *Loi sur le contrôle d'application des lois relevant de l'Agence canadienne d'inspection des aliments*. (projet de loi C-27). Cédant à la pression des grandes entreprises, le projet de loi C-28 permettrait un processus d'approbation des aliments et des médicaments encore plus rapide et moins sécuritaire. Quant au projet de loi C-27, il se fierait encore davantage à l'autorégulation de l'industrie alimentaire, par le biais de l'Agence

d'inspection des aliments (l'ACIA) plutôt que d'utiliser une agence indépendante qui n'aurait de comptes à rendre qu'au Parlement. Le désastre de l'ESB (encéphalopathie spongiforme bovine ou maladie de la vache folle) a clairement démontré l'inefficacité de l'ACIA.

Le Vioxx est un médicament contre l'arthrite vendu par Merck qui s'est avéré relié à environ 10 000 crises cardiaques au Canada et à environ 100 000 aux États-Unis. Les risques accrus de crise cardiaque ont mis quatre ans à être mis au jour. La FDA (l'organisme de réglementation des aliments et des médicaments aux États-Unis) et Santé Canada connaissaient tous deux ces risques bien avant que le médicament ne soit retiré du marché. L'Association médicale canadienne déclare : « La FDA et Santé Canada consacrent tous les deux leurs efforts et leurs ressources à l'évaluation des bénéfices plutôt qu'à celle des risques. »

En juin 2005, Santé Canada tiendra un forum public sur l'innocuité des médicaments cox-2 (y compris le Vioxx). Santé Canada fait face à de nombreuses poursuites à cause de ces médicaments.

18 mai 2005 « Federal government to host forum next month on safety of cox-2 painkillers » (Le gouvernement fédéral tiendra un forum, le mois prochain, sur l'innocuité des anti-inflammatoires cox-2), *The Globe and Mail*.

Mai 2005 « When profits get priority over health: Vioxx disaster exposes the dark downside of corporate rule » (Quand les profits sont plus importants que la santé : la catastrophe du Vioxx révèle le côté sombre des pratiques des grandes entreprises), *CCPA Monitor*.

15 avril 2005 « More bad medicine can't cure Canada's food safety problems » (Davantage de mauvais remèdes ne régleront pas les problèmes de sécurité alimentaire au Canada), *clc-ctc.ca*.

14 avril 2005 « Bill C-27: Rewarding Failure: a brief to the Standing Committee on Agriculture...on the Canadian Food Inspection Agency Enforcement Act » (Le projet de loi C-27 ou l'échec récompensé : Mémoire présenté au Comité permanent de l'Agriculture... au sujet de la *Loi sur le contrôle d'application des lois relevant de l'Agence canadienne d'inspection des aliments*), Coalition canadienne de la santé, *medicare.ca*.

11 avril 2005 « Bill C-28 and Smart Regulation=A nasty business: a brief to the Standing Committee on Health...an Act to Amend the Food and Drugs Act » (Le projet de loi C-28 et la réglementation intelligente ou la **sale besogne** : Mémoire présenté au Comité permanent de la Santé... une loi pour amender la *Loi sur les aliments et drogues*), Coalition canadienne de la santé, *medicare.ca*.

29 mars 2005 « Smart Regulation' puts profits before health » (La réglementation intelligente fait passer les profits avant la santé), Coalition canadienne de la santé, *medicare.ca*.

25 février 2005 « New CCPA study charges Health Canada with abandoning its duty to protect Canadians' health and safety » (Une nouvelle étude du CCPA accuse Santé Canada de manquer à son devoir de protéger la santé et la sécurité des Canadiens), *policyalternatives.ca*.

25 février 2005 « Health Minister attacks makers of VIOXX » (Le ministre de la Santé s'en prend aux fabricants du Vioxx), *The Globe and Mail*.

4 janvier 2005 « Vioxx: lessons for Health Canada and the FDA » (Vioxx : des leçons pour Santé Canada et la FDA), *Journal de l'Association médicale canadienne*.

Les entreprises à but lucratif n'ont pas d'affaire en santé, dit l'auteur de Greed, Inc.

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

Un nouvel ouvrage intitulé *Greed, Inc.: Why corporations rule our world and how we let it happen* (Cupidité Inc. : pourquoi les grandes entreprises dominent le monde et comment nous les avons laissé faire) défend le principe que les grandes entreprises n'ont pas d'affaire en santé. « Les entreprises privées n'ont qu'un seul but, celui de faire de l'argent, » dit l'auteur Wade Rowland, un ancien cadre de la télévision.

19 avril 2005 « Corporations are always self-serving, says Greed, Inc. author Wade Rowland » (Les grandes entreprises pensent d'abord à elles-mêmes, dit l'auteur de Greed, Inc.), *Canadian Business and Current Affairs*.

Une étude démontre l'échec des soins de santé à but lucratif

La Coalition ontarienne de la santé a publié une étude qui fait état des problèmes causés par les soins de santé à but lucratif. Rédigé par Natalie Mehra, *Flawed, Failed, Abandoned: 100 P3s, Canadian and International Evidence* (Défauts, échecs et abandons : 100 PPP, les faits au Canada et ailleurs) décrit les problèmes qu'engendrent les PPP, parmi lesquels les dépassements de coûts, les litiges, les faillites, les ruptures de contrats, les désastres écologiques, les constructions de piètre qualité, la conception défectueuse, le manque de qualité et les compressions dans les services. Les PPP sont des partenariats public-privé, ce qui veut dire qu'une entreprise à but lucratif peut construire et posséder un immeuble ou un hôpital et le louer par la suite au gouvernement. Souvent, aussi, des entreprises privées administrent, en partie ou en totalité, les services publics.

8 avril 2005 « Public-private partnership leads public down garden path » (Les partenariats public-privé mènent le public en bateau), *The London Free Press*.

7 avril 2005 « Billions in public taxes risked by P3 hospital privatization: 100 Failed, Flawed and Abandoned projects used to warn politicians » (Des milliards en argent public risqués par la privatisation des hôpitaux en PPP : Défaut, échecs et abandons – sans projets utilisés pour mettre les élus en garde), *web.net/ohc*.

Un engagement renouvelé dans la lutte pour les soins de santé publics

Les dirigeantes et dirigeants du SCFP national ont renouvelé leur engagement à lutter pour des soins de santé publics et sans but lucratif, lors de la Journée d'action hémisphérique des travailleuses et des travailleurs de la santé, qui a eu lieu le 7 avril 2005. Le président du SCFP national, Paul Moist et le secrétaire-trésorier national, Claude Généreux , ont publié une déclaration : « Tous les citoyens ont le droit fondamental d'obtenir des soins de santé et c'est le devoir de tous les gouvernements de s'assurer que ce droit est respecté. »

Service de recherche du SCFP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

4 avril 2005 « For universal public health care from Tierra del Fuego to Grise Fjord » (Des soins de santé publics et universels dans les Amériques), *csfp.ca*.

Les temps d'attente vont augmenter avec un système parallèle de soins de santé à but lucratif

Un feuillet d'information intitulé *Mythbusters: A parallel private system would reduce waiting times in the public system* (À bas les mythes : Un système parallèle privé réduirait les temps d'attente dans le système public) a été réédité par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Cette fiche d'information démontre comment le fait de permettre à un système de services de santé à but lucratif d'exister à l'intérieur d'un système sans but lucratif peut, en réalité, augmenter le temps d'attente du système sans but lucratif. Les travailleuses et travailleurs des soins de santé, qui font cruellement défaut dans le système sans but lucratif, sont souvent « siphonnés » par le système à but lucratif, où seuls ceux qui en ont les moyens peuvent recevoir des soins.

Les temps d'attente du système de santé peuvent être réduits si on engage plus de personnel. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmiers et d'infirmières (FCSII) affirme que, si la tendance actuelle se maintient, il manquera au système de santé du Canada, en 2011, 78 000 infirmières et infirmiers.

Mars 2005 « Mythbusters: A parallel private system would reduce waiting times in the public system » (À bas les mythes : Un système privé parallèle réduirait le temps d'attente dans le système public), *chsrf.ca*.
23 février 2005 « Cut waiting times without more nurses? Impossible. Budget fails to provide leadership » (Réduire les temps d'attente sans engager plus d'infirmières et d'infirmiers? Impossible. Le budget fédéral n'a fait preuve d'aucune d'initiative), *cfnu.ca*.

L'intégration avec les États-Unis menace les politiques de santé du Canada

Une étude récemment publiée démontre que les politiques en santé du Canada sont de plus en plus menacées, au fur et à mesure de son intégration croissante avec les États-Unis. Le Centre canadien de politique alternative (CCPA) soutient que l'initiative « d'intégration profonde » du gouvernement fédéral, par l'ALÉNA et par d'autres moyens, nuit à notre liberté en matière de politique intérieure. Les auteurs de *Of Independence and Faustian Bargains: Going Down the Deep Integration Road with Uncle Sam* (De l'indépendance et des pactes avec le diable : l'aventure de l'intégration profonde avec l'Oncle Sam) expliquent que « les voix puissantes de l'efficacité des marchés et de la compétitivité ne devraient pas entraver la liberté, pour le Canada, d'établir des politiques de santé. »

28 février 2005 « Government moving under radar to align policies, regulations to the U.S. – report » (Le gouvernement est en train d'aligner subrepticement ses politiques et sa réglementation sur celles des États-Unis – compte rendu), *policyalternatives.ca*.

Pas d'exigences au sujet des soins de santé sans but lucratif dans le budget du gouvernement fédéral

Il y avait, dans le budget du gouvernement fédéral, 805 millions de dollars pour de nouvelles dépenses en santé. Toutefois, ces dépenses ne sont assorties, pour les provinces, à aucune exigence de prestation de soins de santé publics et sans but lucratif. En l'absence de telles exigences, ce sont les entreprises de soins de santé à but lucratif qui pourraient faire des profits.

Rendue publique avant le budget fédéral, l'Alternative budgétaire pour le gouvernement fédéral a démontré comment l'assurance-maladie et la prestation de soins de santé sans but lucratif rendent le Canada plus compétitif. L'étude recommande aussi des dépenses pour le renouvellement des infrastructures des soins de santé publics et sans but lucratif.

23 février 2005 « Federal budget 2005: what we needed and what we got » (Le budget du gouvernement fédéral : ce que nous voulions et ce que nous avons eu), *scfp.ca*.

9 février 2005 « Getting the most bang for our bucks: AFB technical paper calls for social reinvestment over tax cuts and debt repayment » (En avoir le plus possible pour notre argent : un document technique de l' ABF recommande un réinvestissement social au lieu d'un remboursement de la dette ou de baisses d'impôt), *policyalternatives.ca*.

Le ministre fédéral de la Santé, Ujjal Dosanjh, menace d'imposer une autre Amende à la Colombie-Britannique pour avoir enfreint la Loi canadienne sur la santé, et le Québec, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse se font aussi avertir

Ujjal Dosanjh affirme qu'Ottawa compte imposer une autre amende à la C.-B. au printemps suite à l'établissement de cliniques médicales privées dans la province. Le gouvernement fédéral a imposé au gouvernement de la Colombie-Britannique une amende de 126 775 \$ pour avoir permis à des patients de payer pour obtenir des chirurgies à des cliniques privées en 2004. Le ministre fédéral de la Santé, Ujjal Dosanjh, a aussi envoyé des lettres à la C.-B., au Québec, à l'Alberta et à la Nouvelle-Écosse pour leur faire part de ses préoccupations au sujet des cliniques d'IRM privées. Le ministre Dosanjh craint le « resquillage » dans le système de santé puisque les patients qui ont de l'argent pourront accéder plus rapidement aux appareils d'IRM, ce qui est contraire à *la Loi canadienne sur la santé* (LCS).

5 février 2005 « Dosanjh : B.C. won't turn over extra-billing data » (Dosanjh : la C.-B. refuse de rendre publiques ses données sur la surfacturation », *Vancouver Sun*

Service de recherche du SCFP national

**L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005**

14 janvier 2005 « Canada 'trails other nations' » (Le Canada à la remorque d'autres pays),
Vancouver Sun
décembre 2004 « Enforcing the CHA » (Le respect de la LCS), *scfp.ca*

Concurrence dans la santé ? Un argument présenté par le vice-président du Comité permanent sur la santé

Le député conservateur fédéral Rob Merrifield, vice-président du Comité permanent sur la santé et représentant de Yellowhead, en Alberta, soutient que la « concurrence » devrait faire partie du « système de santé à payeur unique [public] » pour « préserver sa viabilité ». Par « concurrence », M. Merrifield entend l'établissement de cliniques privées qui offrent des services comme les IRM et la chirurgie de la cataracte, des services qui sont financés par le public mais pour lesquels il faudra payer des frais d'utilisation.

31 janvier 2005
« Health care system collapsing » (Le système de santé s'effondre)
The Daily Townsman (Cranbrook, C.-B.)

La « troisième voie », Ralph Klein, premier ministre de l'Alberta, et Jean Charest, premier ministre du Québec

Ralph Klein, premier ministre de l'Alberta, soutient que le premier ministre du Québec, Jean Charest, est « partant » pour ce système de santé de la « troisième voie ». Ce que le premier ministre Klein appelle la « troisième voie » dans la prestation des services de santé est un système qui combine le public et le privé, un système qui, à son avis, n'est ni américain, ni canadien.

Après avoir entendu parler de la « troisième voie » de Ralph Klein, Carolyn Bennett, qui parlait au nom du ministre fédéral de la Santé, Ujjal Dosanjh, a averti que le ministre avait le pouvoir de retenir les paiements de transfert d'une province qui enfreint la *Loi canadienne sur la santé* en permettant les soins de santé à but lucratif.

Ralph Klein veut avoir recours au « Conseil de la fédération » parapluie des provinces pour mettre en place un personnel complet voué à l'administration et au lobbying à Ottawa. M. Klein présume que les arrangements spéciaux pour le Québec en matière de santé et d'autres domaines peuvent aussi être accordés à chaque province du Canada.

L'Alberta organise un symposium sur la privatisation de la santé en mai

Service de recherche du SCFP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

15 janvier 2005 « Klein finds "third way" ally in Charest » (Klein trouve en Charest un allié de la « troisième voie ») *Canwest News Service*

« Que. Backs Klein's 'third way': Charest supports Alberta's pursuit of new health-care solutions » (Le Québec soutient la « troisième voie » de Klein : Charest appuie les nouvelles solutions proposées par l'Alberta en matière de santé) *Edmonton Journal*

13 janvier 2005 « Alberta Premier Ralph Klein is being put on notice by Ottawa over his proposed health reforms. » (Ottawa sert une semonce au premier ministre de l'Alberta, Ralph Klein, au sujet de son projet de réforme de la santé) *Broadcast News*

Cliniques privées d'imagerie médicale

Un rapport rédigé par l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) sur les IRM et autres appareils d'imagerie médicale révèle qu'un nombre important de cliniques privées sont exploitées au Canada. Normand Laberge, président et chef de la direction de l'Association canadienne des radiologistes, affirme, dans une entrevue accordée au *Vancouver Sun*, qu'il existe déjà un « système à deux vitesses au Canada. C'est cela la question pour le gouvernement. S'il (le gouvernement) ne prend pas de décision sur un système à deux vitesses, ce dernier s'établira quand même ».

Environ 16 % de tous les appareils d'IRM au Canada sont privés, selon l'étude menée par l'ICIS en 2004 (24 privés et 127 publics). Au Québec, plus du tiers de tous les appareils d'IRM sont privés. Il y a 14 IRM privés et 26 publics, ou 35 % d'appareils privés au Québec. En Alberta, près d'un quart des caméras de médecine nucléaire sont privées – 13 privées par rapport à 42 publiques, ou 24 % d'appareils privés. Environ 5 % des appareils d'imagerie médicale au Canada sont privés (64 privés et 1 332 publics).

14 janvier 2005 « Canada 'trails other nations' » (Le Canada à la remorque des autres pays), *Vancouver Sun*

« Medical Imaging in Canada, 2004 » (Imagerie médicale au Canada), Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_13jan2005_e
Privatisation d'Inforoute Santé Canada

Inforoute Santé Canada investit 1,4 million de dollars surtout dans le secteur privé.

11 janvier 2005

« Canada Health Infoway invests \$1.4 million »
(Inforoute Santé Canada investit 1,4 million de dollars)
Canada Newswire

Les dépenses consacrées aux soins de santé privés augmentent plus rapidement que les dépenses consacrées aux soins de santé publics (ICIS)

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2004, le montant payé

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

par les Canadiens, soit de leur poche, soit par des sociétés d'assurance privées, a augmenté davantage que les dépenses du secteur public consacrées à la santé. En 2004, l'augmentation annuelle des dépenses consacrées aux soins de santé privés s'élevait à 6,1 %, tandis que les dépenses du secteur public n'ont augmenté que de 5,8 %. Ces chiffres viennent du rapport annuel de l'ICIS publié en décembre 2004 et intitulé « Tendances des dépenses nationales de santé ».

Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2004, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), décembre 2004 http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_08dec2004_f#report

Le ministre fédéral de la Santé, Ujjal Dosanjh, n'a pas l'intention de s'opposer aux services de santé privés déjà en place, ni aux nouvelles entreprises privées de soins de santé qui s'annoncent. Il soutient que le rôle du gouvernement fédéral « ...n'est pas de surveiller, ni de dicter, mais plutôt de s'entraider entre différents paliers de gouvernement » afin d'offrir un niveau de soins universels.

Ottawa Citizen, 7 août 2004 « Better public health care would 'stem the tide' of privatization : Dosanjh » (De meilleurs soins de santé "endigueront la vague" de privatisation, selon le ministre Dosanjh), Jenny Lee

Le 29 septembre, le juge Mosley de la Cour fédérale a rendu une décision rejetant la demande présentée par une coalition de groupes de défense des soins de santé publics. La coalition avait demandé à la Cour de déclarer que le ministre de la Santé omettait de contrôler la conformité à la *Loi canadienne sur la santé* et qu'il ne présentait pas les rapports voulus au Parlement sur l'administration et le fonctionnement de la *Loi*. Le juge a renvoyé la question au Parlement.

www.scfp.ca 30 septembre 2004, « Un juge statue que le Parlement est responsable de l'application de la Loi canadienne sur la santé »

COLOMBIE-BRITANNIQUE [mise à jour le 21 juillet 2005]

2005

HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Possibilité d'un PPP pour le réaménagement de l'hôpital St-Paul de Vancouver

Un organisme sans but lucratif du secteur hospitalier de Vancouver, Providence Health Care [les sœurs de la Providence], a indiqué que le réaménagement de l'hôpital St-Paul fera place à d'importants partenariats public-privé, mais la direction a refusé de rendre public tout document lié à ces projets de PPP.

15 juillet 2005 «*Public deserves to know the real plan for St. Paul's future*», (Le public a le droit de connaître les véritables projets d'avenir de l'hôpital St-Paul.) *bchealthcoalition.ca*.

10 au 16 mai 2005 «*Real estate round-up*», (Tour d'horizon de l'immobilier.) *Business in Vancouver*.

Possible hôpital en PPP pour Surrey

« Le chef libéral (le premier ministre Gordon Campbell) promet de travailler en collaboration avec la ville et la direction sanitaire de la Fraser et affirme que si son gouvernement est réélu, il effectuera une révision des services de santé de Surrey avant l'automne. Il dit aussi que tout nouvel établissement pourrait être réalisé selon un mode partenariat public-privé comparable à l'entente de PPP qui donnera naissance au nouvel hôpital d'Abbotsford. »

9 mai 2005 «*Surrey needs second hospital: mayor*», (Surrey a besoin d'un deuxième hôpital, affirme le maire.) *Vancouver.cbc.ca*.

Compressions dans les services et licenciements : la privatisation furtive

- Fermeture de plus de 15 % des lits

Sous les libéraux de Gordon Campbell, 1 279 lits d'hôpitaux ont été fermés entre 2001 et 2004 – soit 15 % du nombre total de lits.

L'information a été rendue publique en réaction à la campagne des libéraux de Colombie-Britannique appelée « La vérité sur les établissements hospitaliers ».

6 mai 2005 «*The "Real Story" – more than 1,200 hospital beds closed*», (« La vérité » – plus de 1 200 lits d'hôpitaux ont été fermés.) *heu.org*.

L'hôpital régional d'Abbotsford et le Centre de cancérologie de la Fraser Valley couronnés 'ententes PPP de l'année'

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

Le magazine Project Finance a nommé l'hôpital régional PPP d'Abbotsford et le Centre de cancérologie de la Fraser Valley ententes de l'année et champions du modèle PPP.

15 mars 2005 «Abbotsford Hospital is «Deal of the Year»», (*L'hôpital d'Abbotsford est consacré «Entente de l'année».*) *Abbotsford Times*.

SOUS-TRAITANCE

Le gouvernement pourrait confier sa ligne Info-santé à la société américaine Maximus

Le gouvernement provincial pourrait donner en sous-traitance le service Info-santé provincial à Maximus. Maximus est une société américaine qui est actuellement sous enquête par le bureau du procureur du District de Columbia à Washington D.C., enquête qui porte sur de possibles surfacturations.

Maximus a déjà pris en charge la gestion du Régime de service médical de Colombie-Britannique (l'assurance-maladie).

15 juillet 2005 «*Public deserves to know the real plan for St. Paul's future*», (Le public a le droit de connaître la vérité à propos de l'avenir de St-Paul.) *bchealthcoalition.ca*.

28 juin 2005 «*Privatization takes new form*», (La privatisation prend une nouvelle forme.) *Vancouver.24hrs.ca*.

Des sociétés de services alimentaires à but lucratif sont considérées comme étant à risque élevé et font l'objet de nombreuses plaintes : une vérification est lancée

La direction sanitaire de l'Île de Vancouver a ordonné la tenue de deux vérifications de fin d'année des services alimentaires de son hôpital et de son centre de soins de longue durée. Morrison Health Care Food Services, une filiale du Groupe Compass Canada, est responsable depuis l'année dernière de la préparation et de la livraison des aliments. La vérification a été demandée à la suite de nombreuses plaintes et de mauvais rapports d'inspection. Le roulement du personnel est très élevé et il n'y a que peu de formation.

Lors d'inspections des aires de préparation des aliments menées les 13 et 14 juin à l'hôpital Royal Jubilee, les inspecteurs en hygiène environnementale ont accordé une évaluation de risque élevé à la société Morrison. La société prépare et expédie au moins la moitié des 6 000 repas servis chaque jour dans les établissements de la direction sanitaire de l'Île de Vancouver.

Le rapport des inspecteurs parle d'employés de cuisine ne prenant pas les précautions appropriées et d'aliments exposés à la contamination. « Le refroidissement des aliments est inadéquat et certains aliments potentiellement dangereux sont conservés dans les frigidaires. »

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

« Les soupes sont conservées à une température non sécuritaire. La réfrigération des aliments périssables n'est pas adéquate. Les planchers sont sales. Des tuiles brisées font en sorte que la saleté est emprisonnée dans les cuisines pendant que la moisissure s'accumule dans la section réservée au lavage de la vaisselle. Les fours sont sales et les murs s'écaillent au point où les inspecteurs ont dit craindre que des éclats tombent dans la nourriture en préparation. »

« C'est la première fois depuis au moins cinq ans que la section des cuisines reçoit un résultat d'inspection aussi bas », a déclaré un responsable de l'hôpital. C'est le même inspecteur qui évalue l'hôpital Royal Jubilee depuis 12 ans.

M. Murphy a déclaré en entrevue que les deux vérifications devraient prendre environ trois mois. C'est le Groupe recherche et stratégie qui mènera une vérification consistant à analyser les repas et à mener un sondage auprès des usagers. La société Steritech pour sa part mènera une vérification de la sécurité alimentaire en collaboration avec les inspecteurs de l'hygiène. Les résultats de cette vérification seront rendus publics.

10 juillet 2005 «*Hospital food review too little, too late, some patients say*», (Inspection des aliments à l'hôpital, trop peu trop tard disent certains patients.) *Times Colonist* (Victoria).

3 juillet 2005 «*A betrayal of the health-care promise: Patients have reason to worry when they find the hospitals are filthy*», (Bris de l'engagement envers les soins de santé :les patients avaient raison d'être inquiets de la malpropreté des hôpitaux.) *Times Colonist* (Victoria).

25 juin 2005 «*Horror stories from a modern 'industrial' hospital kitchen*», (Des histoires d'horreur dans une cuisine d'hôpital industrielle et moderne.) *Vancouver Sun*.

24 juin 2005 «*Health authority orders hospital food review: Complaints, hazard rating lead to action*», (La direction sanitaire ordonne une vérification des services alimentaires. Une mauvaise inspection et des plaintes ont mené à cette mesure.) *Times Colonist* (Victoria).

16 juin 2005 «*No stoves in hospital kitchens: Reheating only became the rule when private contractor took over feeding of VIHA patients*», (Pas de four dans les cuisines des hôpitaux. C'est le réchauffage qui est la règle depuis qu'une entreprise privée est responsable des services alimentaires pour les patients de la direction sanitaire.) *Times Colonist* (Victoria).

15 juin 2005 «*Hard to recuperate on stinking food*», (Difficile de guérir lorsque la nourriture est infecte.) *Times Colonist* (Victoria).

15 juin 2005 «*Food worth starting a riot over*», (De la nourriture qui mériterait une émeute.) *Times Colonist* (Victoria).

15 juin 2005 «*No pride left in the job*», (Il n'y a plus aucune fierté à effectuer ce travail.) *Times Colonist* (Victoria).

11 juin 2005 «*Time to audit the hospitals*», (Il est temps d'effectuer une vérification dans les hôpitaux.) *Times Colonist* (Victoria).

11 juin 2005 «*Officials should eat patient food*», (Les dirigeants devraient manger la nourriture des patients.) *Times Colonist* (Victoria).

10 juin 2005 «*VIHA director admits problems persist with hospital food*», (Le directeur de la direction sanitaire de l'Île de Vancouver admet que des problèmes persistent dans les services alimentaires de l'hôpital.) *Times Colonist* (Victoria).

9 juin 2005 «*NDP MLA calls for audit of Compass operations*», (Un député du NPD réclame une vérification des méthodes d'exploitation de Compass.) *Times Colonist* (Victoria).

30 mai 2005 «*Lodge faces barrage of complaints: Residents, families of Salvation Army senior's home say dire problems with filth, food services are going unaddressed*», (Le pavillon fait face à un déluge de plaintes. Les résidents et les familles affirment que rien n'est fait pour régler les problèmes de malpropreté et de mauvais service alimentaire à la résidence pour personnes âgées de l'Armée du salut.) *Times Colonist* (Victoria).

4 avril 2005 «*Catered hospital food, a health hazard?*» (La nourriture d'hôpital, un danger pour la santé ?) *Cariboo Press*.

29 mars 2005 «*Patient slams hospital food*», (Les patients dénoncent la nourriture de l'hôpital.) *The Trail Times*.

8 mars 2005 «*No action by officials on hospital food issue*», (Rien n'est fait par les dirigeants dans le dossier des services alimentaires de l'hôpital.) *The Trail Times*.

19 février 2005 «*Food remains an issue at hospital*», (La nourriture demeure un enjeu à l'hôpital.) *The Trail Times*.

21 janvier 2005 «*Hospital food appalling*», (La nourriture à l'hôpital, effrayant.) *Cariboo Press*.

14 janvier 2005 «*Unpalatable*», (Inmangeable.) *The Daily Courier* (Kelowna).

14 janvier 2005 «*Sour taste left by visit to hospice*», (Une visite à l'hôpital laisse un goût amer.) *Metrovalley Newspaper Group*.

12 janvier 2005 «*Patient needed menu to help identify 'food' on plate*», (Les patients avaient besoin du menu pour « identifier la nourriture qui était dans leur assiette ».) *Surrey Now*.

Une vérification et une étude des normes de nettoyage démontrent que les sociétés à but lucratif font un mauvais travail, pendant ce temps, un bébé meurt à Abbotsford

Une société de Vancouver, Westech System, a mené une vérification de l'entretien ménager dans le système de soins de santé à la fin de mai. La vérification a démontré que près d'un hôpital et établissement de santé sur quatre en Colombie-Britannique ne rencontre pas les normes en matière de propreté. Le nettoyage de plusieurs des hôpitaux est assuré par des sociétés à but lucratif.

Plus de la moitié des établissements de soins de santé ne rencontrent pas les normes en matière d'entretien ménager. Sur les 160 établissements visités par les inspecteurs, 39 ont reçu une note inférieure à 85 %, ce qui est la norme minimale acceptable fixée par l'industrie. Tout établissement récoltant une note inférieure à 85 % doit apporter des améliorations, dit le rapport de vérification.

À la direction sanitaire de l'Intérieur où les services d'entretien ménager sont à l'interne, plus de 90 % des établissements ont obtenu une bonne note à l'inspection. Dans la plupart des autres régions, le nettoyage a été confié en sous-traitance au groupe Compass Canada.

Le Syndicat des employés d'hôpitaux demande instamment aux directions sanitaires de rendre publics tous les détails de cette vérification externe, de façon à rassurer le public quant à la sécurité des hôpitaux de Colombie-Britannique pour les patients et les travailleurs.

À la suite du décès d'un bébé en février, les dirigeants de l'hôpital MSA d'Abbotsford ont déclaré que les infirmières avaient découvert que les incubateurs étaient nettoyés

dans une salle non stérile où on avait entreposé des couches, des draps et des plateaux de nourriture sales. Le Syndicat des infirmières et infirmiers de Colombie-Britannique réclame une enquête publique.

Pendant ce temps, l'hôpital luttait contre la première flambée de super bactérie résistante à la vancomycine en 9 ans.

Les services d'entretien ménager de l'hôpital MSA d'Abbotsford ont été confiés en sous-traitance à une société à but lucratif il y a un peu plus d'un an.

Une étude récemment menée par le Centre des politiques alternatives est arrivée à la conclusion que les bas salaires et le haut taux de roulement du personnel dans les services privatisés d'entretien ménager ont mené à un rapide déclin de l'hygiène dans les hôpitaux de Colombie-Britannique.

«Plusieurs travailleurs de l'entretien sont très inquiets que les niveaux de personnel trop bas fassent courir de sérieux risques aux patients et aux travailleurs », dit le rapport. « Le manque de personnel fait en sorte que les salles d'isolement, les salles d'opération, les unités de traumatologie et les salles d'urgence ne font pas l'objet du traitement attentif et spécialisé qui leur est essentiel. »

3 juillet 2005 «*A betrayal of the health-care promise: Patients have reason to worry when they find the hospitals are filthy*», (Bris de l'engagement pris dans le secteur des soins de santé. Les patients ont raison d'être inquiets de l'état de malpropreté des hôpitaux.) *Times Colonist* (Victoria).

25 juin 2005 «*Hospitals awarded 'F' in cleanliness by audit*», (Une vérification de la propreté menée dans les hôpitaux donne une note de F.) *Times Colonist* (Victoria).

24 juin 2005 «*Hospital housekeeping audit raises more questions than it answers*», (Une vérification de l'entretien ménager dans les hôpitaux soulève plus de questions qu'elle n'apporte de réponses.) *heu.org*.

12 mai 2005 «*James lambastes decrepit state of hospitals: Health-care issues seen as top priority for public*», (M. James dénonce l'état de décrépitude des hôpitaux. Les questions de santé sont la grande priorité du public.) *Times Colonist* (Victoria).

1^{er} mai 2005 «*B.C. Nurses' Union demands inquiry into hospital hygiene*», (Le Syndicat des infirmières et infirmiers de Colombie-Britannique demande une enquête sur l'hygiène dans les hôpitaux.) *Vancouver Province*.

29 avril 2005 «*Nurses suspect cleaning methods led to infant's death from E. coli*», (Les infirmières croient que ce sont les méthodes de nettoyage qui ont mené à la mort d'un bébé par la bactérie E.coli.) *Times Colonist* (Victoria).

26 avril 2005 «*The Pains of Privatization: How Contracting Out Hurts Health Support Workers, Their Families and Health Care*», (Les affres de la privatisation : comment la sous-traitance nuit aux travailleurs de soutien, à leurs familles et aux soins de santé en général.) *Centre canadien de politiques alternatives*, <http://www.policyalternatives.ca/index.cfm?act=news&do=Article&call=1088&pA=A2286B2A&type=5>.

4 mars 2005 «*HEU calls for monitoring of hospital cleaning audits by Auditor General*», (Le SEH réclame la supervision, par le vérificateur général, des vérifications dans les hôpitaux.) *heu.org*.

1^{er} décembre 2004 «*Coincidence or not, it's time to review hospital cleanliness*», (Coïncidence ou pas, il est temps de revoir la propreté dans les hôpitaux.) *Vancouver Sun*.

Le personnel d'un hôpital où l'entretien ménager est effectué en sous-traitance doit subir des tests de dépistage d'une super bactérie

Les travailleurs de l'hôpital Royal Jubilee doivent subir un test de dépistage de la super bactérie SARM qui a touché 19 patients et forcé la fermeture d'une salle de chirurgie et d'une salle de soins la semaine dernière.

Les salles ont été nettoyées et réouvertes, mais le dépistage d'éventuelles infections chez le personnel a débuté jeudi. Ces tests sont aussi menés auprès du personnel de Morrison Healthcare Food Services et de Crothall Services Canada par les infirmières du service de santé et sécurité au travail de la direction sanitaire de l'Île de Vancouver.

Les sociétés privées sont des filiales de Compass Group Canada dont le siège social est au Royaume Uni. Il s'agit de la société qui a pris en charge les services alimentaires, de l'entretien et de la buanderie à la direction sanitaire de l'Île de Vancouver l'an dernier.

Le SARM est le virus nosocomial résistant aux antibiotiques qui préoccupe le plus les spécialistes du domaine en Amérique du Nord. Les autres sont l'entérocoque résistant à la vancomycine et la C. difficile.

Jusqu'à l'an dernier, il y avait environ 45 cas de SARM par année dans les hôpitaux du Sud de l'île. L'an dernier il y en a eu 169.

16 juin 2005 «*Royal Jubilee staff faces tests for superbug MRSA*», (Le personnel du Royal Jubilee doit se soumettre à un dépistage du SARM.) *Times Colonist* (Victoria).

La Cour suprême du Canada entendra la cause des syndicats

Le plus haut tribunal du pays décidera si les lois antisyndicales du gouvernement Campbell violent les droits à l'égalité et à la liberté d'association des travailleurs de la santé de la Colombie-Britannique.

C'est la Loi 29 qui est au banc des accusés – il s'agit de la loi adoptée en 2002 pour annuler en toute légalité des conventions collectives légalement négociée et ainsi ouvrir la voie à une privatisation sans précédent des services de santé et au licenciement massif de plus de 8 000 travailleurs du secteur de la santé, en majorité des femmes.

21 avril 2005 «*Supreme Court of Canada to hear charter challenge to Campbell Liberals' contract-breaking law*» (La cour suprême entendra la contestation en vertu de la charte de la loi antisyndicale des libéraux de Gordon Campbell.), *heu.org*.

L'entretien ménager à but lucratif remis en question au moment ou de nouvelles mamans sont aux prises avec de sérieuses infections

La société à but lucratif Sodexho est sous les feux de la rampe après que des nouvelles mamans aient contracté de sérieuses infections consécutives à une césarienne à l'hôpital Surrey Memorial de Colombie-Britannique.

Un rapport d'inspection de la Commission des accidents du travail daté du 30 septembre dernier affirme que le programme de Sodexo en matière de santé et sécurité au travail est inadéquat et que la formation et la supervision des travailleurs de l'entretien est déficiente.

1^{er} janvier 2005 «*Poor cleaning practices a health concern*», (Les pratiques déficientes en matière d'entretien ménager font naître des inquiétudes pour la santé.) *Santé et sécurité au travail Canada*.

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Le nouveau ministre de la Santé de Colombie-Britannique, George Abbott, aime les cliniques privées

En réaction à la « Troisième voie » proposée par le premier ministre albertain, le nouveau ministre de la Santé de Colombie-Britannique, George Abbott, a déclaré qu'il était en faveur de l'achat « approprié et stratégique » de services privés par les directions sanitaires.

18 juillet 2005 «*B.C. eyes Alberta plan of 'third way' health care*», (La Colombie-Britannique étudie la « Troisième voie » de l'Alberta pour les soins de santé.) *Times Colonist* (Victoria).

Une clinique privée pour membres seulement doit ouvrir ses portes en octobre 2005

Une clinique de style boutique appelée le Copeman Healthcare Centre, offrira autant les services assurés par l'assurance-maladie que les services non assurés contre le versement de frais annuels de 2 300 \$. La clinique doit ouvrir ses portes en octobre à Vancouver.

Don Copeman, co-proprétaire du Centre chirurgical False Creek et fondateur de la clinique Copeman, a annoncé qu'il planifiait l'ouverture d'autres cliniques-boutiques ailleurs au Canada.

6 juin 2005 «*\$2,300 for a ticket to 'Club Medicare': B.C. clinic offers boutique-style service, health-care chain plans Toronto outlet*», (2 300 \$ pour avoir son billet pour le Club Med des soins de santé : une clinique de Colombie-Britannique offre des services style boutique, une chaîne de cliniques de soins de santé prévoit ouvrir une succursale à Toronto.) *Toronto Star*.

2 juin 2005 «*BC government must act to curb two-tier health care*», (Le gouvernement de Colombie-Britannique doit agir pour mettre fin au développement des soins à deux vitesses.) *bhealthcoalition.ca*.

1^{er} juin 2005 «*B.C. government must rule out MSP payments to members-only health clinic – HEU*» (Le gouvernement de Colombie-Britannique doit écarter tout paiement de la Régie de l'assurance-maladie à des cliniques de santé pour membres seulement, dit le SEH.) , *heu.org*.

1^{er} juin 2005 «*New clinic comes under fire*», (Une nouvelle clinique fortement critiquée.) *Vancouver.cbc.ca*.

AUTRES

Soins de longue durée

L'Armée du Salut annule son entente avec Compass, mais retourne en appel d'offres pour le contrat

L'Armée du Salut retourne immédiatement en appel d'offres pour le contrat des services de soutien à la résidence Sunset.

Après deux années au cours desquelles on a beaucoup fait état de chambres sales, de nourriture de mauvaise qualité et d'un taux de roulement du personnel très élevé, les gestionnaires de la résidence ont annoncé qu'ils ne renouvelaient pas le contrat qui les liait à la société britannique Compass Group.

8 juin 2005 «*Sunset Lodge urged to reconsider "reckless" plan to re-tender health support services, HEU*» — (La résidence Sunset est instamment priée par le SEH de ne pas retourner en appel d'offres pour ses services de soutien.), *heu.org*.

8 juin 2005 «*Sally Ann cancels food deal: Compass Group loses service contract for Sunset Lodge seniors home*», (Sally Ann annule le contrat de service alimentaire. Le Groupe Compass perd le contrat de la maison de retraite Sunset.) *Times Colonist* (Victoria).

Compressions dans les services et licenciements : privatisation furtive

- *Les soins de longue durée et les soins à domicile font l'objet de compressions qui les placent sous la moyenne canadienne.*

« L'accès aux soins de longue durée et aux soins à domicile a considérablement diminué au cours des trois dernières années pour les aînés de Colombie-Britannique et ce, malgré les intenses pressions de la population âgée et les compressions dans le système de soins actifs. Le niveau de service en Colombie-Britannique est tombé sous la moyenne canadienne et il est maintenant parmi l'un des plus bas de toutes les provinces. Les compressions ont aussi été plus sévères dans certaines régions sanitaires, ce qui a mené à un accroissement des inégalités régionales en matière d'accès aux soins. »

Selon le rapport, « il y a eu fermeture de 1 464 lits de soins à domicile entre 2001 et 2004. Cette réduction survient au moment où la population dont l'âge est de 75 ans ou plus augmente de 3 % par année. »

« Il s'agit des principales conclusions d'un rapport récemment publié par le Centre canadien de politiques alternatives et qui a pour titre : *Continuing Care Renewal or Retreat: BC Residential and Home Health Care Restructuring 2001-2004*,

(Renouvellement ou retrait des soins continus, la restructuration des soins à domicile en Colombie-Britannique, 2001-2004.) »

19 avril 2005 «*BC Health Coalition demands action – not silencing – on long term bed crisis*», (La coalition de la santé de Colombie-Britannique réclame de l'action – pas le silence – dans la crise des lits de soins de longue durée.) bchealthcoalition.ca.

11 avril 2005 «*Untangling the spin about long-term care in BC*», (Dénoncer la manipulation médiatique dans le dossier des soins de longue durée en Colombie-Britannique.) policyalternatives.ca.

4 avril 2005 «*Long-term care and home health services in BC on steady decline: Province-wide audit provides clear picture of cuts since 2001, documents lost beds*», (Les soins de longue durée et les soins à domicile sont en déclin en Colombie-Britannique. Une vérification provinciale dresse un portrait clair des compressions depuis 2001 et documente les fermetures de lits.) policyalternatives.ca.

HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Le coût de l'hôpital en PPP d'Abbotsford passe à 355 millions de dollars – une hausse de 70 %

L'hôpital et centre du cancer en partenariat public-privé (PPP) d'Abbotsford coûtera maintenant autour de 70 pour cent de plus que ce qu'avaient annoncé les libéraux de la C.-B. En effet, en décembre 2001, une étude de faisabilité indiquait que l'hôpital de 300 lits coûterait 211 millions de dollars. Le prix est passé à 286 millions de dollars lorsque le gouvernement a lancé une demande de propositions en septembre 2003. En juillet 2004, le promoteur, Access Health Abbotsford, a révélé que le coût avait encore augmenté et s'élevait à 325 millions de dollars. Aujourd'hui, le coût de la construction est évalué à 355 millions de dollars. Par rapport à la première estimation, le coût a connu une hausse de 68,2 pour cent – ou 144 millions de dollars. Une analyse financière du vérificateur judiciaire Ron Parks commandée par le SEH prévoit que le public devra verser au consortium privé 1,4 milliard de dollars en paiements de location au cours des 33 prochaines années. L'organisme gouvernemental responsable du projet, Partnerships BC, soutient que le nouveau prix tient compte de sa nouvelle désignation à titre de centre régional de référence, avec un service des urgences plus important. [Toutefois, rien ne garantit que le public sera protégé contre les dépassements de budget si les coûts grimpent encore.] Partnerships BC assure qu'un rapport sur l'optimisation des ressources et l'entente détaillée seront rendus publics en 2005. Abbotsford est situé dans la vallée du Fraser, à environ 80 km à l'est de Vancouver.

Décembre 2004 «*Controversial P3 hospital project under way despite union's concerns over 70% price hike: Partnerships BC says costs justified by added features* » (Un projet d'hôpital en PPP controversé en cours, malgré les inquiétudes soulevées par le syndicat au sujet d'une hausse de 70 % : Partnerships BC soutient que les coûts sont justifiés par des éléments additionnels.)
Daily Commercial News and Construction Record.

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

13 décembre 2004 « Hospital workers slam rising cost of new centre » (Les travailleuses et travailleurs d'hôpitaux dénoncent la hausse du coût du nouveau centre) *The Daily News* (Prince Rupert).
10 décembre 2004 « Costs up 70% for Abbotsford P3 hospital » (Les coûts grimpent de 70 % pour l'hôpital en PPP d'Abbotsford), *scfp.ca*.

SOUS-TRAITANCE

Le nettoyage d'hôpital en sous-traitance jugé inadéquat

Le Syndicat des employées et employés d'hôpitaux (SEH) – la division des services de santé du SCFP de la C.-B. – et le Syndicat des infirmières et infirmiers de la C.-B. demandent au vérificateur général de la C.-B. d'entreprendre une vérification minutieuse des services d'entretien ménager de quatre régions sanitaires où le travail de nettoyage a été privatisé. Un rapport syndical conjoint intitulé « *Falling Standards, Rising Risks: Issues of hospital cleanliness with contracting out* » (Déclin des normes, hausse des risques : problèmes de propreté dans les hôpitaux où il y a sous-traitance) et publié en novembre 2004, documente les nombreux problèmes de nettoyage inférieur aux normes et de pratiques inadéquates de prévention des infections à l'hôpital St. Paul's de Vancouver. À l'hôpital Burnaby and Eagle Ridge, des sondages et des rencontres ont permis de mettre au jour des problèmes de propreté similaires. Depuis que les régions sanitaires ont commencé à sous-traiter les services de buanderie, d'alimentation et de soutien, les normes de nutrition et d'hygiène ont chuté dans les hôpitaux du Lower Mainland et de la vallée du Fraser.

13 décembre 2004

« Auditor General urged to audit hospital cleaning in four authorities » (Le vérificateur général est invité à vérifier la propreté des hôpitaux de quatre régions), *heu.org*

3 décembre 2004

« Another BC hospital study reveals scary conditions under privatized cleaning » (Une autre étude menée dans les hôpitaux de la C.-B. révèle des conditions alarmantes avec le nettoyage privatisé), *scfp.ca*

26 novembre 2004

« New cleaning concerns: investigation reveals widespread problems with housekeeping at St. Paul's Hospital » (Nouveaux problèmes de propreté : une enquête révèle des lacunes en matière d'entretien ménager à l'hôpital St. Paul's), *heu.org*

« Privatization and Cutbacks Hurt Health Care » (La privatisation et les compressions nuisent aux soins de santé), *cupe.bc.ca*

La région sanitaire Interior retient les services de FHG International pour examiner l'état des services de nutrition en hôpital

La région sanitaire Interior Health a retenu les services d'une firme indépendante d'experts-conseils pour examiner les services de nutrition dans ses hôpitaux. FHG est une entreprise internationale qui a mené des études de recherche de marché et de faisabilité au Canada, aux États-Unis et anciennement en Union soviétique. Les

Service de recherche du SCFP national

**L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005**

services alimentaires ont été fusionnés dernièrement dans la région. L'examen devrait commencer en janvier et se poursuivre environ 12 semaines. [La fusion et les examens des consultants pourraient mener à la sous-traitance.]

Décembre 2004

« IHA reviewing status of food services »

(L'IHA examine l'état des services de nutrition), Free Press, evsos.com

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : LES SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Première clinique d'IRM privée de Victoria

CML HealthCare Imaging Inc., basée en Ontario, ouvrira bientôt la première clinique d'IRM privée de Victoria. Les examens d'IRM à la nouvelle clinique privée seront offerts à partir de 900 \$. Suzanne Germain, porte-parole de la régie sanitaire de l'Île de Vancouver, a dit que si les services d'IRM sont sous-traités à la clinique CML, ils seront financés par le public. Si les examens d'IRM privés sont financés par une compagnie d'assurance pour compte de tiers, comme le système public de soins de santé, le respect de la *Loi canadienne sur la santé* est assuré. De nombreuses cliniques privées ont brouillé la définition d'« assurance pour compte de tiers », qui semble maintenant inclure les employeurs, les bienfaiteurs, les amis et parfois même des membres de la famille.

4 février 2005

« MRI scans go private » (Les appareils d'IRM se privatisent)

Vancouver Island News Group

La régie sanitaire de l'Île de Vancouver retient les services de l'entreprise privée South Island Surgery

La régie sanitaire de l'Île de Vancouver a retenu les services de l'entreprise privée South Island Surgery pour effectuer 98 procédures chirurgicales en août 2004.

4 février 2005 « MRI scans go private » (Les appareils d'IRM se privatisent)

Vancouver Island News Group

Ottawa impose une amende à la C.-B. pour avoir permis l'établissement de cliniques privées – Ottawa doit imposer une nouvelle amende à la C.-B. au printemps 2005

Le gouvernement fédéral a imposé une amende de 126 775 \$ au gouvernement de la Colombie-Britannique pour avoir permis à des patients de payer pour subir des interventions chirurgicales à des cliniques privées en 2004 – en contravention de la *Loi*

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée

Le 21 juillet 2005

canadienne sur la santé. [Si les patients doivent payer de leur poche pour des interventions « médicalement nécessaires », les soins de santé ne sont pas universellement accessibles – et l’accessibilité universelle est l’un des piliers de la *Loi canadienne sur la santé.*] Le *Vancouver Sun* signale que les amendes sont liées à des infractions qui se sont produites au cours de l’exercice 2001-2002. Le ministre fédéral de la Santé, Ujjal Dosanjh, a dit que la C.-B. recevra une autre amende au printemps pour les patients qui ont eu recours aux services d’établissements médicaux privés au cours de l’exercice 2002-2003. Le ministre Dosanjh déclare dans le *Vancouver Sun* qu’il « désapprouve le fait que la province continue de permettre cette situation ... (la province) n’offre pas des services adéquats à ses citoyens, même si nous lui donnons des montagnes d’argent ». Il cite en exemple le récent transfert fédéral de 41 milliards de dollars en 10 ans alloué aux provinces et aux territoires.

5 février 2005 « Dosanjh: BC won’t turn over extra-billing data » (Ujjal Dosanjh : la C.-B. refuse de dévoiler ses données sur la surfacturation) *Vancouver Sun*

4 février 2005 « Feds to fine BC for clinics » (Le gouvernement fédéral impose une amende à la C.-B. pour ses cliniques privées) *Vancouver Sun*

La C.-B. refuse de remettre à Ottawa ses données sur la surfacturation

Le ministre fédéral de la Santé, Ujjal Dosanjh, a déclaré que bien qu’elle y soit tenue, la C.-B. ne présente pas de rapport régulier sur les violations de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). En réponse, la ministre des Services de santé de la C.-B., Shirley Bond, a fait valoir dans le *Sun* que l’expression « médicalement nécessaire » – les interventions couvertes par la LCS – devait être clarifiée. Barbara Kosiec, vice-présidente du groupe Elk Valley and South Country Health Care Coalition (EVSCHCC), soutient qu’une définition plus large des mots « médicalement nécessaire » n’est qu’une tactique pour couvrir l’explosion de cliniques privées en C.-B. qui offrent aux patients nantis des soins plus rapides, ce qui est conforme à la philosophie et aux objectifs du gouvernement libéral en matière de privatisation du secteur public.

5 février 2005 « Dosanjh: BC won’t turn over extra-billing data » (Ujjal Dosanjh : la C.-B. refuse de dévoiler ses données sur la surfacturation) *Vancouver Sun*

22 décembre 2004 « EVSC Health Care Coalition » (Coalition EVSC sur la santé) *The Free Press* (Fernie)

La C.-B. gaspille l’argent des contribuables pour garnir les coffres des cliniques privées

La C.-B. laisse des salles d’opération vides pendant qu’elle sous-traite les chirurgies à des entreprises privées. La régie sanitaire de l’Île de Vancouver (VIHA) a annoncé qu’elle dépensera 2,1 millions de dollars pour confier plus de 2 000 chirurgies et 500 procédures à des cliniques privées d’ici avril 2005. Puisque le gouvernement de la

C.-B. assumera les frais de toutes les procédures chirurgicales effectuées aux cliniques privées, le D^r Glen Lowther, porte-parole de la VIHA, soutient que la sous-traitance respecte la *Loi canadienne sur la santé*. Les chirurgies des cataractes, de la vessie, des articulations et des hernies seront parmi les procédures incluses dans le processus d'appel d'offres. Colin Hansen, ancien ministre des Services de santé de la C.-B., a dit que quatre des cinq régions sanitaires de la C.-B. avaient annoncé des projets semblables de sous-traitance des chirurgies à des cliniques privées.

10 décembre 2004 « Vancouver Island asks for private surgery bids » (L'Île de Vancouver lance un appel d'offres pour des chirurgies privées) *Edmonton Journal*

DIVERS

Désassurance

Une coalition condamne de graves lacunes dans l'assurance-médicaments de la C.-B.

Dans un rapport intitulé « *Access to Medications in British Columbia: Does Pharmacare pass the drug test?* » (Accès aux médicaments en Colombie-Britannique : l'assurance-médicaments passe-t-elle le test ?), le groupe Better Pharmacare Coalition (BPC) souligne que 91 % des 60 médicaments en attente d'approbation de financement sont déjà financés par d'autres provinces. Gail Attara, directrice exécutive de la Canadian Society of Intestinal Research (membre de la coalition), soutient ce qui suit :

« L'assurance-médicaments utilise une forme de rationnement des médicaments qui restreint les choix de traitement du médecin et nuit aux patients. » Avec les libéraux de la C.-B., la couverture de l'assurance-médicaments a diminué. Les personnes âgées paient maintenant une plus grande part de leurs frais de médicaments, car certains médicaments ont été carrément désassurés. Le programme d'aide auditive de la C.-B. a été éliminé. La couverture pour la santé préventive – chiropratique, massothérapie, physiothérapie, naturopathie et podiatrie non chirurgicale – a été dés assurée. La couverture des examens oculaires périodiques pour les adultes de 19 à 64 ans a été annulée.

8 février 2005 « Coalition says prescription plan ignores patients » (Une coalition affirme que le régime d'ordonnances ne tient pas compte des patients) *The Daily News* (Kamloops)

7 février 2005 « Healthcare coalition condemns serious BC Pharmacare flaws » (Une coalition en santé dénonce les graves lacunes du régime d'assurance-médicaments de la C.-B.)

Communiqué de presse, Better Pharmacare Coalition, betterpharmacare.com

« Privatization and Cutbacks Hurt Health Care » (La privatisation et les compressions nuisent aux soins de santé), cupe.bc.ca

2004

HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF

L'entente P3 avec un consortium privé appelé « Access Health Abbotsford » pour la construction du nouvel hôpital et centre de traitement du cancer d'Abbotsford doit être signée en octobre. Les détails du contrat ne seront pas divulgués au public avant que celui-ci soit final. Access Health Abbotsford est formé du groupe PCL Construction, de Brookfield LePage Johnson Controls et de la succursale canadienne de la banque ABN Amro. Le consortium financera, concevra, construira et exploitera le nouvel hôpital et le gouvernement propose de payer pour l'utilisation de l'édifice en vertu d'une entente de location.

7 août 2004, p. 0012, « Streifel resurfaces, raps P3 hospital » (Streifel refait surface et s'en prend à l'hôpital P3) *Maple Ridge News*

17 août 2004, p. 0014, « Alberta abandons P3 hospital » (L'Alberta abandonne l'hôpital P3) *Chilliwack Progress*

2 septembre 2004, p. 0004, « P3 project worthwhile – even NDP agrees. » (Le projet P3 est valable, même le NPD est d'accord) *Abbotsford News*, 5 octobre 2004, p. 0001, « \$5.2 million payment looms for hospital. » (Paiement de 5,2 millions de dollars à prévoir pour l'hôpital) *Abbotsford News*

Le 30 septembre, la première pelletée de terre a eu lieu pour la construction du centre de soins ambulatoires Academic de l'Hôpital général de Vancouver, le premier projet P3 de la province. L'édifice de 11 étages devrait être terminé en 2006. L'établissement sera construit et exploité pendant 30 ans par Access Health Vancouver (AHV). Le consortium AHV est formée de la banque ABN AMRO Bank N.V. et PCL Constructors Westcoast, d'une entreprise commune du groupe IBI Group et de Henriquez Architects, et de Brookfield LePage Johnson Controls. La Régie sanitaire Vancouver Coastal (VCH) sera le principal locataire de l'édifice et en prendra possession à la fin de la période de 30 ans. VCH louera 216 000 des 365 000 pieds carrés du nouvel établissement. AHV louera l'espace restant à des locataires privés.

The Vancouver Sun, 4 octobre 2004, p. B7, « Sod turned on first P3 »
(Première pelletée de terre pour le premier P3) Maurice Bridge

SOUS-TRAITANCE

Le Syndicat des employées et employés d'hôpitaux et le personnel de nettoyage des hôpitaux de la régie sanitaire de la Fraser Valley dénoncent le manque de propreté et les problèmes de santé qui en découlent dans les établissements de la régie. Les tâches de nettoyage ont été confiées en sous-traitance à Sodexo Canada l'hiver dernier. Le SEH a exprimé ces préoccupations suite à une ordonnance émise par le ministre de la Santé, Colin Hansen, exigeant la tenue d'un examen des services de

l'hôpital Surrey Memorial où deux femmes s'étaient plaintes d'avoir contracté de graves infections à la bactérie mangeuse de chair et après qu'une série d'autres incidents se soient produits dans d'autres établissements de la régie.

« Nous pensons que le Surrey Memorial est un reflet de ce qui se passe dans d'autres établissements », a soutenu la porte-parole du SEH, Margi Blamey. Voici quelques-uns des incidents et préoccupations qui ont été signalés :

- en mars, le personnel de nettoyage de l'hôpital MSA signalait que du sang et d'autres matières comme le placenta restaient dans des salles d'accouchement censées être propres, et que des aiguilles et des ordures étaient laissées dans les lits des salles d'urgence
- en avril, la pouponnière de prématurés a dû être fermée après l'apparition d'une superbactérie
- en août, des patients se sont plaints du manque de propreté à la salle d'urgence du Royal Columbian et la régie de la Fraser Valley a promis que le sous-traitant privé augmenterait son personnel
- en septembre, une patiente du Royal Columbian s'est plainte qu'elle avait été mise dans un lit dont les draps étaient mouillés et souillés
- en septembre, la Commission des accidents du travail a dû se rendre à l'hôpital d'Abbotsford pour y examiner les procédures en santé et sécurité. La CAT a conclu que les procédures de Sodexo en matière de santé et sécurité pouvaient suffire au nettoyage des hôtels, mais pas à celui des hôpitaux

The Abbotsford Mission Times, 19 nov. 2004, p1, « Probe should include local hospitals, says HEU: Infections a major concern after Surrey patients contract flesh-eating disease » (Selon le SEH, l'examen devrait inclure les hôpitaux locaux : les infections inquiètent après que des patients de Surrey aient contracté la maladie de la bactérie mangeuse de chair) Christina Toth

Le gouvernement de la Colombie-Britannique a sous-traité l'administration des régimes de services médicaux et d'assurance-maladie à une société américaine. Le contrat de dix ans et de 324 millions de dollars a été accordé à Maximus Inc., qui inscrira les clients, traitera les demandes médicales et pharmaceutiques et contrôlera les réponses du programme médical aux patients.

Les adversaires de cette sous-traitance redoutent surtout que les renseignements personnels et privés des résidents de la Colombie-Britannique ne se retrouvent entre les mains des autorités américaines. Dans un rapport publié à la fin d'octobre, le commissaire à la vie privée de la Colombie-Britannique, David Loukidelis, conclut que le U.S. Patriot Act permet aux autorités américaines d'avoir accès aux renseignements personnels de Canadiens et de Canadiennes si ces renseignements se retrouvent aux États-Unis ou s'ils sont détenus par des firmes américaines au Canada. Le gouvernement de la C.-B. a adopté en octobre une loi visant à empêcher les autorités

américaines d'examiner des renseignements détenus par des sociétés privées américaines sur des résidents de la C.-B. ; pourtant, il n'a pas respecté de nombreuses recommandations émises par les commissaires à la vie privée pour assurer la sécurité de ces renseignements.

5 nov. 2004, p A4, « B.C. OK's plan to contract out medical claims to U.S. outfit » (La C.-B. approuve le projet de sous-traitance des demandes d'indemnisation médicale à une entreprise américaine) Ian Bailey, *The Province*

5 nov. 20/04, pA2, « Health claims contracted out to U.S.-based firm: B.C. Health Ministry announces privatization of MSP claims with a 10-year contract worth \$324 million » (Les demandes d'assurance médicale sont sous-traitées à une firme basée aux États-Unis : le ministère de la Santé de la C.-B. annonce la privatisation des demandes de remboursement de services médicaux et accorde un contrat de dix ans à 324 millions de dollars), *The Daily Courier*

À cause d'une pénurie d'infirmières et d'infirmiers de salles d'opération, l'hôpital St. Paul's de Vancouver a dû sous-traiter 1 000 chirurgies, qui vont des opérations orthopédiques du genou aux réparations d'hernies. Le travail sera effectué par trois cliniques privées : Cambie, False Creek et Ambulatory Surgical Centres.

Le Syndicat des infirmières et infirmiers de la C.-B. demande la tenue d'une enquête sur les conditions de travail à l'hôpital St. Paul's. Selon la présidente du syndicat, Debra McPherson, « on compte trop sur les heures supplémentaires et sur la disponibilité du personnel infirmier, qui est tout simplement épuisé ».

En septembre, le ministre de la Santé, Colin Hansen, a déclaré que le gouvernement songeait à donner davantage de travail aux cliniques privées. Il a également affirmé qu'à l'heure actuelle, les cliniques privées peuvent effectuer certaines procédures plus rapidement et plus économiquement.

3 nov. 2004, p A1, « Nurse shortage forces St. Paul's to use private clinics » (La pénurie d'infirmières et d'infirmiers oblige St. Paul's à avoir recours aux cliniques privées) Joel Baglole, *The Vancouver Sun*

4 nov. 2004, p A2, « Nurses demand probe after hospital surgeries diverted to private clinics » (Les infirmières et les infirmiers exigent une enquête après que des chirurgies hospitalières aient été confiées à des cliniques privées), *The Daily Courier*

La Régie sanitaire de Fraser Valley a clos ses appels d'offres le 24 septembre pour la sous-traitance à des cliniques privées de 2 500 procédures d'IRM. Les *scans* sous-traités doivent être effectués d'ici le 31 mars 2005.

15 septembre 2004, p. A1, « Privatized care keeps expanding ». Les soins privatisés continuent de croître) Scott Stinson et James Cowan, *National Post*

Le recours à des cliniques privées pour effectuer des chirurgies financées par l'État augmente régulièrement en C.-B. depuis qu'elles ont été permises pour la première fois en 2002. Quatre régies sanitaires de la C.-B., Vancouver Coastal, Vancouver Island,

Fraser et Interior, ont de plus en plus recours à cette pratique. À Vancouver, entre le 10 septembre et la fin d'octobre, 1 400 chirurgies d'un jour, payées par les deniers publics, auront été effectuées dans des cliniques privées. Depuis mars, la région sanitaire Fraser a dépensé 875 000 \$ en sous-traitance de soins chirurgicaux à des cliniques privées. La Régie sanitaire Interior vient d'annoncer qu'elle versera 615 000 \$ à une clinique privée à but lucratif de Kelowna pour effectuer 480 chirurgies de jour au cours des 6 prochains mois, c'est-à-dire 1 280 \$ par chirurgie. Seule la région sanitaire Northern ne sous-traite pas les soins chirurgicaux. Jusqu'à maintenant, les interventions se sont limitées à de simples chirurgies d'un jour, comme la chirurgie des cataractes, même si le ministre provincial de la Santé a indiqué qu'il songeait à sous-traiter des procédures plus compliquées exigeant un séjour de plus de 24 heures.

10 septembre 2004, p. B1, « Backlog of surgeries cleared » (Plus de retards dans les chirurgies)

Jim Beatty, *The Vancouver Sun*

16 septembre 2004, p. A21, « A second quiet revolution? » (Une deuxième révolution tranquille ?) éditorial, *National Post*

6 octobre 2004, « Campbell wasting precious public health resources on for-profit clinics »

(Campbell gaspille de précieuses ressources publiques en santé pour des cliniques à but lucratif) newswire@news.bc.ndp.ca, *B.C. NDP NEWSWIRE*

Le gouvernement provincial a annoncé que la Loi 92, censée empêcher les médecins d'exiger des frais pour des procédures couvertes par le système public en leur imposant de lourdes amendes, ne sera pas adoptée. Le ministre provincial de la Santé, Colin Hansen, a indiqué que le gouvernement ne laissera pas la Loi 92 entraver l'expansion du recours aux cliniques privées.

10 septembre 2004, p. A5, « Expanded use of private medical

clinics considered. » (Un recours accru aux cliniques médicales privées est envisagé), *Alberni Valley Times*

ALBERTA [mise à jour le 21 juillet 2005]

2005

SOUS TRAITANCE

À Edmonton, des avortements sans but lucratif effectués en sous-traitance par une clinique à but lucratif

« La décision de la direction sanitaire de la capitale (Edmonton) de donner en sous-traitance tous les avortements de routine non urgents à la clinique Morgentaler, une clinique privée à but lucratif constitue une menace sérieuse pour notre système public de soins de santé, » affirment Les amis de l'assurance-maladie. « Je crois que c'est la première fois que la direction sanitaire de la capitale donne en sous-traitance la totalité d'un traitement médicalement requis à une clinique à but lucratif. L'organisme Les amis de l'assurance-maladie est profondément inquiet et croit qu'il s'agit de la première mesure prise par la direction sanitaire en vue de la mise en oeuvre de la troisième voie de Ralph Klein, un programme de commercialisation des soins de santé. »

Conformément à une entente conclue entre la clinique à but lucratif Kensington et la région sanitaire de Calgary, les avortements pratiqués dans cette région seront effectués tant à l'hôpital que dans une clinique privée et ce, pour les deux prochaines années.

21 avril 2005 « *City continues with two sites for abortions* » (La ville continue à autoriser les avortements sur deux sites), *Calgary Herald*.

21 avril 2005 « *Women will have only Morgentaler Clinic to rely on: Royal Alex's closure leaves one abortion clinic. Is that enough?* », (Les femmes ne pourront plus compter que sur la clinique Morgentaler : la fermeture du Royal Alex ne laisse plus qu'une seule clinique d'avortement, Est-ce suffisant ?) *Edmonton Journal*.

Des dossiers médicaux perdus par des entrepreneurs privés

Des entreprises privées ont perdu des disquettes contenant le dossier médical de plus de 670 000 Albertains.

Les disquettes contenant les données ont été perdues il y a trois semaines. Ces disquettes contenaient le numéro de carte d'assurance-maladie, le nom, le numéro de registre de paye et l'état civil de plus de 670 000 Albertains.

Une enquête est aussi en cours dans le cas de la disparition d'une autre disquette contenant le dossier de régime de retraite de 98 Albertains, la disquette a été perdue séparément pendant son transport.

1^{er} avril 2005. « Health minister responds to loss of health information of 670,000 Albertans » (Le ministre de la Santé réagit à la perte des dossiers médicaux de 670 000 Albertains) *Edmonton Journal*.

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Une clinique à but lucratif forcée de mettre fin à la surfacturation

Le Health Resource Centre, une clinique à but lucratif, a admis avoir vendu une chirurgie de la hanche appelée Birmingham pendant trois mois, soit jusqu'en mars, le moment où le ministère de la Santé de l'Alberta a avisé la clinique qu'elle n'était pas autorisée à facturer ses clients pour cette intervention.

Un patient a déclaré avoir déboursé 22 000 \$ pour l'opération.

Des représentants de Santé Canada ont déclaré que le dossier était à l'étude.

19 juillet 2005 «*Hip-for-fee service shut down: Province told clinic to stop \$22,000 surgeries*». (Fermeture d'un service payant de chirurgie de la hanche. La province dit à la clinique de mettre fin à ses interventions à 22 000 \$.) *Calgary Herald*.

19 juillet 2005 «*Clinic billed for hip surgery: Private Calgary centre told to stop charging for still-experimental Birmingham procedure*», (Une clinique facturait ses chirurgies de la hanche. Une clinique privée de Calgary est sommée de cesser de faire payer pour l'intervention Birmingham qui en est toujours au stade expérimental.) *Edmonton Journal*.

Une fois de plus, le premier ministre Ralph Klein fait pression en faveur de sa « troisième voie », des soins de santé à but lucratif

En Alberta, le premier ministre, Ralph Klein et la ministre de la Santé, Iris Evans, ont annoncé que les régions sanitaires pouvaient dès maintenant commencer à facturer les patients pour des interventions comme un remplacement de la hanche et pour les chambres d'hôpital. Les directions sanitaires des régions seront donc autorisées à imposer des frais d'utilisateur pour leurs services médicaux.

L'option des soins améliorés fait partie des propositions émises par la province dans le cadre de la mise en oeuvre de ce qu'elle appelle sa « Troisième voie ».

La Fédération du travail de l'Alberta affirme que ces politiques mèneront à un système de soins de santé moins accessible et à des millions de dollars de nouveaux coûts pour les citoyens et les entreprises albertaines. La Fédération souligne que l'assurance-maladie a donné aux entreprises canadiennes des avantages énormes sur ses concurrents du sud de la frontière.

L'organisme Les amis de l'assurance-maladie affirme pour sa part que ces politiques auront pour conséquence la création de nouveaux marchés, tant pour l'industrie de l'assurance que pour les entreprises du secteur de la santé.

Le Calgary Herald rapporte que : « À la sortie d'une rencontre portant sur la remise en état du système de soins de santé de la province, Jack Davis (chef de la direction de la Région sanitaire de Calgary) a déclaré aux journalistes « la région sanitaire entend s'attaquer au problème des listes d'attente en agrandissant les hôpitaux publics et en payant les entrepreneurs privés pour effectuer des interventions ».

19 juillet 2005 «*Health plan has a familiar look: Alberta promised to lead the way for Canada – but the 'Third Way' has little that's new*», (Le plan de refonte du système de santé a un petit air familial. L'Alberta a promis de montrer la voie au Canada, mais la « Troisième voie » ne propose rien de neuf.) *Times Colonist* (Victoria).

15 juin 2005 «*Health region takes third way: Calgary increasing private surgery*», (La région sanitaire emprunte la troisième voie. Calgary aura encore plus recours au privé pour les chirurgies.) *Calgary Herald*.

13 juillet 2005 «*Klein unveils 'third way' health care: Plan would allow Albertans to pay for medicare upgrades Premier insists proposal doesn't violate Canada Health Act*» (Ralph Klein dévoile sa « Troisième voie » pour les soins de santé. Le plan permettra aux Albertains de payer pour des soins améliorés. Le premier ministre insiste pour dire que son plan ne viole pas la *Loi canadienne sur la santé*.) *The Toronto Star*.

13 juillet 2005 «*Klein: let patients buy better service: User-pay option for state-of-the-art hip surgery*», (Ralph Klein : laissons les patients acheter de meilleurs services. Possibilité pour l'utilisateur de payer pour une chirurgie de la hanche à la fine pointe.) *Edmonton Journal*.

13 juillet 2005 «*Alberta health reforms push private medicine*», (La réforme du système albertain de santé favorise la médecine privée.) *Times Colonist* (Victoria).

12 juillet 2005 «*More private health insurance will increase business costs and undermine Alberta advantage*», (La croissance de l'assurance-santé privée causera une augmentation des coûts pour les entreprises albertaines et affaiblira l'avantage dont elles jouissent.) *afl.org*.

12 juillet 2005 «*Albertans who can afford to pay will get enhanced health-care services*», (Les Albertains qui en ont les moyens pourront payer pour recevoir des services de santé améliorés.) *Presse canadienne*.

12 juillet 2005 «*Choice in enhanced medical care creates doctor-patient conflict of interest: proposed Health Care Assurance Act a Trojan horse for two-tier health care*». (La possibilité de recevoir des services de santé améliorés provoque des conflits d'intérêt médecin-patient : La loi sur l'assurance-santé proposée constitue le cheval de Troie des soins de santé.) *keepmedicarepublic.ca*.

Juillet 2005 «*Ralph Klein's "third way" program – an analysis*», (Le programme de la « Troisième voie » de Ralph Klein – une analyse.) *SCFP.ca*.

18 juin 2005 «*Alberta – Private Clinics*», (Alberta : cliniques privées.) *Broadcast News*.

Les physiothérapeutes envisagent la surfacturation en raison des compressions à l'assurance-maladie

Des nouvelles règles entrées en vigueur le 14 avril ont pour effet de couper les frais de consultation payés par les assureurs aux physiothérapeutes. Les coûts remboursés passent de 80 \$ à 35 \$ par consultation. Les physiothérapeutes peuvent toutefois facturer 70 \$ pour les quelques premières consultations.

Suzanne Marshall, directrice administrative de l'Association des physiothérapeutes de l'Alberta, affirme que son organisme recommande fermement de ne pas avoir recours à

la surfacturation. « Il n'est pas question d'encourager qui que ce soit à violer la loi », a-t-elle ajouté.

La physiothérapie a été retirée de la liste des services assurés vers le milieu des années 90. Elle a ensuite été confiée aux régions sanitaires et a fait l'objet de nombreuses compressions par la suite.

« Certains physiothérapeutes affirment qu'ils pourraient ne pas être en mesure de demeurer dans la province, mais je ne suis pas certaine qu'ils ont pris connaissance de tous les protocoles », a déclaré Mme. Marshall.

26 avril 2005 «*Frustrated physios consider extra-billing: New rules cut fees paid by insurers*» (Des physiothérapeutes excédés songent à la surfacturation. De nouvelles règles diminuent les frais remboursés par les assureurs.) *Edmonton Journal*.

AUTRES

Soins de longue durée

Le groupe de travail sur les soins de longue durée fait la tournée de l'Alberta après la publication du rapport du vérificateur général

Les travailleurs des maisons de soins infirmiers de l'Alberta, les patients et les familles pourraient avoir leur mot à dire au sujet du système de soins de longue durée à l'occasion des rencontres publiques qui auront lieu en août.

Un groupe de travail chargé d'étudier les niveaux de soins dans les maisons de soins infirmiers de l'Alberta fait la tournée de la province.

Le comité a été créé après le dépôt du rapport du vérificateur général, Fred Dunn, qui a révélé que 30 % des maisons de soins infirmiers de la province ne rencontrent pas les normes minimales de soins.

L'organisme Les amis de l'assurance-maladie affirme que le rapport Dunn démontre que les problèmes sont systémiques et qu'ils doivent être réglés par le gouvernement provincial.

Une femme diabétique de 86 ans qui faisait une grève de la faim pour protester contre le manque de personnel dans les établissements de soins de longue durée est morte à la mi-mai.

L'information sur ces rencontres publiques est publiée sur le site : www.continuingcare.gov.ab.ca.

12 juillet 2005 «*Task force looking at care in Alta. nursing homes hopes to hear from public*», (Un groupe de travail étudie les soins en Alberta, les maisons de soins infirmiers espèrent entendre l'opinion du public.) *Edmonton Journal*.

27 juin 2005 «*Auditor general's report spurs Alberta to review seniors care*», (Le rapport du vérificateur général incite l'Alberta à revoir les soins prodigués aux aînés.) *Presse Canadienne*.

18 mai 2005 «*Senior's hunger strike a tragedy, NDP Leader says*», La grève de la faim d'une femme âgée, une tragédie, affirme le chef du NPD.) *The Globe and Mail*.

17 mai 2005 «*Alta. Politicians react to death of senior who staged hunger strike protest*», (Les homes et femmes politiques de l'Alberta réagissent à la mort d'une dame âgée qui faisait la grève de la faim.) *Edmonton Sun*.

11 mai 2005 «*Elder-care backers vow to keep heat on province: `Quick action needed to improve conditions*», (Les défenseurs des soins aux aînés jurent de maintenir la pression sur la province. Des mesures doivent être prises rapidement pour améliorer les conditions.) *Edmonton Journal*.

Le SCFP-Alberta réclame une charte des droits des soins de longue durée

Le SCFP-Alberta qui représente 3 000 employés des maisons de soins infirmiers de l'Alberta réclame du gouvernement provincial qu'il adopte une charte des droits des résidents des établissements de soins de longue durée.

L'idée vient du Manitoba et de l'Ontario où les gouvernements ont déjà adopté une telle loi.

La loi pourrait prévoir des clauses portant sur le niveau de personnel, la qualité de la nourriture et les normes en matière d'entretien ménager. Les familles et les membres du personnel ont aussi besoin d'un processus leur permettant de porter plainte contre les établissements prodiguant des soins inappropriés.

8 mai 2005 «*Nursing home resident bill of rights needed*». (Il nous faut une charte des droits des résidents des maisons de soins infirmiers.), scfp.ca

Une pétition concernant les soins de longue durée est présentée à l'Assemblée législative

« 4 800 Albertains exigent une amélioration des conditions dans les établissements de soins de longue durée. Une pétition réclamant des normes plus serrées et une augmentation des niveaux de personnel a été déposée aujourd'hui à l'Assemblée législative. C'est le fruit du travail de Lynda Jonson qui a récolté toutes ces signatures après avoir constaté le manque de personnel et la détérioration de la qualité des soins au cours des neuf années pendant lesquelles elle a pris soin de sa belle-mère qui résidait dans un établissement de soins de longue durée. »

18 avril 2005 «*4,800 Albertans sign petition to increase the number of long term caregivers*». (4 880 Albertains signent une pétition réclamant une augmentation du nombre de préposés aux soins de longue durée.) [garder l'assurance-maladie publique.ca](http://garder-l-assurance-maladie-publique.ca).

HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Un PPP pour le nouvel hôpital du sud-est ?

Dans le *Calgary Herald*, le président de la Régie sanitaire de Calgary (CHR), David Tuer, affirmait que « nous n'avons pas pris de décision quant à la façon dont nous construirons cet hôpital [au sud-est de Calgary] ». Mais selon M. Tuer, la régie étudiera quand même une entente de PPP. Toutefois, en août 2004, Jack Davis, directeur général de la Régie sanitaire de Calgary, promettait qu'il n'y aurait pas de PPP. Le président des *Alberta Friends of Medicare* (Amis de l'assurance-maladie de l'Alberta), le D^r Avalon Roberts, soutient que « les déclarations contradictoires du président Tuer et du directeur général Davis au sujet des PPP nous obligent à nous demander ce qui se passe ».

Selon le D^r Roberts, « avec le surplus actuel dont jouit la province, le gouvernement peut sans difficulté offrir à Calgary un hôpital de remplacement, ce qui ne serait pas un luxe ...l'hôpital du sud-est devrait être construit selon la méthode habituelle, c'est-à-dire avec financement, propriété et exploitation publics ». Le directeur général Jack Davis est d'accord. Il soutient qu'un « hôpital est beaucoup plus complexe d'un édifice à bureaux et personne ne s'y connaît aussi bien dans le domaine que la Régie sanitaire de Calgary ».

Shirley McClellan, ministre des Finances, affirme que la hausse des prix du pétrole et du gaz pourraient permettre à la province d'amasser un surplus de 4,3 milliards de dollars en 2004-2005. Ce montant est plus de dix fois supérieur à ce qu'avait prévu le gouvernement le printemps dernier. Les dépenses consacrées à la santé en Alberta en 2003-2004 étaient à peu près les mêmes qu'il y a 10 ans – un peu plus de 5 pour cent du PIB (produit intérieur brut).

1^{er} mars 2005 « Alberta's surplus eclipses forecasts » (Le surplus de l'Alberta dépasse les prévisions), *Globe and Mail*.

28 février 2005 « Calgary hospital P3 flip-flop ? » (Tergiversations dans le dossier de l'hôpital PPP de Calgary), scfp.ca.

28 janvier 2005 « Calgary Health Region must clear up southeast hospital P3 confusion » (La région sanitaire de Calgary doit dissiper la confusion au sujet de l'hôpital PPP du sud-est de la ville), keepmedicarepublic.ca.

27 janvier 2005 « Hospital boss eyes P3 option: Health region chairman denies funding flip-flop » (Le directeur de l'hôpital envisage l'option PPP : le président de la régie sanitaire nie qu'il y ait tergiversations dans le dossier du financement), *The Calgary Herald*.

Novembre 2004 « Public Remedies, Not Private Payments » (Des solutions publiques et non des paiements privés), Parkland Institute.

Possibilité d'un hôpital privé pour la réserve de la nation autochtone Tsuu T'ina à l'extérieur de Calgary

Le milieu des affaires a approché la nation Tsuu T'ina pour la construction d'un hôpital privé près de Calgary. Le chef Sandford Big Plume soutient qu'il a conclu une entente de principe avec le premier ministre Klein pour la construction d'une route qui mènerait à l'hôpital privé. Toutefois, le chef Big Plume affirme que, pour être envisagé, l'hôpital privé devra profiter à la nation Tsuu T'ina autant qu'à ses partenaires.

24 novembre 2004 « Band looks to build private hospital » (Une bande songe à construire un hôpital privé), *Daily Commercial News* et *Construction Record*.

20 novembre 2004 « Health Act could permit Alberta aboriginal band to build private hospital » (La loi sur la santé pourrait permettre à une bande autochtone de l'Alberta de construire un hôpital privé), *Calgary Herald*.

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SANTÉ À DEUX VITESSES

Le système de santé de la « troisième voie » favorise la privatisation

Un système de santé de la « troisième voie », qui inclut la privatisation, était l'un des éléments du discours du Trône de l'Alberta le 2 mars (2005) prononcé par le nouveau lieutenant-gouverneur Norman Kwong. La « troisième voie » est le dernier code inventé par le premier ministre Ralph Klein pour promouvoir les soins à but lucratif. Il a emprunté cette expression au premier ministre britannique Tony Blair. M. Klein en a parlé lorsqu'il s'est rendu cet hiver au Empire Club de Toronto, ainsi qu'à Montréal.

Mais le premier ministre lui-même a reconnu dernièrement que les chirurgies sous-traitées aux cliniques privées coûtaient 10 pour cent de plus.

Le lieutenant-gouverneur Kwong affirme que le gouvernement « apportera les changements législatifs voulus pour permettre d'innover dans tout le système de santé ». Les critiques de l'opposition craignent l'arrivée d'importants projets de privatisation à la fin de la session du gouvernement en mai 2005.

Ralph Klein soutient qu'il veut donner une plus grande marge de manœuvre aux autorités sanitaires régionales pour « essayer de nouvelles idées, favoriser la concurrence et le choix et voir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas ». Ainsi, il prend ses distances par rapport au dossier controversé de la privatisation.

Fondamentalement, M. Klein défend le rapport Mazankowski et un autre rapport secret publié précédemment qui propose :

- ⇒ -des frais d'utilisateurs;
- ⇒ -une réduction du nombre de services « essentiels » couverts par l'assurance-maladie;
- ⇒ -la privatisation de tous les autres services de santé (qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie);
- ⇒ -le recours à « l'innovation » pour réaliser les trois premiers points.

Ralph Klein ne croit pas que le premier ministre Martin l'arrêtera et il est prêt à se prévaloir du système de règlement des différends s'il se bute à l'obstacle de la *Loi canadienne sur la santé*. La ministre fédérale de la Santé, Carolyn Bennett, affirme que Ralph Klein aura des problèmes avec Ottawa si son plan implique l'injection d'argent dans des cliniques privées plutôt que dans le système public. La *Loi canadienne sur la santé* prévoit que le ministre fédéral de la Santé a le pouvoir de retenir les paiements de transfert destinés à une province qui enfreint la *Loi*. M. Klein croit que l'Alberta peut absorber tout refus de sa part du financement fédéral en santé. Il a déjà menacé de retirer l'Alberta de la *Loi canadienne sur la santé*.

Toutefois, la ministre de la Santé de l'Alberta, Iris Evans, déclare, dans une entrevue accordée à la Presse canadienne, que ce n'est « certainement pas ma philosophie, ni mon objectif, de promouvoir un système à deux vitesses ou quelque chose qui ressemble à un avantage des riches sur les pauvres ».

En fait, Ralph Klein croit qu'avec le fédéralisme asymétrique accordé par Paul Martin au Québec, l'Alberta pourra aussi jouir d'un statut particulier. M. Klein veut se servir de la nouvelle coalition des premiers ministres, le Conseil de la fédération, pour faire avancer ses idées. Il soutient également que le premier ministre du Québec, Jean Charest, appuie sa « troisième voie ».

Ralph Klein ouvrira sous peu le premier bureau de l'Alberta à Washington, D.C. où il fera son propre lobbying.

L'Alberta tiendra un symposium international sur la santé en mai 2005 où l'on discutera de systèmes de santé internationaux. Ralph Klein croit que les systèmes de la France, de la Suisse et de la Nouvelle-Zélande valent la peine d'être évalués. Jusqu'à maintenant, le seul exemple de la « troisième voie » qu'il puisse citer en Alberta est un hôpital de remplacement de la hanche et du genou dont le financement est public et la propriété est privée, à Calgary (le Health Resource Centre à but lucratif) qui occupe le

site de l'ancien hôpital Grace. Le centre à but lucratif reçoit 10 pour cent de plus qu'il en coûte dans le système public pour offrir les mêmes services.

Ralph Klein est persuadé que les Albertains devraient pouvoir acheter des chirurgies ou des soins de santé électifs. À l'heure actuelle, les résidents de l'Alberta peuvent se payer une épreuve d'IRM privée au lieu d'attendre le service public. Avec les résultats de leur test privé, ils peuvent ensuite passer avant tous les autres pour obtenir leur traitement. En outre, les Albertains peuvent acheter des chirurgies des cataractes couvertes par l'assurance-maladie lorsqu'elles sont « combinées » avec une chirurgie au laser non assurée. Les patients obtiennent l'intervention couverte par l'assurance-maladie dans le cadre de ce « marché ».

Le premier ministre Klein a aussi suggéré d'imposer aux patients une franchise de 400 \$ à 1 700 \$ pour les soins de santé et de désassurer certains services de santé présentement couverts par l'assurance-maladie. L'une des principales recommandations du rapport Graydon est une franchise déterminée en fonction du revenu, autrement dit, des frais d'utilisation.

Roger Palmer, ancien sous-ministre de la Santé et du bien-être, a mentionné d'autres éléments qui pourraient être inclus dans la « troisième voie » : des comptes épargne-santé et une « assurance soins de longue durée ». « Les changements axés sur l'offre porteront sur les PPP, la privatisation, les soins primaires, les dossiers patients électroniques, la portée de la pratique et les tarifs par cas », selon M. Palmer.

Le gouvernement de Ralph Klein a repris le pouvoir après les élections du 22 novembre (2004), avec une majorité réduite.

3 mars 2005 « Alberta throne speech keys in on medicare reform, education as top goals » (Le discours du Trône de l'Alberta axé sur la réforme de l'assurance-maladie et l'éducation), Canadian Press.

1^{er} mars 2005 « The Third Way and the Government of Alberta's Throne Speech » (La troisième voie et le discours du Trône du gouvernement de l'Alberta), keepmedicarepublic.ca.

12 février 2005 « Private health care explodes » (Les soins de santé privés explosent), *Times Colonist*.

7 février 2005 « Plein de trous » scfp.ca.

18 janvier 2005 « Klein misread intent of health care » (Klein a mal interprété l'esprit du système de santé), Torstar News Service.

17 janvier, 2005 « Finding common cause » (Une cause commune), *Montreal Gazette*.

15 janvier 2005 « Klein passes the health-care buck » (Klein se lave les mains du dossier de la santé), *St. Albert Gazette*.

14 janvier 2005 « Klein's "third way" will boost privatized health care » (La « troisième voie » de Klein favorisera la privatisation des soins de santé), cupealberta.ab.ca.

14 janvier 2005 « Klein says he's found an ally in Charest for changing medicare » (Klein affirme avoir trouvé un allié en Charest pour changer l'assurance-maladie), Canadian Press Newswire.

13 janvier 2005 « Ottawa warns Klein over health system » (Ottawa sert un avertissement à Klein au sujet du système de santé), Canadian Press.

13 janvier 2005 « Public money won't fix health care, Klein says » (L'argent public ne réussira pas à sauver les soins de santé, selon Klein), *The Toronto Star*.

Service de recherche du SFCP national

12 janvier 2005 « Klein Why we need more private health » (Klein : pourquoi nous avons besoin de plus de soins de santé privés), *The Toronto Star*.
9 janvier 2005 « Liberals critical of Alberta premier's plan » (Le plan du premier ministre de l'Alberta critiqué par les libéraux), *Edmonton Sun*.
27 décembre 2004 « Klein makes pitch for buying health care » (Klein fait son baratin de vente en faveur de l'achat de soins de santé), *The Toronto Star*.
19 novembre 2004 « No Need to Tax the Sick in Debt-Free Alberta » (Nul besoin d'imposer les malades dans une Alberta sans dette), Tammy Horne, The Parkland Institute.
Novembre 2004 « Public Remedies, Not Private Payments: Quality Health Care in Alberta » (Des solutions publiques, pas des paiements privés : des soins de santé de qualité en Alberta) Tammy Horne et Susan Abells, The Parkland Institute.
13 novembre 2004 « Medicine for profit » (Une médecine à but lucratif), *The Toronto Star*.

Les commissaires à la protection de la vie privée critiquent les cliniques privées

Le commissaire à la protection de la vie privée de l'Alberta, Frank Work, a trouvé trois cliniques privées qui contrevenaient à la *Health Information Act* (Loi sur l'information sur la santé), dont LifeMark Health Institute et la clinique Hys Centre Physical Therapy. Entre-temps, la commissaire fédérale à la protection de la vie privée, Jennifer Stoddart, a reproché à Dynacare Laboratories et à Viewpoint Medical Assessment Services d'avoir violé la loi sur les renseignements confidentiels.

Les cliniques privées envoyaient par télécopieur des rapports médicaux confidentiels aux mauvais destinataires. Aucune accusation formelle n'a pu être portée, puisque les cliniques privées ne sont pas régies par la *Health Information Act* étant donné qu'elles ne reçoivent pas de financement direct du gouvernement.

21 décembre 2004 « Alberta medical clinics criticized for careless faxing of health information » (Des cliniques médicales de l'Alberta critiquées pour avoir télécopié sans précaution des renseignements médicaux), *Edmonton Journal*.

AUTRES

Soins à domicile

La Régie sanitaire Capital accorde un contrat à TELUS Home Sitter

TELUS Home Sitter, un système de surveillance à domicile à distance sur Internet est utilisé par Telus, en partenariat avec la Régie sanitaire Capital (CHA) à Edmonton. Grâce à ce système, des personnes qui sont au travail peuvent surveiller un membre de la famille malade à la maison, ou encore des travailleurs de la santé peuvent garder l'œil sur des patients à la maison. Le CHA dit qu'il travaille avec Telus à fournir « le niveau de qualité dont nos professionnels de la médecine auront besoin pour des applications particulières, comme le soutien d'une ou d'un auxiliaire ou d'un membre de la famille qui assure les soins pour une blessure, la surveillance d'adultes à risque

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

d'errer et de se perdre et peut-être la surveillance d'enfants qui sont gardés à domicile ».

15 janvier 2005 « Klein passes the health-care buck » (Klein se lave les mains du dossier de la santé), *St. Albert Gazette*.

Soins de longue durée

La sous-traitance entraîne le licenciement du personnel des services de l'alimentation et de la buanderie du centre de soins de santé Bethany Care Centre de Calgary

À compter du 21 mars 2005, la société Aramark sera responsable des services de l'alimentation et de la buanderie du centre de soins de longue durée Bethany Care Centre à Calgary. Les travailleuses et travailleurs du secteur public qui occupent présentement ces emplois et qui sont payés entre 12 \$ et 15 \$ l'heure seront remplacés par des travailleurs d'Aramark qui gagneront la moitié moins.

3 février 2005 « Bethany laying off 60 staff » (Bethany licencie 60 membres du personnel), *Calgary Herald*.

La Région sanitaire de Calgary (CHR) accordera en sous-traitance 600 nouveaux lits de soins prolongés à des entreprises privées de soins de longue durée

La CHR a annoncé qu'Intercare et AgeCare construiront trois nouveaux établissements de soins de longue durée. Intercare exploite déjà trois centres de soins de longue durée à but lucratif, et AgeCare en exploite deux. La Coalition de défense des personnes âgées désapprouve ces contrats. Ses membres soutiennent que cinquante-sept pour cent des personnes âgées vivent avec moins de 20 000 \$ par année et qu'aucun plan n'est prévu pour les personnes âgées à faible revenu. Le contrat sera en PPP (partenariat public-privé).

20 janvier 2005 « Seniors and nurses criticize private long-term care contracts » (Les personnes âgées et les infirmières critiquent les contrats privés de soins de longue durée), *Fast Forward Weekly*.

15 janvier 2005 « Private care beds boosted » (Hausse du nombre de lits privés), *Calgary Herald*.

Nouveaux lits privés de soins de longue durée pour les régions rurales de l'Alberta

Un nouveau programme d'immobilisations de 50 millions de dollars, qui ira en partie au secteur privé, servira à construire de nouveaux établissements en milieu de soutien pour les personnes âgées des régions rurales de l'Alberta. Le gouvernement de l'Alberta s'associera avec les régies régionales de la santé et avec le secteur privé ou le secteur bénévole, selon un modèle qui a été utilisé dans les programmes *Healthy Aging*

Partnership Initiative (HAPI) et Seniors Supportive Housing Incentive Program (SSHIP) (programmes de soutien aux personnes âgées).

21 octobre 2004 « Supportive living facilities for seniors to be built in rural Alberta » (Des établissements de milieu de soutien seront construits dans les régions rurales de l'Alberta), gov.ab.ca.

Désassurance

Les régies sanitaires Capital et de Calgary éliminent les services publics de physiothérapie

La Régie sanitaire Capital (Edmonton) ne couvrira plus que 15 minutes de physiothérapie après une évaluation initiale. Depuis dix ans, les patients sont admissibles à six séances payées par le secteur public après une évaluation. La Région sanitaire de Calgary a aussi limité les services de physiothérapie aux personnes à faible revenu et à celles qui ont subi une fracture ou un remplacement d'articulation.

31 janvier 2005 « Physiotherapy services cut by Capital Health (The Alberta Physiotherapy Association) » (Les services de physiothérapie éliminés par la Régie sanitaire Capital (Association de physiothérapie de l'Alberta), *Canada News-wire*).

Sous traitance

La régie régionale de Calgary sous-traite au moins 500 chirurgies du genou et de la hanche, à un coût de 6 millions de dollars par année, à une clinique privée, la Health Resource Centre. Les services coûteront 10 pour cent de plus que s'ils étaient fournis par un hôpital local. La régie a annoncé qu'elle paierait pour l'utilisation des salles d'opération, des lits et du personnel de HRC, qui fournira les soins à chaque patient pendant quatre à sept jours. L'entente signée avec HRC sera réévaluée à la fin de la durée de l'entente, qui est de deux ans.

Calgary Herald, 22 octobre 2004 p. B1, « Clinic to ease wait lists » (Une clinique réduira les temps d'attente) Mario Toneguzzi

2004

BONNES NOUVELLES

La régie régionale de Calgary construira et exploitera l'hôpital qui doit être construit dans le quartier sud-est de la ville. La régie songeait depuis longtemps à un partenariat public-privé pour la construction du nouvel hôpital. Au moins trois entreprises, dont deux ont des liens avec des multinationales, s'étaient montrées intéressées à construire et à exploiter l'hôpital, et à le louer à la régie. La province devrait assumer environ la moitié du prix de 500 millions de dollars pour l'hôpital et songe à financer le reste par l'émission d'obligations d'épargne.

Calgary Herald, 9 août 2004 p. B1, « Region will build new hospital alone... » (La régie construira le nouvel hôpital seule...) Kerry Williamson et Sarah Chapman
www.scfp.ca 5 octobre 2004, « Des hôpitaux P3 annulés au N.-B. et en Alberta »

SASKATCHEWAN [mise à jour le 21 juillet 2005]

2005

HÔPITAUX

Compressions dans les services et licenciements : privatisation furtive

- *Pénurie de personnel au Centre polyvalent et au service de diététique de Yorkton*

La charge de travail du personnel du Centre polyvalent et du service de diététique de Yorkton dans la région sanitaire Sunrise a atteint le point de crise.

Le syndicat est scandalisé par la réaction de l'employeur à cette pénurie de personnel. Il a temporairement embauché un directeur chargé d'étudier la situation.

Le syndicat qui représente 2 000 travailleurs des services de la santé de la région sanitaire de Sunrise proteste contre les pénuries de personnel.

13 juillet 2005 «*Sunrise Health Authority in Staffing Crisis*», (La direction sanitaire de Sunrise en pénurie de personnel.) *cupe.sk.ca*.

CLINIQUES ET SERVICES À BUT LUCRATIF : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

L'ouverture d'une clinique autochtone d'imagerie par résonance magnétique n'aura pas lieu

La nation Crie de Muskeg Lake revient sur sa décision d'ouvrir une première clinique indépendante d'imagerie par résonance magnétique.

Depuis janvier 2004, la réserve urbaine située à Saskatoon étudiait l'idée d'intégrer une clinique d'imagerie par résonance magnétique à son projet de clinique du mieux-être. Elle aurait été la première clinique du genre à ouvrir à l'extérieur d'un hôpital.

Le chef de la réserve Muskeg Lake, Gil Ledoux, a déclaré que l'idée d'intégrer une clinique d'imagerie par résonance magnétique au projet de centre de mieux-être passe maintenant après d'autres projets.

16 juin 2005, «*Muskeg Lake holds off on MRI: First Nation to focus on meeting needs of community*», (Muskeg Lake revient sur son projet de clinique d'imagerie par résonance magnétique. La première nation entend répondre d'abord aux besoins de la communauté.) *The StarPhoenix* (Saskatoon).

HOSPITALS

Compressions de services et mises à pied : la privatisation en douce

- *Compressions de personnel aux cuisines de l'hôpital Yorkton*

Le Centre de santé régional de Yorkton, dans la région sanitaire de Sunrise, a annoncé des mises à pied parmi les travailleuses et les travailleurs des services alimentaires, pour y introduire la « nourriture remise en température ». La régie régionale soutient que le maintien d'une cuisine pleinement fonctionnelle n'est ni rentable ni efficace, ce que contredit la présidente de la section locale 4980 du SCFP, Pearl Blommaert. « On ne peut pas remplacer la bonne nutrition », affirme-t-elle. (Seules les entreprises privées de nourriture « remise en température » profiteront de ces changements).

6 mars 2005 « Yorkton health workers campaign to maintain hospital kitchen » (Les travailleurs en santé de Yorkton font campagne pour garder leur cuisine), *cupe.sk.ca*.

- *La régie régionale de Sun Country veut mettre à pied des travailleuses et des travailleurs des services de buanderie*

La régie régionale de Sun Country veut mettre à pied 28 travailleurs de buanderie dans 9 collectivités. Plus de 2 000 personnes ont signé une pétition pour demander à la régie de la santé de renoncer à ce projet de mises à pied.

19 octobre 2004 « Citizens petition health board to stop laundry closures » (Les citoyens demandent à la régie de la santé de cesser les fermetures de buanderies), *cupe.sk.ca*.

DIVERS

Soins de longue durée (SLD)

Compressions de services et mises à pied : la privatisation en douce

- *Le gouvernement provincial annonce 325 mises à pied et 90 fermetures de lits de soins de longue durée publics*

Le ministre de la Santé, John Nilson, a annoncé 325 mises à pied et 90 fermetures de lits de soins de longue durée publics dans toute la province de la Saskatchewan. Cette annonce survient au moment où une étude de la *Health Services Utilization and Research Commission* (La Commission de l'utilisation des services de santé et de la recherche connexe) de la province évalue qu'en 2005, la proportion de personnes âgées atteindra 15 pour cent de la population. (C'est à des fournisseurs privés de soins de longue durée que la fermeture de lits publics profitera).

Le nombre de lits de soins de longue durée financés par le système public a diminué de 8,4 pour cent depuis 1996, alors que le nombre de lits de soins de longue durée privés à but lucratif a augmenté de 63 pour cent.

18 mai 2004 « Health care cuts amount to privatization by stealth, says CUPE » (D'après le SFCP, les compressions dans les soins de santé équivalent à une privatisation par la porte arrière), *cupe.sk.ca*.
« 2004-2005 Saskatchewan Alternative Budget of Choice » (Le budget de rechange 2004-2005 de la Saskatchewan), *ccpa.ca*.

Assurance-médicaments

Bonne nouvelle : la Saskatchewan ajoute 37 nouveaux produits à son programme d'assurance-médicaments

Des médicaments pour le traitement de la migraine et des symptômes du VIH sont parmi les 37 nouveaux produits assurés par le régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan.

Cependant, les franchises que doivent payer les citoyens de la Saskatchewan sont plus élevées que celles des autres provinces. Selon l'Association des organismes de santé de la Saskatchewan, le total des dépenses par habitant du gouvernement pour les médicaments en 1997 était le moins élevé après celui de Terre-Neuve.

5 novembre 2004

« New Drugs Added » (Nouveaux médicaments ajoutés), *gov.sk.ca*.

« 2004-2005 Saskatchewan Alternative Budget of Choice » (L'autre budget 2004-2005 de la Saskatchewan), *ccpa.ca*.

MANITOBA [mise à jour le 21 juillet 2005]

2005

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Le Centre de chirurgie Maples, une clinique privée à but lucratif, souhaite une augmentation de fréquentation

Les salles d'opération du centre de chirurgie Maples étaient vides hier, mais le directeur de l'établissement dit espérer que le jugement de la Cour suprême de demain aura pour résultat un afflux de nouveaux clients.

Avant l'ouverture de l'établissement au début de mai 2001, le gouvernement Doer a déposé une loi destinée à mettre un frein aux opérations dans les cliniques privées à but lucratif. Les cliniques ne peuvent rester ouvertes après 23 h, les Manitobains ne peuvent obtenir de services d'une clinique privée à moins qu'elle soit sous contrat avec la province et l'assurance privée pour soins médicaux est interdite.

10 juin 2005 «*City surgical centre expects to benefit*», (Un centre de chirurgie de la ville s'attend à des retombées.) *Winnipeg Free Press*.

Les cliniques privées pourraient profiter du nouveau plan de la Commission des accidents du travail

Au Manitoba, le gouvernement et l'opposition sont inquiets du projet de la Commission des accidents du travail de payer les établissements de santé différemment, selon la rapidité avec laquelle ils traitent les clients de la Commission.

« Nous avons pourtant très clairement établi que la supplantation était inacceptable, de fait, elle est illégale selon la *Loi canadienne sur la santé*, a déclaré le ministre de la Santé, Tim Sale. Le ministre a ajouté : Je tiens à rassurer tout le monde, nous surveillerons cette situation de près. »

La Commission des accidents du travail paye les médecins des cliniques publiques ou privées au tarif prévu par Santé Manitoba. Mais dans le cadre d'un programme mis en place l'an dernier, la commission a maintenant un tarif à deux vitesses.

Ce tarif est payé à tout établissement qui traite les clients de la commission, qu'il s'agisse de cliniques publiques ou privées. « Le plus rapidement les patients de la commission sont admis, le plus haut est le tarif », affirme Warren Preece, porte-parole de la Commission des accidents du travail.

Service de recherche du SFCP national

Mais M. Stefanson craint que ce tarif soit, pour les cliniques privées, un incitatif à admettre les clients de la Commission des accidents du travail avant les patients du système public.

13 mai 2005 «*WCB plan to pay for faster health access raises concern*», (Le projet de la Commission des accidents du travail de payer pour un accès plus rapide de ses clients suscite l'inquiétude.) *Portage La Prairie*.

13 mai 2005 «*WCB fee for quick treatment raises concern*», (Le tarif pour traitement rapide de la Commission des accidents du travail suscite l'inquiétude.) *Winnipeg Free Press*.

Le ministre néo-démocrate de la Santé, Tim Sale, oppose une fin de non recevoir à une clinique à but lucratif

Le ministre de la Santé, Tim Sale, refuse même de répondre à une clinique médicale privée qui offre ses salles d'opération à la province au prix coûtant.

« Nous avons déjà dit non par le passé et je crois que la clinique connaît très bien notre position et sait que notre réponse est toujours non », a déclaré M. Sale hier.

Le Centre de chirurgie Maples a fait cette offre dans une lettre expédiée au ministre il y a deux mois. La lettre affirmait que la province avait une occasion sans précédent de réduire les listes d'attente et d'offrir un accès plus rapide aux services de santé.

M. Sale affirme que cette offre de salles d'opération au prix coûtant est comme les publicités de Wal-Mart ou de Costco qui annoncent certains produits simplement pour attirer la clientèle.

« Je crois que ce prix coûtant inclus une marge de profit et qu'il ne s'agit que d'une façon de nous attirer et d'augmenter l'achalandage », a ajouté M. Sale.

« Le Centre de chirurgie Maples n'est pas un organisme de charité, c'est une société qui est là pour faire de l'argent. »

26 avril 2005 «*No to private clinic*», (Non à une clinique privée.) *The Winnipeg Sun*.

HÔPITAUX

Compressions de services et mises à pied : la privatisation en douce

- *Pétition et rassemblement pour empêcher la fermeture de l'hôpital Victoria General*

Plus de 350 personnes ont signé une pétition contre la fermeture de la maternité de l'hôpital Victoria General, dans le quartier sud de Winnipeg. Un rassemblement a aussi eu lieu devant le parlement provincial le 27 mars 2005. Le centre des naissances doit fermer ses portes avant l'été 2005.

27 mars 2005 « Birthing ward rally » (Rassemblement pour le centre des naissances), *Winnipeg Free Press*.

16 mars 2005 « Birthing center to close » (La maternité fermera ses portes), *Winnipeg Free Press*.

Bonne nouvelle : la province s'engage à assurer les chirurgies dentaires pour les enfants – mais peu de résultats jusqu'à maintenant

Au début du mois de décembre 2004, la province s'est engagée à financer 600 chirurgies dentaires de plus pour les enfants au centre public Misericordia Health afin de réduire les listes d'attente. Le gouvernement provincial du NPD a rejeté l'idée d'utiliser des cliniques privées pour réduire ces listes. « Les coûts sont plus bas au Misericordia, » a affirmé le ministre de la Santé, Tim Sale.

Toutefois, le *Winnipeg Sun* rapporte que, selon la régie régionale de Winnipeg, en date du 18 mars 2005, seulement deux chirurgies ont été pratiquées. Le ministre Sale a déclaré que ces retards étaient dus au temps nécessaire pour trouver des anesthésistes et des infirmières compétents et pour acheter de l'équipement.

En mars 2004, la Fédération des travailleuses et des travailleurs du Manitoba a invité le gouvernement à amorcer la mise en place d'un programme universel de soins dentaires pour tous les enfants du Manitoba.

18 mars 2005 « Major Dental Delay » (Retards importants dans les chirurgies dentaires), *The Winnipeg Sun*.

2 décembre 2004 « NDP Rejects Private Clinics for Children's Dental Surgery » (Le NPD rejette l'idée d'utiliser les cliniques privées pour les chirurgies dentaires pour enfants), *The Daily Graphic*.

4 mars 2004 « Manitoba Federation of Labour Annual Brief to Cabinet » (Mémoire annuel de la Fédération des travailleurs du Manitoba au gouvernement), *mfl.mb.ca*.

HÔPITAUX ET SERVICES PRIVÉS : SYSTÈME DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Projet de centre de recherche en PPP à Winnipeg

Le Centre international des maladies infectieuses (ICID), établi en partenariat avec l'Université du Manitoba, ouvrira bientôt ses portes à Winnipeg. Cet organisme sans but lucratif formera un PPP avec l'entreprise privée. On y mettra au point des vaccins,

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

des appareils biomédicaux et des systèmes de prévention et de biosécurité. Le nouveau PPP, qui s'appellera Biomed City, contribuera à l'expansion de la médecine biomédicale privée à Winnipeg. Le gouvernement a versé 3 millions de dollars en fonds de démarrage pour l'ICID.

15 février 2005 « Private-public partnerships planned for BioMed City » (Biomed City, projet de partenariat-public-privé), *Journal de l'Association médicale canadienne* 172 (4).

Une clinique privée pour les troubles alimentaires prend de l'expansion

Le Westwind Centre à Brandon (la seule clinique privée pour les désordres alimentaires au Canada) s'agrandit. Le Centre a récemment acheté une seconde maison pour accueillir plus de patients. La clinique exige des frais de 250 \$ par jour et plus de la moitié de ses clients sont américains.

10 février 2005 « Health » (La santé), *Broadcast News*.

Le gouvernement du Manitoba demande au juge de renverser le jugement qui l'oblige à payer pour des soins de santé privés

Le gouvernement provincial demande à la Cour d'appel de casser le jugement de la Cour du banc de la Reine qui l'oblige à payer pour des avortements dans des cliniques privées. Le gouvernement provincial craint que ce jugement n'établisse un précédent qui obligerait l'assurance-maladie à payer pour des soins dans toutes les cliniques privées.

C'est en 2001 que deux femmes ont porté cette cause devant les tribunaux : comme elles jugeaient l'attente trop longue pour obtenir un avortement dans un hôpital, elles se sont adressées à une clinique privée d'alors, la clinique Morgentaler. Le 22 décembre 2004, le juge en chef associé Jeffrey Oliphant a statué que la province, en ne payant pas les avortements dans les cliniques privées, violait les droits des femmes; il a ordonné que les deux femmes soient remboursées.

Cependant, cette décision a ouvert la porte à des remboursements possibles pour des milliers de femmes et d'autres patients de cliniques privées. Le gouvernement provincial soutient que « cette décision va beaucoup plus loin que le financement des avortements et implique que toute personne aurait le droit constitutionnel d'obtenir des services de santé au moment qu'elle choisit, sans tenir compte de la nécessité des soins médicaux ».

La clinique d'avortement Morgentaler a été vendue en 2004 et est devenue Jane's Clinic, un établissement sans but lucratif. C'est à l'été 2004 que le gouvernement provincial a commencé à financer les avortements à la Jane's Clinic. Le *Winnipeg Free Press* cite les propos du ministre de la Santé Tim Sale : « Cet appel ne changera rien au soutien financier pour les avortements pratiqués à la Jane's Clinic. »

28 janvier 2005 « Manitoba minister fears 'death of medicare' » (Le ministre craint la mort de l'assurance-maladie), *Winnipeg Free Press*.

27 janvier 2005 « Manitoba defends right to set health care priorities: Sale » (Sale : le Manitoba a le droit d'établir ses propres priorités en matière de santé), *gov.mb.ca*.

8 juillet 2004 « Manitoba to pay for abortions at clinic » (Le Manitoba paiera pour les avortements dans les cliniques), *cbc.ca*.

Bonne nouvelle : une clinique privée devenue publique s'agrandit

À Winnipeg, la clinique Pan Am, maintenant publique, s'agrandira et réduira ainsi la pression sur les salles d'urgence des hôpitaux. La nouvelle Clinique des urgences mineures, qui fera partie de la Clinique Pan Am, accueillera les patients dont le cas est urgent mais dont la vie n'est pas en danger. De plus, la Clinique Pan Am aura des heures d'ouverture prolongées, sept jours sur sept. Le gouvernement provincial fournit 2,1 millions de dollars supplémentaires annuellement pour cet agrandissement.

Depuis 2001, date à laquelle le gouvernement du Manitoba l'a achetée à ses propriétaires privés, la clinique Pan Am a doublé de volume. Elle pratique une grande variété de chirurgies plastiques et orthopédiques, même si elle était à l'origine spécialisée en médecine sportive.

1^{er} janvier 2005 « Pan Am Clinic to take 50,000 patients from Ers » (La clinique Pan Am accueillera 50 000 patients des salles d'urgence), *Winnipeg Free Press*.

3 juin 2004 « NDP would stop public funding of private clinics » (Le NPD cesserait de financer les cliniques privées), *cbc.ca*.

Le milieu des affaires du Manitoba appuie la privatisation et les PPP

Un sondage mené par Probe Research pour la chambre de commerce de Winnipeg indique que les deux tiers des propriétaires d'entreprises de Winnipeg croient que le privé devrait jouer un rôle plus important dans le système de santé au Canada. Les sujets interrogés souhaitent le développement de plus de PPP dans le secteur de la santé.

Le ministre de la Santé, Tim Sale, a attiré l'attention sur les coûts élevés des assurances médicales des employés aux États-Unis parce que les soins de santé sont privés. Il s'est demandé pourquoi les chefs d'entreprises voudraient déboursier plus

pour les assurances médicales de leurs employés. Par exemple, General Motors dépense plus pour les assurances médicales de ses employés que pour l'acier.

Ce sondage téléphonique a été effectué du 23 septembre au 7 octobre 2004.

19 novembre 2004 « Manitoba business groups push health P3s » (Les associations de gens d'affaires du Manitoba favorisent les PPP), *cupe.ca*.

17 novembre 2004 « Business leaders want bigger health care role » (Les chefs d'entreprise veulent jouer un rôle plus important en santé), *Winnipeg Free Press*.

DIVERS

Soins de longue durée (SLD)

Bonne nouvelle : de nouveaux règlements pour les soins de longue durée

Le gouvernement du Manitoba a instauré de nouveaux règlements pour les foyers privés et publics de soins de longue durée. Ces règlements établissent des normes en matière de soins, de respect de la personne et de droit à la vie privée. Les foyers de soins qui ne respecteront pas ces nouvelles normes pourraient voir leur permis révoqué. Ces nouveaux règlements sont entrés en vigueur le 1^{er} mars 2005. Le gouvernement a augmenté le financement des soins de longue durée afin d'aider les exploitants à se conformer aux nouvelles normes.

La Manitoba Society of Seniors se dit satisfaite de ces nouveaux règlements, mais réclame un mécanisme de protection pour les employés dénonciateurs. D'après l'association, les travailleuses et travailleurs en soins de longue durée doivent être protégés lorsqu'ils dénoncent des cas de non-conformité aux normes de soins.

En mars 2004, la Fédération des travailleuses et des travailleurs du Manitoba revendiquait de nouvelles normes qui correspondraient mieux au niveau de soins accru dans les établissements de soins de longue durée.

11 mars 2005 « Nursing home residents get bill of rights » (Les pensionnaires des maisons de soins infirmiers ont une déclaration des droits), *Winnipeg Free Press*.

4 mars 2004 « Manitoba Federation of Labour Annual Brief to Cabinet » (Mémoire annuel de la Fédération des travailleuses et travailleurs du Manitoba), *mfl.mb.ca*.

ONTARIO [mise à jour le 21 juillet 2005]

2005

HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF

À Niagara, un projet d'hôpital en PPP est rejeté à la suite d'un référendum non officiel, le gouvernement semble vouloir se plier à la volonté populaire

Plus de 12 500 résidents de St. Catharines, Thorold et Niagara-on-the-Lake se sont prononcés par vote pour que tout nouvel hôpital demeure entièrement public.

Sur les 12 876 résidents qui se sont rendus voter, ils ont été 12 594, soit 98 %, à se prononcer en faveur d'un hôpital public.

Les conseillers municipaux disent maintenant qu'un nouvel hôpital pour la région de St. Catharines devrait être entièrement financé par les deniers publics. La décision a été prise au cours d'une réunion du conseil municipal au cours de laquelle des manifestants s'étaient réunis devant l'hôtel de ville.

La réplique de 14 pieds de hauteur du cheval de Troie construite par le SCFP s'est arrêtée dans plusieurs collectivités de la région de Niagara afin de faire passer le message que la population de Niagara mérite des hôpitaux publics et sans but lucratif. Le cheval est demeuré dans la région afin d'apporter un appui à la campagne « Bâtir l'avenir » de la Coalition pour la santé de Niagara, une campagne d'opposition au hôpitaux PPP. C'est dans le cadre de cette campagne qu'a eu lieu, le samedi 25 juin, le vote des membres de la collectivité, vote au cours duquel les gens étaient appelés à affirmer qu'ils voulaient pour St. Catharines, un hôpital dont la propriété, la gestion et le financement seront publics à 100 %.

La direction sanitaire de Niagara propose de remplacer l'hôpital général et l'Hôtel Dieu de St. Catharines en construisant un nouvel hôpital d'une valeur de 285 millions dans l'ouest de la ville.

29 juin 2005 «*Residents say 'no' to P3 St. Catharines hospital*», (Les résidents disent non à un hôpital en PPP pour St. Catharines.) *Niagara This Week*.

23 juin 2005 «*Trojan horse in Niagara in support of a 100% public hospital*», (Le cheval de Troie à Niagara en soutien à un hôpital entièrement public.) *cupe.ca*.

21 juin 2005 «*Keep hospital public: council: Politicians back efforts to block private financing*», (Gardons l'hôpital public, le conseil municipal et les politiciens appuient les efforts pour empêcher le financement privé.) *The Standard* (St. Catharines - Niagara).

North Bay commence à se mobiliser contre le projet d'hôpital en PPP

Le SCFP et la Coalition ontarienne de la santé travaillent en collaboration avec des militants des soins de santé publics de collectivités de l'ensemble de l'Ontario, comme North Bay où il existe une menace d'hôpital en PPP. Les libéraux ontariens ont en effet récemment annoncé que le nouvel hôpital de North Bay allait être construit en utilisant le modèle de financement des PPP.

16 juin 2005 «*CUPE, health coalition to begin organizing North Bay community against a private P3 hospital*», (La coalition de la santé commence à mobiliser les gens de North Bay contre un nouvel hôpital en PPP.) cupe.ca.

SOUS-TRAITANCE

Les Conseils régionaux de la santé – maintenant appelés les RLISS – adoptent la sous-traitance

Les libéraux ont créé 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui seront responsables du financement des centres de soins de longue durée, des hôpitaux et des soins à domiciles par l'entremise « d'ententes de responsabilité ». Ces ententes couvriront les fournisseurs de services à but lucratif, les pertes d'emplois, les compressions dans les services, la centralisation et la perte du contrôle par les collectivités.

Printemps été 2005 «*Local Health Integration Networks: Driving health care without a roadmap*», (Les réseaux locaux d'intégration des services de santé, conduire le système de soins sans carte routière.) cupe.on.ca.

Printemps été 2005 «*Connecting the dots-Our Space*», cupe.on.ca.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée : health.gov.on.ca/transformation/lhin/lhin_mn.html.

Le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario du SCFP se mobilise pour mettre fin à l'entretien ménager à but lucratif et pour lutter contre les super bactéries

Le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario s'organise dans le but de mettre fin à l'attribution de contrats d'entretien ménager à des sociétés à but lucratif et pour lutter contre les super bactéries dans les hôpitaux ontariens.

Six états américains se sont dotés de lois rendant obligatoire la déclaration des maladies nosocomiales et des lois sont en cours de préparation dans 29 autres états. C'est aussi obligatoire en Grande Bretagne. Le SCFP veut la mise sur pied d'un tel système dans l'ensemble du réseau, ce qui permettrait à l'Ontario d'établir des jalons et de mesurer les progrès effectués en vue de diminuer la progression des taux

Service de recherche du SCFP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

d'infection. Cette mesure permettrait aux patients d'obtenir toute l'information concernant le risque de contracter une infection dans un hôpital.

Les récentes flambées de bactéries antibio-résistantes et de SARM (staphylococcus aureus résistant à la méthicilline) survenues dans deux hôpitaux de la région de Niagara et la poussée de SARM à l'hôpital général de Kingston ont poussé le SCFP à agir en mettant sur pied une exposition itinérante conçue comme une chambre d'hôpital modèle. L'exposition a pour objectif de faire la démonstration de l'importance vitale des préposés à l'entretien dans le contrôle des taux d'infection.

13 juin 2005 «*CUPE launches mobile display to fight superbug infections; sets up 1-888-599-0770 reporting hotline*», (Le SCFP lance une exposition itinérante pour lutter contre les super bactéries et une ligne directe de déclaration 1 888-599-0770.) *cupe.ca*.

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

La Chambre de commerce de l'Ontario sonde les entreprises à propos des soins de santé à but lucratif

La Chambre de commerce de l'Ontario a mené un sondage auprès des entreprises et a annoncé que le milieu des affaires croit que l'augmentation des soins privés permettra une amélioration du système et une augmentation de la capacité de la province d'attirer de nouvelles entreprises.

Le ministre de la Santé, George Smitherman, s'est dit en désaccord avec cette affirmation et il a déclaré que les récents investissements des géants de l'auto, Ford, General Motors et Toyota qui ont été motivés en partie par le système public de soins de santé de la province auraient plutôt tendance à prouver le contraire.

La Chambre de commerce de l'Ontario a mené son sondage sur les soins de santé à but lucratif auprès de 57 000 entreprises.

20 juillet 2005 «*Businesses want more private health care: survey*», (Les entreprises veulent plus de soins de santé privés dit un sondage.) *The Standard (St. Catharines)*.

27 juin 2005 «*Businesses to be polled on 2-tier health care: Survey will go to 57,000 Ontario firms: Group want to advise on private sector's role*», (Les entreprises seront sondées sur les soins de santé à deux vitesses. Le sondage sera mené auprès de 57 000 entreprises ontariennes. Le groupe veut émettre des conseils sur le rôle du secteur privé.) *Toronto Star*.

Nouvelle clinique de cancérologie à Toronto

Une nouvelle clinique privée de traitement du cancer doit ouvrir ses portes à Toronto le mois prochain. Le Dr Peter Anglin, oncologue, affirme que cette clinique appartenant à

Service de recherche du SCFP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

un groupe de médecins n'offrira que des médicaments anticancer qui n'ont pas encore été ajoutés à la liste des médicaments couverts par le programme d'assurance-maladie. La clinique Provis doit ouvrir ses portes vers la mi-août 2005. Les patients devront défrayer les coûts eux-mêmes ou par l'entremise d'une assurance privée.

18 juillet 2005 *«Private clinic not the start of "two-tier" medicine: health minister»*, (La clinique privée n'est pas le début d'une médecine « à deux vitesses » dit le ministre de la Santé.) *CBC.CA News*.

16 juillet 2005, *«Doc defends private cancer clinic: Physician says it complements public health care system»* (Un médecin se porte à la défense d'une clinique privée de traitement du cancer. Il affirme qu'elle est un complément au système public de soins de santé.) *Sudbury Star*.

Une nouvelle technique de traitement du cancer est offerte dans une clinique à but lucratif

Le centre de chirurgie Don Mills à Toronto, un établissement privé autorisé par le gouvernement ontarien, offre maintenant aux patients atteints du cancer de la prostate le traitement Ablatherm (md) UCHI, un traitement non invasif utilisant les ultrasons ciblés à haute intensité.

7 juillet 2005 *«Private Clinic in Toronto Offers New Prostate Cancer Treatment Not Available in Public System»*, (Une clinique privée de Toronto met à la disposition des patients atteints du cancer de la prostate un nouveau traitement qui n'est pas offert par le système public.) *Canada News-wire*.

Un sondage démontre que le public n'est pas intéressé par la privatisation

Selon les résultats d'un sondage rendu public par la Division de l'Ontario du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP-Ontario), trois résidents ontariens sur quatre croient qu'il est préférable que ce soit le gouvernement et non les entreprises privées qui assurent les services publics.

Un sondage mené auprès de 600 adultes par Strategic Communications pour le compte du SCFP-Ontario a démontré que :

- 78 % croient qu'il s'agit d'une question de principe, les fonds publics ne doivent pas servir à générer des profits pour les entreprises privées.
- 75% croient que les services publics doivent être assurés par le gouvernement, non par l'entreprise privée.
- 62% croient que la privatisation des services publics mène à une augmentation des coûts et une diminution des services.
- 50% croient que la principale façon par laquelle les entreprises peuvent réussir à assurer des services à moindres coûts est de payer des salaires plus bas et d'offrir moins d'avantages sociaux.
- Ces résultats ont une marge d'erreur de ± 4 % 19 fois sur 20.

25 mai 2005 «*CUPE poll shows most Ontario residents agree government, not private companies, should provide public services*», (Un sondage du SCFP démontre que la plupart des résidents ontariens croient que les services publics doivent être assurés par le gouvernement et non par l'entreprise privée.) *cupe.ca*.
Le budget ontarien contient les grandes lignes d'une privatisation généralisée

Le gouvernement ontarien veut privatiser tous les nouveaux hôpitaux de la province. Le ministre de l'Infrastructure, David Caplan, a clairement indiqué qu'il entendait adopter le modèle du financement privé et des PPP pour toutes les nouvelles infrastructures, y compris les hôpitaux, les écoles et l'eau.

Pour les hôpitaux en PPP, le plan comprend :

- -la prise en charge de la gestion par une société à but lucratif,
- -des ententes de privatisation d'une durée de 30 à 60 ans sous la forme de PPP,
- -la privatisation de tous les services hospitaliers, y compris les services de soutien,
- -le développement commercial des terres publiques.

26 mai 2005 «*Private-sector billions to fund public projects*» (Des milliards du secteur privé pour financer des projets publics.) *Toronto Star*.

M20 mai 2005 «*A public-private fix: Ontario's \$100B infrastructure needs are too rich for the public purse. Happily, private-sector investment is being recruited*», (Un coup de pouce du secteur privé. Les besoins en infrastructure de l'Ontario sont évalués à 100 milliards, c'est trop pour le trésor public. Heureusement, on fera appel à des investissements du secteur privé.) *National Post*.

11 mai 2005 «*Budget announcement outlines wholesale hospital privatization: [Ontario] Health Coalition outraged at betrayal*», (L'annonce du budget indique une privatisation généralisée. La coalition ontarienne de la santé est scandalisée par cette trahison), *web.net/ohc*.

11 mai 2005 «*Ontario eyes pension funds to pay for infrastructure*», (L'Ontario envisage de faire payer les besoins en infrastructure par les régimes de retraite.) *Globe and Mail*.

AUTRES

Soins à domicile

Elinor Caplan dépose un rapport sur les soins à domicile

Le SCFP craint que l'Ontario décide de maintenir la soumission en régime de concurrence dans le secteur des soins à domicile.

Elinor Caplan, ancienne ministre de la Santé au gouvernement de David Peterson au cours des années 80 et ministre du gouvernement Chrétien par la suite, a mené une étude sur la question pendant six mois.

Elle recommande le maintien de la concurrence dirigée, mais en y apportant certains changements, dont des contrats à plus long terme, un processus d'appel d'offre plus transparent et un contrôle de la qualité plus stricte.

Mme. Caplan fait cette recommandation même si elle a constaté que la sous-traitance a entraîné une augmentation des coûts des soins à domicile.

4 juin 2005 «*Time to show more care for home care workers*», (Il est temps de faire preuve d'un peu plus de considération envers les travailleurs des soins à domicile.) *Ottawa Citizen*.

1^{er} juin 2005 «*Smitherman gets last say on home-care front*», (Smitherman a le dernier mot dans le dossier des soins à domicile.) *The Toronto Star*.

30 mai 2005 «*Home care will only improve with end of competitive bidding: CUPE*» (Les soins à domicile ne s'amélioreront qu'avec la fin des appels d'offre en régime de concurrence dit le SCFP.) *cupe.ca*.

Soins de longue durée

Deux centres de soins de longue durée n'admettent plus de nouveaux résidents

L'Ontario a mis un frein aux admissions dans deux centres de soins de longue durée : le Centre de santé Casa Verde et le Centre de santé West Park, deux établissements appartenant à Paragon Health Care.

Cette décision de ne plus envoyer de nouveaux résidents dans ces centres de soins de longue durée a été prise à la suite d'une vérification financière qui a suscité des doutes sur la capacité de Paragon Health Care de respecter ses engagements financiers et qui a mis au jour certaines irrégularités en matière de gestion.

Le Centre de santé Casa Verde est le centre où un résident a assassiné deux autres clients en 2001.

21 mars 2005 «*Admissions halted at Ontario nursing homes*», (Arrêt des admissions dans des maisons de soins infirmiers de l'Ontario.) *Globe and Mail*.

Assurance-médicaments

Possibilité que le coût des médicaments soit établi en fonction du produit de référence

Dans un effort pour contrôler le prix des médicaments, le ministre de la Santé, George Smitherman, envisage d'avoir recours à l'établissement du coût en fonction du produit de référence.

L'établissement du coût en fonction du produit de référence est utilisé en Saskatchewan et en Colombie-Britannique. Il s'agit d'un système selon lequel l'Ontario déterminerait le médicament le moins dispendieux dans sa catégorie et c'est pour ce médicament que le régime d'assurance paierait.

Les sociétés de médicaments de marque déposée, l'Association canadienne des individus retraités et les pharmaciens ont effectué du lobbying auprès du gouvernement afin qu'il n'aille pas dans cette direction, alors que le SCFP et d'autres ont fait du lobbying en faveur de cette solution.

30 mai 2005 «*Liberals still seek prescription on drug costs*», (Les libéraux tentent de limiter le prix des médicaments.) *Toronto Star*.

HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF

L'entente de PPP pour l'hôpital Royal d'Ottawa va de l'avant

La société Les Services de santé Royal Ottawa (ROHCG) a conclu une entente de PPP avec la bénédiction du gouvernement libéral provincial. L'entente a été conclue même si les libéraux ont clairement promis pendant la campagne électorale de stopper la privatisation. « Il s'agit du plus important projet de privatisation jamais entrepris dans notre province, a déclaré Natalie Mehra, coordonnatrice de la Coalition pour la santé de l'Ontario, parce qu'il s'attaque à la pierre angulaire des services d'assurance-maladie pour toute une génération. »

Healthcare Infrastructure Company of Canada, une coentreprise de Carillion Canada, Borealis Infrastructure Management (propriété à part entière de OMERS) et EllisDon Corporation, financera, concevra, construira, assurera l'entretien et offrira les services non cliniques de cet établissement en PPP. CIT Capital Finance, une filiale de CIT Group Inc., a assuré la créance prioritaire. L'hôpital sera transféré aux Services de santé Royal Ottawa à l'échéance du bail de 22 ans.

L'hôpital sera un bâtiment de trois étages flanqué d'une tour de sept étages qui accueillera l'Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa. Le bâtiment de 400 000 pieds carrés, qui comptera 188 lits, devrait être terminé en 2006-2007. Il abritera des services spécialisés en santé mentale et sera doté de 188 lits. L'hôpital offrira des soins en clinique externe et des services externes et une importante section sera dédiée à l'enseignement.

George Langill, directeur général des Services de santé Royal Ottawa, affirme que les PPP deviendront la norme pour de nombreux projets ontariens, « parce que les besoins

en matière d'infrastructure de soins de santé dépassent les engagements du gouvernement en matière de financement ».

25 janvier 2005, « CIT Arranges Senior Debt Facility for Royal Ottawa Health Care Group Hospital Facility Transaction Marks Second Health Care Public-Private Partnership in Ontario », (CIT assure la créance prioritaire pour l'hôpital des Services de santé Royal Ottawa. La transaction est le deuxième partenariat public-privé dans le secteur des soins de santé en Ontario, Canada) Canada Newswire.

17 décembre 2004, « P3 Hospital Deal Signed in Ottawa with Support of Liberal Government Despite Promises to Protect Healthcare from Privatization », (L'entente de l'hôpital PPP d'Ottawa est signée, même si le gouvernement libéral avait promis de mettre les soins de santé à l'abri de la privatisation) Coalition pour la santé de l'Ontario.

25 novembre 2004 « P3 hospital project on verge of construction », (Projet d'hôpital PPP – la construction est sur le point de commencer) *Daily Commercial News* et *Construction Record*.

Les PPP coûteront plus cher que la solution publique : L'hôpital PPP William Osler de Brampton en Ontario

Une nouvelle étude réalisée par l'économiste Hugh Mackenzie affirme que le nouvel hôpital de Brampton coûterait 175 millions de moins s'il était financé par le public, parce que le gouvernement peut emprunter à des taux beaucoup plus bas que ceux auxquels ont accès les partenaires privés de l'hôpital de Brampton. Pendant la durée de ce contrat de 27 ans, la différence de taux d'intérêt entraînera une augmentation de 344 millions par rapport au financement public.

La coalition pour la santé de Brampton a assisté au début des travaux de construction. Les membres de ce groupe ont brûlé des dollars McGuinty devant les médias pour dénoncer le gaspillage de ce projet PPP.

L'étude est basée sur la publication partielle des détails du contrat de l'hôpital. L'entente sur les prêteurs directs qui contient le détail des transactions financières et des privatisations de services demeure confidentielle. Le SCFP, la Coalition pour la santé de l'Ontario, le SEEFPO et l'UIES (Union internationale des employés de service) sont toujours devant les tribunaux pour obtenir la publication de l'ensemble des documents.

C'est CIT Capital Finance, une filiale de CIT Group Inc. qui a assuré la créance prioritaire. L'hôpital PPP de Brampton a déjà un an de retard et il sera plus petit que prévu.

25 janvier 2005, « CIT Arranges Senior Debt Facility for Royal Ottawa Health Care Group Hospital Facility Transaction Marks Second Health Care Public-Private Partnership in Ontario, Canada », (CIT assure la créance prioritaire pour l'hôpital des Services de santé Royal Ottawa. La transaction est le deuxième partenariat public-privé dans le secteur des soins de santé en Ontario) Canada Newswire.

Décembre 2004, « Ontario Health Coalition: The Pulse Newsletter », (La coalition pour la santé de l'Ontario : The Pulse Newsletter), web.net/ohc.

20 octobre 2004, « Ontario Health Coalition: Analysis of Brampton Private P3 Hospital Deal », (Coalition pour la santé de l'Ontario : Analyse de l'entente pour l'hôpital privé en PPP de Brampton) ontariohealthcoalition.ca.

SOUS-TRAITANCE

L'Ontario créé la société Hospital Business Services (HBS) dans le but d'accélérer la privatisation

Le gouvernement ontarien verse un capital de lancement de 42 millions de dollars sur deux ans à HBS pour privatiser et fusionner les services hospitaliers. HBS a obtenu, pour 16 hôpitaux de la région de Toronto, le mandat de fusionner les services des ressources humaines, des technologies de l'information, des achats et de la gestion du matériel. À compter de mars 2005, l'équivalent de 677 postes à plein temps seront transférés des hôpitaux vers HBS et de nombreux travailleurs d'hôpitaux seront licenciés. Michael Hurley, président du Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario, qualifie ce financement de prix du sang destiné à récompenser les hôpitaux pour le licenciement du personnel et la diminution des services et des programmes offerts aux patients. HBS pourra sous-traiter à des entreprises à but lucratif les services d'entretien ménager, d'alimentation et de buanderie.

Des manifestations de soutien aux services publics sans but lucratif ont eu lieu à London, à Kitchener et dans d'autres villes ontariennes.

10 février 2005, « Privatization only thing on Ontario government's hospital agenda », (La privatisation est la seule chose au programme du gouvernement ontarien pour les hôpitaux) cupe.on.ca.
Décembre 2004, « Update: Hospital Cuts and Privatization » (Mise à jour : les compressions et la privatisation dans les hôpitaux) Bulletin d'information de la Coalition pour la santé de l'Ontario web.net/ohc.

Projet de « super buanderie »

Un projet de construction de centre multiservice de buanderie pour les hôpitaux de l'ensemble de l'Ontario est actuellement en développement chez Booth Centennial Healthcare Linen Services. Le conseil d'administration de Booth a accepté de signer un bail de 30 ans pour un entrepôt situé près de l'aéroport Pearson. Cette installation devrait ouvrir ses portes en juillet 2005. Ce projet de buanderie de 300 000 pieds carrés est évalué à 20 millions de dollars. Actuellement, Booth est une société sans but lucratif appartenant conjointement à 26 hôpitaux ontariens.

22 janvier 2005, « The big clean », (Le grand nettoyage) *Globe and Mail*.

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Remise en question des changements aux cliniques d'IRM et de TD

Le gouvernement ontarien a déboursé 75 000 \$ pour que quatre cliniques de TD et d'IRM à but lucratif soient converties en cliniques sans but lucratif. Mais CML Healthcare Ltd. (une société à but lucratif) gère toujours cinq autres cliniques, seize mois après que le gouvernement ait annoncé son intention de résilier les neuf contrats qui le lient à ces cliniques à but lucratif.

Dans un article paru dans le Canwest News Service, le chef du NPD, Howard Hampton, s'interroge sur les 75 000 \$ consacrés à la conversion au statut sans but lucratif. Les sociétés mères derrière ces ententes sont les mêmes que celles avec lesquelles les conservateurs ont négocié les ententes, mais en grattant un peu – l'enveloppe de la société sans but lucratif – on retrouve la même société à but lucratif que celle avec laquelle les conservateurs ont négocié l'entente. La différence, c'est que les conservateurs ne s'en cachaient pas.

« Il y a eu un grave manque de transparence, selon le président de l'Association ontarienne des radiologistes, Ray Foley. On ne nous a communiqué aucune information. Les gens qui ont été mis dans le secret doivent respecter une ordonnance de confidentialité. De plus, la demande déposée dans le cadre de la *Loi sur l'accès à l'information* (pour obtenir l'information de base sur l'entente) a été rejetée ».

Superior Imaging de Thunder Bay, KMH Cardiology et Diagnostic Centres de Richmond Hill et Kitchener et Kingston MRI Inc., à Kingston, ont maintenant le statut de cliniques sans but lucratif. CML possède toujours 5 cliniques à but lucratif à Huntsville, Ajax et Mississauga.

12 février 2005, « Ont. Liberal stance on diagnostic clinics dismissed as smoke and mirrors », (La position des libéraux dans le dossiers de cliniques de diagnostic n'est qu'un écran de fumée) Canwest News Service.

Bonne nouvelle : les libéraux ontariens annoncent l'injection de 120 millions de dollars pour remplacer les appareils d'IRM et de TD et augmenter les heures d'utilisation. L'argent servira aussi à remplacer les équipements désuets de cardiologie et de radiothérapie dans les hôpitaux publics.

4 février 2005, « MRI-CT In-Hospital Investment Applauded by Ontario Health Coalition », (L'investissement dans les hôpitaux pour des appareils de TD et d'IRM est salué par la Coalition pour la santé de l'Ontario) web.net/ohc.

3 février 2005, « McGuinty Government Reduces Wait Times By Delivering 119,865 Additional MRI, CT, Cancer and Cardiac Procedures », (Le gouvernement McGuinty réduit les listes d'attente en investissant

Service de recherche du SFCP national

**L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005**

119 865 000 \$ en IRM, en TD, en cancérologie et en cardiologie) newswire.ca (Ministère de la Santé et des soins de longue durée).

4 février 2005, « Province to spend at least \$120-million to cut MRI, CT waits » (La province investira au moins 120 millions de dollars pour diminuer les listes d'attente en IRM et TD) *Globe and Mail*.

Des entreprises privées feront partie du nouveau Centre de recherche de Thunder Bay

Siemens a signé un contrat avec le nouveau centre de recherche sur le cancer ICR-Discoveries (Institut de recherche sur le cancer). Le nouveau centre de recherche aura pour partenaire le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay (TBRHSC) et l'École de médecine du Nord de l'Ontario (NOSM). À que grandira le centre de recherche, des entreprises privées y seront intégrées.

1^{er} décembre 2004, « Research centre proposed » (Projet de centre de recherche) Northern Ontario Business.

AUTRES

Soins à domicile

La Coalition pour la santé de l'Ontario affirme que l'examen des soins à domicile mené par le gouvernement n'inclut pas l'évaluation du processus d'appel d'offres

« Le ministre de la Santé avait promis un examen du processus d'appel d'offres (pour les soins à domicile), mais il a plutôt érigé un système d'écrans de fumée qui permettra à long terme d'enchaîner la privatisation à long terme, selon Ross Sutherland, infirmier et porte-parole de la Coalition pour la santé de l'Ontario. Le gouvernement refuse même de prendre en considération les données provenant des autres provinces sur la prestation sans but lucratif des soins à domicile. » À une conférence de presse, la Coalition a rendu public un document d'orientation énumérant les recommandations en matière de soins à domicile au profit de l'examen gouvernemental.

6 décembre 2004, « Homecare Review just "Smoke and Mirrors" » (La révision des soins à domicile, un écran de fumée) La Coalition pour la santé de l'Ontario web.net/ohc.

Soins de longue durée

Bonne nouvelle : La privatisation des soins de longue durée empêchée au Nord-Ouest de l'Ontario

Les membres de la section locale 65 du SCFP, des patients et des familles de Fort Frances en Ontario ont remporté leur bataille pour empêcher Extendicare, une

Service de recherche du SCFP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

importante entreprise de soins de santé à but lucratif, de prendre le contrôle de la Maison Rainycrest, un foyer pour personnes âgées.

21 janvier 2005, « CUPE members prevent privatization in northwestern Ontario »

(Des membres du SFCP empêchent une privatisation dans le Nord-Ouest de l'Ontario) cupe.on.ca.

SOUS-TRAITANCE

Le gouvernement de l'Ontario étudie le rapport d'un consultant privé (rapport du Groupe Hay) qui soutient que les hôpitaux pourraient économiser 200 millions de dollars s'ils étaient exploités de façon plus efficiente. Le rapport énumère les 25 % d'hôpitaux « les plus efficaces » de la province dans des domaines comme les laboratoires, les communications, les finances, les services d'alimentation, les dossiers santé, les ressources humaines, la gestion du matériel, la pharmacie et les rapports sur les systèmes. Il conclut que si les 75 % d'hôpitaux qui restent adoptaient des pratiques de gestion similaires dans ces domaines, ils pourraient réaliser l'économie de 200 millions de dollars. Dans la plupart des cas, ces « économies » ont été obtenues grâce à la sous-traitance du travail. Pour que la sous-traitance soit possible, le gouvernement devrait adopter une loi abrogeant des conventions collectives et abolissant les droits du successeur. Invité à dire si le gouvernement de l'Ontario envisageait de telles mesures législatives, le ministre de la Santé n'a pas répondu. Un porte-parole de l'Association des hôpitaux de l'Ontario a affirmé que de « larges consultations » devraient avoir lieu avant que le gouvernement abolisse les droits du successeur.

Toronto Star, 24 septembre 2004, « Hospital jobs on the block, union charges » (Les emplois des hôpitaux menacés, prétend le syndicat) Ron Ferguson

Toronto Star, 22 septembre 2004, p A1 « Hospitals wary of cuts » (Les hôpitaux hésitent devant les compressions) Ian Urquhart

Le University Health Network songe à retenir les services d'une entreprise externe, Carillion Canada, pour assurer les services de gestion de ses établissements, excluant l'entretien ménager. L'UHN est formée des hôpitaux Toronto General, Toronto Western et Princess Margaret.

Toronto Star, 24 septembre 2004, « Hospital jobs on the block, union charges » (Les emplois des hôpitaux menacés, prétend le syndicat) Ron Ferguson

BONNES NOUVELLES

Le gouvernement provincial a commencé à « racheter » des cliniques d'IRM privées. Ces cliniques avaient été établies sous le précédent gouvernement conservateur. Les cliniques d'IRM de Kingston, Kitchener et Richmond Hill ont pour l'instant été converties

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

en entités sans but lucratif. Le gouvernement a payé à chacune des cliniques 25 000 \$ pour compenser les coûts associés à la conversion. Bien qu'il eut été préférable que ces cliniques soient entièrement intégrées au système public de soins de santé, leurs heures d'activités ont grimpé de façon significative depuis leur conversion en établissements sans but lucratif. Un quatrième exploitant, DC Diagnosticare Inc, est une société cotée en bourse. Il semble que le gouvernement lui ait offert 14 millions de dollars pour acheter ses actifs, incluant des cliniques situées à Ajax, Huntsville et Mississauga.

QUÉBEC [mise à jour le 21 juillet 2005]

(Note: l'information concernant le jugement de la Cour suprême dans la cause Chaoulli fait partie de la section sur le fédéral.)

2005

HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Les hôpitaux montréalais ne sont pas sur la liste des PPP (pour l'instant)

Les deux nouveaux hôpitaux universitaires de Montréal ne sont pas sur la liste des partenariats public-privé du gouvernement Charest.

Les nouveaux hôpitaux affiliés à l'Université McGill et à l'Université de Montréal ne figurent pas sur la liste rendue publique par la présidente du Conseil du Trésor, Monique Jérôme-Forget.

« Le gestionnaire du projet pourrait décider d'inclure des éléments de PPP dans les projets de nouveaux hôpitaux », a toutefois ajouté Cathy Rouleau, porte-parole du ministre de la Santé, Philippe Couillard.”

18 mai 2005 «*New hospitals no longer PPP candidates*», (Les nouveaux hôpitaux ne sont plus des candidats aux PPP.) *Montreal Gazette*.

CLINIQUES ET SERVICES À BUT LUCRATIF : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Des patients poursuivent des hôpitaux en raison de listes d'attente trop longues

Environ 700 personnes ont manifesté leur intérêt à se joindre à un recours collectif intenté sur la base de délais d'attente exagérés pour avoir accès à des soins de santé au Québec. La Cour suprême a statué que la poursuite ne pouvait pas nommer le gouvernement québécois, mais pouvait viser 12 hôpitaux du Québec.

Le montant de la poursuite n'a pas encore été rendu public, mais certaines évaluations font état de dommages pouvant atteindre 50 millions si les femmes remportent leur cause.

La prochaine étape pour ces femmes qui ont été atteintes du cancer sera de déposer une déclaration détaillée à la Cour supérieure du Québec contre les 12 hôpitaux visés. Compte-tenu des délais, la cause ne sera sans doute pas entendue avant l'année prochaine.

14 juillet 2005 «*Quebec government won't face lawsuit over hospital waiting lists*», (Le gouvernement du Québec ne pourra être poursuivi en raison des listes d'attentes dans les hôpitaux.) *Canadian Press Newswire*.

Québec nomme les membres du conseil d'administration de l'Agence des PPP

Québec a procédé à la nomination des huit membres du conseil d'administration de l'Agence provinciale des PPP. Il sera dirigé par un éminent libéral, Claude Garcia.

La première réunion de l'agence aura lieu en août 2005.

5 juillet 2005 «*Quebec sets up advisory board to oversee public-private partnerships: Representatives from business and government will decide if specific projects should be built as PPPs*», (Le Québec créé un conseil consultatif qui supervisera les partenariats public-privé. Des représentants du milieu des affaires et du gouvernement seront appelés à décider si certains projets doivent être bâtis en mode PPP.) *Montreal Gazette*.

Ouverture d'une nouvelle clinique à but lucratif à Gatineau

Une deuxième clinique d'imagerie par résonance magnétique ouvrira ses portes à Gatineau dès l'été 2005. Les propriétaires de la clinique affirment que près de 70 % de leur clientèle sera composée d'Ontariens provenant de la région d'Ottawa. Un examen d'imagerie par résonance magnétique y coûtera entre 700 \$ et 800 \$.

L'autre clinique est située à Hull et elle est appelée Ottawa Valley MRI Centre. La clinique est la propriété de Canada Diagnostic Centres, une société dont le siège social est à Calgary. Les propriétaires de la clinique croient qu'un appareil de TEP (tomographie par émission de positrons) y sera aussi installé bientôt.

14 juin 2005 «*Gatineau clinic looks to Ontario for patients: Second private MRI facility to be open this summer*», (Une clinique de Gatineau recrutera ses patients en Ontario. Une nouvelle clinique privée d'IRM ouvrira ses portes cet été.) *Ottawa Citizen*.

Clinique à but lucratif Sentinelle Plus

Une clinique à but lucratif appelée Sentinelle Plus a ouvert ses portes au cours de l'hiver 2005 à Gatineau. Le propriétaire, Marcelin Chaumont, est ravi de la décision de la Cour suprême permettant aux patients de se procurer une assurance-santé privée.

M. Chaumont a environ 150 patients qui déboursent 150 \$ pour une visite de 20 minutes ou 225 \$ pour un examen de 40 minutes.

M. Chaumont affirme que dans la situation actuelle où 20 000 personnes sont à la recherche d'un médecin de famille, il est peu probable qu'il manque de clients potentiels.

9 juin 2005 «*Gatineau doctor welcomes health ruling*», (Un médecin de Gatineau ravi par la décision de la cour sur les soins de santé.) *CCBC News*.

Une cotisation santé au programme de Québec

Le gouvernement québécois a créé un comité chargé d'émettre des recommandations quant à la pertinence d'imposer une cotisation santé. Présidé par Jacques Ménard, président de la Banque de Montréal pour le Québec, ce comité serait arrivé à la conclusion que si une telle cotisation devait être imposée, elle générerait des revenus annuels de 1 milliard de dollars.

3 juin 2005 «*Health premiums could be on Quebec's agenda*», (Une cotisation santé pourrait faire partie du programme de Québec.) *Merck Frost Health Edition*.

Un laboratoire à but lucratif est accusé d'effectuer des tests erronés

Les Laboratoires CDL Inc. sont accusés d'avoir mis au point un test qui n'a pas été approuvé par Santé Canada et qui n'a pas été validé sur une base scientifique.

Le laboratoire à but lucratif fait face à des allégations selon lesquelles il a eu recours à un test sanguin défectueux sur des centaines de clients pendant près de trois ans.

25 mars 2005 «*Private HIV tests faulty: Order of Chemists: No recall of patients is necessary, health department rules*», (Selon l'ordre des chimistes, le test de dépistage du SIDA est erroné. Le ministère de la Santé affirme qu'il n'est pas nécessaire de rappeler les clients.) *Montreal Gazette*.

Le Québec ne rapporte pas les soins à but lucratif

La Coalition canadienne de la santé affirme que le Québec refuse de dévoiler à Santé Canada des statistiques essentielles sur les violations de la *Loi canadienne sur la santé* et la multiplication des cliniques à but lucratif à Montréal.

Dans le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé* qu'il dépose à la Chambre des communes, le Québec ne divulgue aucune information sur le nombre de médecins qui se sont retirés du système d'assurance-maladie ou le nombre de cliniques privées. Il s'agit de la seule province qui a choisi de ne pas répondre du tout au questionnaire de Santé Canada.

23 février 2005 «*Quebec not giving Ottawa statistics about medicare violations*», (Le Québec ne fournit pas à Ottawa ses statistiques sur les violations du programme d'assurance-maladie.), *Montreal Gazette*.
Roy Romanow demande à Jean Charest d'empêcher les cliniques à but lucratif d'imposer des frais supplémentaires

« Le gouvernement québécois doit agir pour mettre fin à la multiplication des cliniques à but lucratif dans la province », dit Roy Romanow, ancien président de la Commission royale sur l'avenir du système de soins de santé au Canada.

Il a affirmé que le premier ministre libéral, Jean Charest, devrait réagir aux violations flagrantes de la *Loi canadienne sur la santé* en faisant respecter cette loi. « M. Charest, vous pouvez agir, a dit M. Romanow. Vous pouvez dire aux cliniques privées : 1- N'imposez pas de frais d'utilisateur, nommément, un tarif pour avoir accès à la clinique. »

17 février 2005 «*Roy Romanow asks Charest to crack down on Quebec's private clinics*», (Roy Romanow demande à Charest d'agir contre les cliniques privées.)
Montreal Gazette.

AUTRES

Soins de longue durée

La Commission des droits de la personne réclame une réglementation des soins de longue durée

La Commission provinciale des droits de la personne affirme que le Québec devrait imposer aux résidences privées pour personnes âgées des normes minimales, des inspections surprises et des permis obligatoires afin de faire diminuer les cas d'exploitation et d'abus envers les personnes âgées.

Le commissaire des droits de la personne, Emerson Doyon, a dénoncé la politique d'accréditation optionnelle des établissements de soins de longue durée – une modification proposée à la Loi sur la santé. Il plaide en faveur d'une accréditation obligatoire.

Il y a 2 500 résidences pour personnes âgées au Québec et plusieurs n'ont rien de plus qu'un permis municipal. Les résidences qui ont neuf résidents ou moins n'ont même pas besoin de permis municipal pour héberger des clients.

18 mai 2005 «*Human rights commission seeks mandatory certification for seniors residences*», (La Commission des droits de la personne demande l'accréditation obligatoire des résidences pour personnes âgées.) *Montreal Gazette*.

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

Assurance-médicaments

La coalition Solidarité Santé s'oppose à l'augmentation de la prime d'assurance-médicaments

Depuis 1996, les primes de l'assurance-médicaments ont augmenté de 182 %. La coalition Solidarité Santé a annoncé que le Québec pourrait imposer une nouvelle hausse de 10 % dès juillet, ce à quoi elle est opposée.

18 mai 2005 «*Solidarité Santé apprehends a big rise of the insurance drugs*», (Solidarité Santé craint une forte augmentation de la prime d'assurance-médicaments.) *Le Devoir*.

Des avocats passent à l'assurance-médicaments publique

Environ 2 300 avocats qui ne sont pas à l'emploi d'une grande firme ou d'un autre employeur ont abandonné leur régime privé d'assurance-médicaments pour se joindre au régime public d'assurance-médicaments du Québec.

Comme ces avocats sont des travailleurs autonomes, ils doivent assumer seuls le coût de leur assurance-médicaments. Au privé, cette prime est le double des 494 \$ par année qu'il faut déboursier pour faire partie du régime public.

27 avril 2005 «*Many Quebec lawyers abandon private drug insurance for provincial plan*», (Plusieurs avocats du Québec abandonnent leur régime privé d'assurance-médicaments au profit du régime provincial.) *Montreal Gazette*.

HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Pendant que la province tient des « consultations », le monde des affaires fait du lobbying pour le site de l'hôpital francophone en PPP

Quatre des cinq études menées à un coût de 38 millions de dollars recommandent le site St-Luc situé au centre-ville pour la construction, en PPP, du CHUM (Centre Hospitalier de l'Université de Montréal). Pour sa part, le monde des affaires fait du lobbying en faveur d'un site situé à Outremont. Pendant ce temps, le gouvernement a annoncé qu'il allait mener une consultation sur ce nouvel hôpital PPP et qu'il entendait rendre publics tous les documents et études portant sur le projet.

Les militants des causes sociales et les groupes de défense des patients veulent que l'hôpital soit construit au centre-ville, sur l'actuel site de l'hôpital St-Luc, parce que la population francophone aura un meilleur accès au site. Des sondages publiés

récemment dans le *Globe and Mail* révèlent que la majorité des Montréalais sont en faveur du site St-Luc.

La province fait l'objet d'une campagne de lobbying de la part du monde des affaires en faveur du site d'Outremont, notamment par le fondateur de Power Corporation, Paul Desmarais. La première clinique d'urgence du Canada, la clinique médicale MD Plus, sur l'avenue Beaumont, est située en face du site proposé d'Outremont et elle a déjà des projets d'expansion. Les entreprises espèrent pouvoir profiter de la croissance des cliniques et laboratoires privés et du développement immobilier qui touchera Outremont.

En 2004, l'ex-premier ministre canadien Brian Mulroney et l'ancien premier ministre du Québec, Daniel Johnson, ont rédigé un rapport qui recommandait que l'hôpital soit construit sur le site de l'hôpital St-Luc, au 1000, rue St-Denis.

15 février 2005, « Charest Government in a Slump », (Passage à vide pour le gouvernement Charest) *Globe and Mail*.

15 février 2005, « Emergency clinic plans to add MD », (Une clinique d'urgence veut d'autres médecins) *Montreal Gazette*.

10 février 2005, « Public to have say on CHUM site », (Le public aura son mot à dire sur le site du CHUM) *Montreal Gazette*.

7 février 2005, « Battle erupts over Montreal hospital site », (Une bataille s'engage pour le site du nouvel hôpital montréalais) *Globe and Mail*.

Un PPP pour le Centre de santé universitaire anglophone de McGill

L'hôpital universitaire PPP de McGill combinera un bâtiment neuf au bâtiment existant qui sera rénové.

7 février 2005, « Quebec has been studying PPPs overseas », (Le Québec a étudié les PPP à l'étranger) *Montreal Gazette*.

Le directeur des investissements au ministère de la Santé émet des doutes quant aux hôpitaux PPP

John Gauvreau, directeur des investissements au ministère de la Santé, a émis des doutes sur le modèle des PPP pour la construction de nouveaux hôpitaux. Selon la Gazette de Montréal, il aurait dit : « Pour le ministère, les établissements de santé et le secteur privé, les projets en mode PPP sont un défi de taille ». Il poursuit en parlant des « ressources nécessaires, leur complexité, les délais de réalisation, le partage des risques et des responsabilités entre les partenaires et, enfin, la définition des besoins qui doit évoluer au même rythme que les changements inhérents à la prestation de soins ».

6 février 2005, « PPPs are perhaps not the best idea for hospitals: Health department not enthusiastic. British PPP hospital has lots of shops but an undersized emergency room », (Les PPP ne sont peut-être pas la meilleure idée pour les hôpitaux. Le ministère de la Santé n'est pas enthousiaste. En Angleterre, un hôpital PPP compte beaucoup de boutiques, mais sa salle d'urgence est beaucoup trop petite.)
Montreal Gazette.

Adoption de la Loi 61 et création d'une agence chargée de conseiller le gouvernement en matière de PPP

La présidente du Conseil du Trésor du Québec, Monique Jérôme-Forget, a donné l'assurance que les deux nouveaux hôpitaux seront des PPP, même si cette décision aura pour effet d'en retarder la construction de trois ou quatre ans. La *Loi 61*, adoptée juste avant Noël (2004), a créé une agence chargée de conseiller le gouvernement sur les PPP.

6 février 2005, « PPPs are perhaps not the best idea for hospitals: Health department not enthusiastic. British PPP hospital has lots of shops but an undersized emergency room », (Les PPP ne sont peut-être pas la meilleure idée pour les hôpitaux. Le ministère de la Santé n'est pas enthousiaste. En Angleterre, un hôpital PPP compte beaucoup de boutiques, mais sa salle d'urgence est beaucoup trop petite.)
Montreal Gazette.

Les médecins sont contre les hôpitaux PPP

Les médecins spécialistes et résidents ont déclaré à un comité de l'Assemblée Nationale que les hôpitaux PPP feront entrer la notion de profit dans les soins de santé. « Il n'y a pas de place pour les profits », a soutenu Yves Dugré, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Les médecins résidents du Québec disent craindre que, confrontés à des critères de performance, les médecins n'aient plus le temps d'enseigner aux finissants en médecine qui se préparent à pratiquer.

11 novembre 2004, « There's no place for profit in health care »,
(Pas de place pour les profits dans les soins de santé) *Montreal Gazette.*

CLINIQUES ET SERVICES À BUT LUCRATIF : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

La première clinique d'urgence privée du Canada prend de l'expansion

La clinique médicale MD Plus, située en face de la gare de triage d'Outremont, prend de l'expansion et embauche plus de personnel. Un autre médecin se joindra à l'équipe et se retirera donc de l'assurance-maladie.

15 février 2005, « Emergency clinic plans to add MD: Nearly 500 patients pay out of pocket »,
(Une clinique d'urgence veut embaucher d'autres médecins. Près de 500 patients paient déjà leurs propres frais) *Montreal Gazette.*

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

Une étude montre une augmentation de 60 % du nombre de médecins québécois qui se retirent de l'assurance-maladie pour pratiquer dans des cliniques privées – On a aussi découvert de la double facturation.

Au cours des cinq dernières années, le nombre de médecins québécois qui font payer leurs patients pour des services médicalement requis a augmenté de 60 %, selon une étude menée par la *Montreal Gazette*. Par exemple, dans une clinique privée de Westmount, les médecins exigent des frais importants de leurs patients, en plus de facturer l'assurance-maladie – il s'agit de double facturation. Les patients peuvent payer d'importants frais, comme 2 000 \$ pour une chirurgie du genou ou de l'épaule, et 600 \$ pour une opération gastro-intestinale.

Si on compare avec le reste du Canada, cette découverte a de quoi étonner. En Colombie-Britannique par exemple, un seul médecin impose des frais d'utilisateurs. En Ontario, les médecins peuvent se retirer de l'assurance-maladie, mais leurs patients peuvent demander un remboursement.

Le ministre de la Santé, Philippe Couillard, a promis de renforcer le système public en modifiant la loi. La loi provinciale pourrait être modifiée de façon à accorder à la Régie de l'assurance maladie du Québec le pouvoir d'imposer des amendes aux cliniques qui exigent illégalement des frais d'utilisateurs. Toutefois, il y a cinq ans, à la suite d'une enquête menée par le gouvernement du Québec, des patients ont obtenu le remboursement des frais d'établissement de 400 \$ exigés par une clinique de chirurgie privée de Montréal.

15 février 2005, « Quebec's 90 opt-outs: Number of province's doctors operating outside public system is soaring », (Au Québec, 90 médecins se sont retirés de l'assurance maladie. Le nombre de médecins pratiquant à l'extérieur du système public est en forte croissance) *Montreal Gazette*.

15 février 2005, « Clinics' spread vexes ministers: Couillard aide says he's ready to fight », (La multiplication des cliniques indispose les ministres. Un adjoint de M. Couillard affirme qu'il est prêt à se battre) *Montreal Gazette*.

14 février 2005, « Private clinics charge 'set-up' fees », (Des cliniques privées imposent des frais d'établissement) *Montreal Gazette*.

14 février 2005, « Fees were reimbursed in case of double-billing », (Des frais ont été remboursés dans un cas de double facturation) *Montreal Gazette*.

Une nouvelle clinique de TED et de tomodensitométrie à but lucratif, pendant que le service public est sous-utilisé

Montréal compte une nouvelle clinique de TED (tomographie à émission de positrons) et de tomodensitométrie, appelée clinique Ville-Marie. Pendant ce temps, l'appareil de tomographie de l'Hôtel-Dieu ne fonctionne qu'à 70 % de sa capacité à cause d'un financement insuffisant.

4 janvier 2005, « Quebec promoter asks: Why wait for a scan? », (Un promoteur québécois demande : pourquoi attendre pour subir un scan ?) *The Windsor Star*.

AUTRES

Soins de longue durée

Le projet de PPP pour le réaménagement du Foyer St-Charles, un centre de soins de longue durée de Québec, coûtera 14 millions de dollars de plus que s'il était confié au public

Une étude commandée par le gouvernement du Québec a révélé que le Foyer St-Charles, un centre de soins de longue durée de la ville de Québec, coûtera 14 millions de dollars de plus que s'il était public. C'est le SCFP-Québec qui a rendu publique cette étude réalisée par la firme Malette Services-conseils après l'avoir obtenue à la suite d'une demande déposée en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information*. La ministre québécoise Monique Jérôme-Forget projette la construction d'établissements de 3 000 et 5 000 lits de soins de longue durée. « Ainsi, nous donnerons un demi-milliard de dollars au secteur privé pour rien », a déploré le président de la FTQ, Henri Massé.

24 janvier 2005. « A P3 that costs taxpayers more » (Un PPP qui coûte plus cher aux contribuables) *SCFP en bref*, scfp.qc.ca.

20 janvier 2005, « Government-commissioned study says Québec P3 long-term care home to be more expensive », (Une étude commandée par le gouvernement québécois affirme que le projet de centre de soins de longue durée en PPP coûtera plus cher) scfp.ca.

Soins à domicile

Le gouvernement Charest privatise les soins aux personnes à domicile

Le gouvernement a l'intention de sous-traiter les soins à domicile. « En 2001, la (Coalition Solidarité Santé) dénonçait les effets pervers de la sous-traitance des services d'entretien ménager. Aujourd'hui, ce sont les soins aux personnes qui seront privatisés », affirme Isabelle Matte, porte-parole de la coalition. De plus, des frais d'utilisateurs pourraient bientôt être exigés pour les soins à domicile. Ces changements de politique ont été annoncés lorsque le gouvernement a rendu public le document intitulé « Détails pour promouvoir une politique de soutien aux soins à domicile ».

2 décembre 2004 « The new home-care policy is a violation of the right to health », (La nouvelle politique de soins à domicile viole le droit à la santé) Coalition Solidarité Santé.

2004

HÔPITAUX PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Le gouvernement du Québec a annoncé que deux nouveaux mégahôpitaux seront construits en partenariats public-privé à Montréal. À cette fin, la présidente du Conseil du Trésor du Québec, Monique Jérôme-Forget, veut faire adopter, avant décembre, la Loi 61 qui créera l'Agence des partenariats public-privé du Québec et qui agira à titre de gestionnaire du gouvernement pour les P3.

Chaque mégahôpital a un budget de 1 milliard de dollars. Le gouvernement provincial accordera 800 millions de dollars pour la construction de chaque hôpital, et la balance de 200 millions de dollars devra être trouvée par les hôpitaux. Ces groupes financiers construiront et posséderont les mégahôpitaux et les loueront aux conseils des hôpitaux pour 30 ans, après quoi ils retourneront à la propriété publique.

Le développement des partenariats public-privé retardera de 3 ans l'achèvement des travaux.

Montreal Gazette, 9 octobre 2004, p. A1, « MUHC angry as Quebec hedges, » (Le MUCH irrité par les tergiversations du gouvernement) Aaron Derfel

Montreal Gazette, 8 octobre 2004, p. A11, « Superhospitals to be public-private projects » (Les mégahôpitaux seront des projets public-privé) Kevin Dougherty

Pour en savoir plus sur la perspective du gouvernement du Québec sur les « Partenariats public-privé en affaires » (PPPA) :

www.tresor.gouv.qc.ca/marche/partenariats/engl_bpartnerships.htm

SOUS-TRAITANCE

Le 18 décembre 2003, une « *Loi modifiant le Code du travail* » a été adoptée à l'Assemblée nationale du Québec. La loi modifie le Code du travail du Québec de façon à favoriser la sous-traitance. Elle élimine des dispositions de protection des emplois en cas de sous-traitance du travail et annule les conventions collectives des travailleuses et travailleurs du secteur public si ceux-ci sont engagés pour « suivre le travail ».

www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca

LES CLINIQUES ET SERVICES À BUT LUCRATIF : LA SANTÉ À DEUX VITESSES

Trois médecins montréalais ont ouvert une clinique médicale privée qui offre des soins 24 heures sur 24, incluant des examens physiques, des chirurgies mineures, des tests d'IRM et des épreuves de laboratoire. La clinique est située près des chics quartiers montréalais d'Outremont et de Ville Mont-Royal.

Selon ses propriétaires, la clinique cible les patients de la classe moyenne. Il en coûte 100 \$ pour une visite de 20 minutes et 75 \$ pour chaque tranche supplémentaire de 15 minutes. On offre aussi des forfaits annuels spéciaux, qui vont de 895 \$ à 1 493 \$ et qui incluent plusieurs visites par année, de même que des épreuves de laboratoire et l'accès à un médecin ou à une infirmière ou infirmier 24 heures sur 24.

Le ministre fédéral de la Santé Ujjal Dosanjh a dit que bien qu'il ne soit « pas heureux » de l'ouverture de la clinique, il n'a pas l'intention de l'empêcher parce qu'elle n'enfreint pas la loi. Il a demandé un avis juridique sur la question. Le ministre de la Santé du Québec, Philippe Couillard, a aussi déclaré que la clinique n'était pas illégale, mais qu'elle détournerait du personnel du système public.

The Globe and Mail, 13 octobre 2004, p. A5 « Private clinic opens to fanfare, concerns » (L'ouverture médiatisée d'une clinique privée suscite des inquiétudes) Tu Thanh Ha

The Montreal Gazette, 13 octobre 2004, « 'Middle-class' patients expected at Montreal private clinic » (Une clinique privée montréalaise destinée aux patients de la 'classe moyenne') Monique Beaudin

The Record (Sherbrooke), 12 octobre 2004, p. 7, « Politicians stand by as private health care clinic opens in Montreal » (Indifférence des élus devant l'ouverture d'une clinique privée à Montréal) Anne Dawson

Depuis 2000, 82 médecins québécois se sont retirés du système d'assurance-maladie. De ce nombre, 36 sont omnipraticiens et 46 sont spécialistes, pour la plupart des ophtalmologistes, des chirurgiens plastiques, des psychiatres, des chirurgiens orthopédiques et des dermatologues.

Montreal Gazette, 16 septembre 2004, p. A2, Mike de Souza,
Elizabeth Thompson *Globe and Mail*, 13 octobre 2004, p. A5, Tu Thanh Ha

Le Québec compte plus de 50 cliniques privées qui offrent des épreuves diagnostiques, des chirurgies des cataractes et des procédures orthopédiques à des patients prêts à payer. La province compte au moins 14 cliniques qui offrent des tests d'IRM, de TD et d'échographie – le nombre le plus élevé au pays.

National Post, 16 septembre 2004, p. A21, « A second quiet revolution? » (Une seconde révolution tranquille ?) éditorial

National Post, 9 septembre 2004, p. A1, « The Single-Tier Myth » (Le mythe de la santé à une vitesse)

Service de recherche du SFCP national

**L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005**

À Montréal, le D^r Réjean Ouellette, un médecin qui s'est retiré du système, fait uniquement des visites à domicile. Il exige 125 \$ dans certains secteurs de Montréal, 150 \$ dans d'autres quartiers de Montréal et de Laval et, s'il doit se rendre plus loin, son tarif augmente. Il travaille uniquement le jour, bien que quand il a commencé à bâtir sa clientèle, il travaillait 24 heures sur 24.

Montreal Gazette, 14 septembre 2004, p. A4, Brenda Branswell

Lasik MD, la clinique privée qui se spécialise dans la chirurgie oculaire au laser, élargit ses activités à Montréal en offrant des chirurgies des cataractes à celles et ceux qui peuvent payer. Le ministre québécois de la Santé, Philippe Couillard, a dit que son gouvernement ne s'opposait pas à un centre privé de chirurgie des cataractes, le qualifiant de « phénomène marginal ».

Montreal Gazette, 12 septembre 2004, p. A1. Aaron Derfel

NOUVEAU-BRUNSWICK [mise à jour le 21 juillet 2005]

2005

HÔPITAUX

Compressions dans les services et licenciements : privatisation furtive

- *Compressions dans les services à Woodstock et Bath*

Les collectivités de Woodstock et Perth-Andover sont indisposées par le transfert des services de santé vers le nouvel hôpital régional qui est en construction à Waterville, à 60 kilomètres au sud de Perth-Andover et à 6 kilomètres de Woodstock.

La province a l'intention de transformer l'hôpital de Plaster Rock en Centre de santé communautaire et de retirer les services de chirurgie et d'obstétrique à l'établissement de Perth-Andover. La province a aussi l'intention de fermer les hôpitaux de Woodstock et de Bath.

La dernière tentative pour empêcher la construction d'un nouvel hôpital à l'ouest du Nouveau-Brunswick a été rejetée par les tribunaux. Dans un jugement écrit rendu jeudi, la juge Paulette Garnett de la Cour du Banc de la Reine a rejeté la demande de révision judiciaire déposée par les collectivités de Woodstock et Perth-Andover."

Un opposant au nouvel hôpital, le Dr. Harvey Bass, a déclaré qu'il était déçu du jugement. « Nous maintiendrons toujours que le processus était biaisé et que la décision a été basée sur des motifs politiques et non sur des raisons de santé publique », a déclaré M. Bass.

« M. Bass et d'autres ont manifesté à l'intérieur de l'Assemblée législative où ils ont affirmé que les changements imposés par le gouvernement conservateur feront en sorte que des patients se retrouveront beaucoup trop loin d'une salle d'urgence ouverte 24 heures sur 24. Le nouvel hôpital de 70 lits construit au coût de 78 millions ouvrira ses portes en 2007. »

26 mai 2005 «*Court denies effort to block construction of hospital in western N.B.*» (La cour rejette une tentative d'empêcher la construction d'un nouvel hôpital dans l'ouest du Nouveau-Brunswick.) *Canadian Press Newswire*.

- *L'hôpital de Caraquet sera réduit au statut de Centre de santé*

L'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick a été paralysée pendant une courte période par une manifestation contre les compressions de services à l'hôpital de

Caraquet. Les manifestants ont été expulsés après qu'ils se soient mis à chanter et à crier de la tribune du public.

Le 1^{er} avril 2005 est le jour où l'hôpital de Caraquet a été réduit à un centre de santé. Le service d'urgence 24 heures et les services d'obstétrique et de chirurgie sous anesthésie ont été fermés. Les patients doivent maintenant se rendre à Tracadie pour recevoir les services.

Un juge de la Cour d'appel du Nouveau-Brunswick a refusé d'entendre l'appel de la ville de Caraquet, Les Amis de l'hôpital de l'Enfant Jésus et du citoyen Fernand Rioux qui veulent obtenir une injonction.

Les trois parties vont lancer une action en justice contre le ministère de la Santé et du Mieux-Être. Aucune date n'a encore été arrêtée.

26 mai 2005 «*Protesters shut down New Brunswick Legislature*», (Des manifestants paralysent l'Assemblée législative.) *Globe and Mail*.

14 avril 2005 «*Appeal denial means conversion of former N.B. hospital to health centre*», (Le rejet de l'appel signifie qu'un hôpital du Nouveau-Brunswick sera transformé en centre de santé.) *New Brunswick Telegraph-Journal*.

28 mars 2005 «*Opponents of Caraquet, N.B., hospital cuts plan next move*», (Les opposants aux compressions à l'hôpital de Caraquet panifient leur prochaine action.) *New Brunswick Telegraph-Journal*.

- *Le budget du Nouveau-Brunswick perpétuera l'érosion des services de santé*

Avec son budget nettement insuffisant pour les soins de santé, le gouvernement du Nouveau-Brunswick semble oublier que partout en province, des collectivités continuent de se battre contre le plan gouvernemental de soins de santé. En fermant 300 lits, le gouvernement a épargné des millions de dollars et il veut maintenant réaliser des économies supplémentaires de 14 millions en effectuant des compressions dans les services non cliniques du secteur de la santé. En réalité, la seule chose que le gouvernement fait est de réduire encore plus les services de santé auxquels le public a accès.

31 mars 2005 «*Provincial budget continues to erode services*», (Le budget provincial poursuit l'érosion des services.) *cupe.nb.ca*.

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SERVICES DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Le premier ministre Lord veut parler de soins de santé à but lucratif

À la réunion du Conseil des premiers ministres de l'Atlantique, le premier ministre Bernard Lord a déclaré qu'il voulait un débat sur le rôle du privé dans le secteur des soins de santé, pas sur la pertinence que le privé y joue un rôle ou pas.

26 juin 2005 «*Private sector no 'bogeyman' to health care, Lord: Premier says debate should be on what role private sector plays, not whether it will have role*», (Le secteur privé n'est pas le bonhomme sept heures des soins de santé, dit Bernard Lord. Le premier ministre dit que le débat doit avoir lieu sur le rôle du privé, pas sur la pertinence qu'il y joue un rôle ou pas.) *New Brunswick Times & Transcript*.

Le premier ministre Lord affirme : « Les provinces et les territoires doivent réaliser que les fournisseurs privés de soins de santé sont là pour rester, sous une forme ou une autre ».

« Le fait est que les assureurs privés font déjà partie du portrait. La question est : jusqu'à quel point ? Je crois que la question est légitime. »

15 juin 2005 «*Atlantic Premiers want open discussion on health care, Bernard Lord says its time to open up the debate on private health care in Canada*», (Les premiers ministres de l'Atlantique veulent ouvrir la discussion sur les soins de santé. Le premier ministre Bernard Lord dit qu'il est temps d'ouvrir le débat sur les soins de santé privés au Canada.) *CBC news*.

Morgentaler veut que le gouvernement achète sa clinique

Une poursuite contre la province pourrait être arrêtée si le Nouveau-Brunswick achète la clinique du Dr. Morgentaler et continue à y effectuer des avortements.

« J'accepte de négocier avec le gouvernement la vente et le transfert de la clinique à condition que le service d'avortement y soit maintenu et qu'il soit couvert par l'assurance-maladie. »

M. Lord avait soutenu peu de temps avant que la province n'avait pas les moyens de financer les cliniques privées d'avortement. Le premier ministre avait affirmé en janvier que la province ne paierait pour les avortements que dans les hôpitaux et à condition que deux médecins aient confirmé que l'avortement était médicalement requis.

Le premier ministre Lord dit que c'est suffisant et que son gouvernement conservateur n'a aucune intention de couvrir les frais d'avortement des 600 femmes qui chaque année mettent un terme à leur grossesse à la clinique Morgentaler.

7 mai 2005 «*Morgentaler offers to drop lawsuit if government buys clinic, offers abortions*», (Morgentaler offre de laisser tomber sa poursuite si le gouvernement achète sa clinique et continue à y pratiquer des avortements.) *The Daily News (Truro)*.

Le ministre fédéral de la Santé, M. Dosanjh réfère le Nouveau-Brunswick devant un groupe d'experts indépendant pour régler le différend dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé

Mardi, M. Dosanjh a aussi écrit au ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick afin de lui faire savoir que Ottawa est préoccupé par le fait que les patientes qui veulent obtenir un avortement dans une clinique privée ne sont pas couvertes par le régime public d'assurance, ce qui signifie qu'elles doivent payer des frais d'utilisateur.

Le gouvernement fédéral prétend qu'il s'agit d'une violation de la *Loi canadienne sur la santé* et il a officiellement annoncé qu'il référerait cette dispute avec le Nouveau-Brunswick devant un comité d'experts nouvellement formé qui sera chargé d'étudier la question.

29 avril 2005 «*Dosanjh takes aim at private clinics: Provinces urged to put end to user fees that violate principles of Medicare*», (M. Dosanjh vise les cliniques privées. Les provinces sont priées de mettre fin à la pratique des frais d'utilisateur qui viole les principes de l'assurance-maladie.) Gazette de Montréal.

HÔPITAUX

Compressions de services et mises à pied : la privatisation en furtive

- Injonction et manifestations pour empêcher la fermeture de l'hôpital de Caraquet

Le gouvernement provincial a annoncé que l'hôpital de Caraquet, dans le nord-est du Nouveau-Brunswick, perdra ses services de chirurgie, d'obstétrique et d'urgence. Les urgences seront traitées à Tracadie-Sheila, à une heure de distance.

Un groupe communautaire, la ville de Caraquet et un simple citoyen ont présenté une demande d'injonction pour empêcher cette fermeture. Ils font valoir que la fermeture de l'hôpital constituerait une violation des droits linguistiques de la population majoritairement francophone.

À la fin du mois de février 2005, environ 200 manifestants ont bloqué une route pour protester contre la fermeture de l'hôpital. Le blocus a pris fin à la suite d'un délit de fuite. Une mini-fourgonnette a foncé dans une clôture de bois et a heurté un manifestant.

À la fin de janvier 2005, plus de 200 personnes ont défilé dans les rues de Caraquet pour empêcher la fermeture de l'hôpital.

L'hôpital doit être transformé en centre de santé le 1^{er} avril 2005.

18 mars 2005 « Government fights hospital injunction » (Le gouvernement s'oppose à l'injonction), cbc.ca.

1^{er} mars 2005 « N.B. health-care protest ends in hit and run » (Une manifestation pour la santé au Nouveau-Brunswick se termine par un délit de fuite), CBC News.

31 janvier 2005 « Atlantic update » (Le point sur la région de l'Atlantique), Broadcast News.

Le « Comité spécial sur la santé » tient des audiences publiques sur le projet de loi 60, la future Loi établissant la Charte des droits et responsabilités en matière de santé

Un comité multipartite de l'Assemblée législative fait la tournée du Nouveau-Brunswick pour tenir des audiences, dans le cadre de l'examen public du projet de loi 60, la *Charte des droits et responsabilités en matière de santé*. Le projet de loi comprend, entre autres, « le droit d'avoir accès dans un délai raisonnable à des soins de santé, le droit de prendre des décisions éclairées en matière de santé, le droit de recevoir des renseignements pertinents sur les soins de santé et le droit à des enquêtes sur les plaintes ». Cette loi créera aussi un chien de garde de la santé pour en assurer l'application. Le projet de loi encourage les citoyens à « participer aux décisions concernant leurs propres soins de santé, à utiliser les services de santé de manière raisonnable et à choisir des modes de vie sains ».

Le Nouveau-Brunswick dépense peu pour la santé. D'après l'Institut canadien d'information sur la santé, la province est à l'avant-dernier rang pour les dépenses par habitant en santé.

17 février 2005 « Select Committee on Health Care » (Comité spécial sur la santé), *gnb.ca*.

19 janvier 2005 « Open dialogue is healthy » (Le dialogue ouvert est sain), *The Northern Light (Bathurst)*.

10 décembre 2004 « Newfoundland fourth in health spending » (Terre-Neuve se classe au quatrième rang pour les dépenses en santé), *The Telegram (St. John's)*.

HÔPITAUX ET SERVICES PRIVÉS : SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Ottawa menace de porter en arbitrage la décision du Nouveau-Brunswick de ne pas payer les avortements dans les cliniques privées

Le ministre fédéral de la santé, Ujjal Dosanjh, affirme que le refus de la province de payer pour tous les avortements pourrait lui valoir des amendes. Actuellement, les avortements sont assurés par l'assurance-maladie de la province lorsqu'ils sont approuvés par deux médecins et pratiqués dans un hôpital. Cependant, la plupart des hôpitaux ont cessé de pratiquer des avortements, selon le rédacteur en chef du *Moncton Times*. La *Loi canadienne sur la santé* prévoit que l'assurance-maladie doit couvrir les actes médicaux. Mais le Nouveau-Brunswick persiste à ne pas payer les avortements dans les cliniques privées.

Cet avertissement du gouvernement fédéral survient après qu'un juge du Manitoba ait statué, en décembre 2004, que le refus de payer des avortements violait le droit des patientes à l'assurance-maladie.

27 janvier 2005 « N.B. premier says province stands by policy not to pay for private abortions » (Le Nouveau-Brunswick maintient sa politique de non-paiement des avortements dans les cliniques privées), Canadian Press Newswire

26 janvier 2005 « An editorial from the Moncton Times and Transcript » (Éditorial du MonctonTimes), Canadian Press Newswire.

26 janvier 2005 « Health Minister Ujjal Dosanjh says he's ready to begin a formal dispute-settlement mechanism »

(Le ministre de la Santé, Ujjal Dosanjh, se dit prêt à entreprendre un mécanisme formel de règlement des conflits), *Broadcast News*.

24 décembre 2004 « Judge rules refusal to pay for abortions violates rights » (Le juge statue que le refus de la province de payer pour des avortements porte atteinte aux droits des patientes), *Winnipeg Free Press*.

Le premier ministre Bernard Lord veut un système de santé à deux vitesses, prétend le premier ministre d'Alberta Ralph Klein

Le service de nouvelles CanWest rapporte que d'après le premier ministre d'Alberta, Ralph Klein, le premier ministre du Nouveau-Brunswick, Bernard Lord, appuie l'idée d'un système de santé à deux vitesses. Canwest cite les propos de M. Klein :

« Si l'Alberta peut le faire (des soins de santé à deux vitesses), les autres provinces aussi. »

17 janvier 2005 « Klein backs down, backpedals and back flips » (Klein exécute un triple salto arrière), *The Daily News (Truro)*.

DIVERS

Soins de longue durée (SLD)

Bonne nouvelle : l'ombudsman du Nouveau-Brunswick recommande que les frais médicaux des soins de longue durée soient assurés par la province et que la cotisation personnelle pour les soins de longue durée soit basée sur le revenu seulement

L'ombudsman provincial Bernard Richard, dans son rapport annuel 2003-2004, a formulé de nouvelles recommandations pour les foyers de soins de longue durée (SLD) du Nouveau-Brunswick. M. Richard suggère notamment que la formule de cotisation personnelle soit transformée pour ne tenir compte que du revenu. Présentement, les frais pour les résidents des établissements de soins de longue durée sont basés non seulement sur leur revenu, mais aussi sur tout leur actif. « Le Nouveau-Brunswick est la

province du Canada où les exigences de liquidation des actifs sont les plus importants pour les clients des foyers de soins de longue durée et leurs familles, affirme l'ombudsman Richard. La *Directive sur la contribution financière uniformisée des familles* appauvrit indûment les résidents et pénalise, directement ou indirectement, leurs familles et leurs personnes à charge. »

L'ombudsman provincial suggère, en deuxième lieu, que « le coût des services de santé prodigués aux résidents des foyers de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick soient assumés par le gouvernement provincial ». Il ajoute que « les résidents de ces foyers sont injustement exclus de la protection qu'offre l'assurance-maladie publique... (les) établissements de soins de longue durée (devraient) fournir les mêmes soins palliatifs médicalement nécessaires qu'en contexte hospitalier. »

C'est aussi ce que croit le député néo-démocrate d'Acadie-Bathurst, Yvon Godin. M. Godin qualifie les politiques du gouvernement pour les foyers de soins de longue durée de « moyennâgeuses » et soutient que le gouvernement provincial devrait appliquer sans attendre les recommandations de l'ombudsman.

Les porte-parole de l'Association 50-plus du Canada sont également de cet avis. « Il est encore temps, pour le Nouveau-Brunswick, disent-ils, de faire ces changements. »

26 janvier 2005 « Ombudsman's nursing home comments hit the mark, says MP Godin »
(Les commentaires de l'ombudsman sur les foyers de soins de longue durée ont visé juste),
The Northern Light (Bathurst).

2003/2004 Annual Report, Office of the Ombudsman, Province of New Brunswick, December 2004
(Rapport annuel 2003-2004, Bureau de l'ombudsman, province du Nouveau-Brunswick, décembre 2004)
22 décembre 2004 « Tommy Douglas would not be impressed with N.B. policy » (Tommy Douglas ne serait pas fier des politiques du Nouveau-Brunswick), *The Northern Light (Bathurst)*.

NOUVELLE-ÉCOSSE [mise à jour le 21 juillet 2005]

2005

HÔPITAUX

Compressions dans les services et licenciements : privatisation furtive

- *Fermetures de salles d'urgence*

Les libéraux de Nouvelle-Écosse disent que depuis 2001, les salles d'urgence des hôpitaux ont été fermées un total de 560 jours, soit l'équivalent d'un an et demi. Certains hôpitaux ont maintenant des affiches clignotantes annonçant si la salle d'urgence est fermée ou ouverte.

18 mai 2005 «*Nova Scotia Liberals say the long list of emergency room closures in the province is becoming critical*», (Les libéraux de Nouvelle-Écosse affirment que la longue liste de fermetures de salles d'urgence dans la province devient un problème très important.) *Broadcast News*.

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Le gouvernement provincial de Nouvelle-Écosse songe à déposer une loi sur les cliniques privées dès l'automne 2005

Le gouvernement Hamm a l'intention de déposer une loi sur les cliniques privées dès cet automne.

Un peu plus tôt cette semaine, le ministre de la Santé, Angus MacIsaac, a déclaré à un chirurgien spécialiste des yeux que sa proposition d'effectuer des opérations remboursées par le système public dans sa clinique privée demeurera en suspens jusqu'à l'adoption de la loi.

M. Hamm dit croire que le débat en profondeur sur l'avenir du système de santé et le rôle du privé aurait dû être entamé depuis longtemps.

16 juin 2005 «*Debate overdue on private-sector role in medical care, Hamm says*», (Le premier ministre Hamm affirme que le débat sur le rôle du secteur privé dans les soins de santé ne doit plus être retardé.) *Halifax Herald*.

Le premier ministre Hamm se penche sur les cliniques privées pendant que la population manifeste

Des manifestants ont marché devant l'Assemblée législative de Nouvelle-Écosse afin de demander au gouvernement de ne pas permettre l'ouverture de cliniques de santé privées dans la province – particulièrement plusieurs nouvelles cliniques qui sont prêtes à ouvrir.

Des cliniques privées de chirurgie esthétique sont en construction au centre-ville de Halifax et à Dartmouth (hôpital chirurgical Scotia) et une clinique privée d'ophtalmologie est sur le point d'ouvrir au West End Mall de Halifax.

L'hôpital chirurgical Scotia doit ouvrir ses portes au cours de l'été 2005.

Dans les contrats les plus récents des médecins, une clause stipule que le gouvernement de Nouvelle-Écosse évaluera s'il est approprié que certains examens et certaines procédures soient effectuées dans des endroits autres que les établissements de soins de santé.

M. Hamm affirme qu'il n'écarte pas la possibilité d'avoir recours aux cliniques privées.

6 mai 2005 «*Protesters march at N.S. legislature against private health clinics*», (Des manifestants marchent devant l'Assemblée législative pour protester contre les cliniques privées.) *Presse canadienne*.

6 mai 2005 «*Health workers protest private hospitals*», (Les travailleurs de la santé manifestent contre les hôpitaux privés.) *novascotia.cbc.ca*.

6 mai 2005 «*Hamm says he won't close his mind to private health clinics*», (John Hamm affirme qu'il ne ferme pas la porte aux cliniques privées.) *The Daily News* (Truro).

5 mai 2005 «*N.S. premier says he won't "close mind" to private health clinics*», (Le premier ministre de la Nouvelle-Écosse affirme qu'il n'écarte pas le recours aux cliniques privées.) *Halifax Daily News*.

29 avril 2005 «*Private hospital to perform public operations*», (Des cliniques privées pratiqueront des opérations assurées par le régime public.) *The Globe and Mail*.

AUTRES

Soins de longue durée

Les médecins inquiets au sujet de l'accès aux soins de longue durée

Les médecins de la Nouvelle-Écosse craignent que l'accès aux lits de soins de longue durée diminue pour les patients. La Nouvelle-Écosse est l'une des seules provinces canadiennes qui impose aux pensionnaires des établissements de soins de longue durée des frais de services médicaux [ce qui réduit l'accès]. L'information est tirée des conclusions régionales d'un sondage national mené en août 2004 par l'Association médicale canadienne (AMC).

16 février 2005 « Doctor shortages, health-care worries vary between provinces » (Les pénuries de médecins et les préoccupations en matière de santé varient selon les provinces), cbc.ca.
http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Release/pdf/2005/2-15a.pdf.
Budget provincial de rechange de la Nouvelle-Écosse, Plan financier 2004-2005, ccpa.ca.

Assurance-médicaments

Bonnes nouvelles : les frais du programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées n'augmenteront pas

En 2005, les frais du programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées n'augmenteront pas. Selon le *Truro Daily News*, le ministre de la Santé, Angus MacIsaac, a annoncé l'injection de 14,2 millions de dollars additionnels au programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées en 2005. Depuis que le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a introduit la notion de participation aux coûts, en 1990, le coût du programme de médicaments d'ordonnance n'a cessé d'augmenter, ce qui a eu des conséquences difficiles pour les personnes à faible revenu. La prime complète s'élève maintenant à 390 \$ par année, une prime que doivent payer les 39 000 personnes âgées participant au régime. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, la Nouvelle-Écosse est la province qui dépense le moins, ou presque, par habitant pour les soins de santé. Les indicateurs de santé des Néo-Écossais sont parmi les plus faibles au pays. Par exemple, la province a le plus haut taux de mortalité due au cancer et le plus haut taux d'arthrite et de rhumatisme au pays.

4 mars 2005 « Holding line on drug costs for seniors is money well spent » (Le maintien du coût des médicaments pour les personnes âgées est de l'argent bien dépensé) *The Daily News* (Truro).
Décembre 2003, « The Effect of Changes in Co-payment and Premium Policies on the Use of Prescription Drugs in the Nova Scotia Seniors' Pharmacare Program » (Effet des changements dans les politiques de participation aux coûts et des primes sur l'utilisation de médicaments dans le programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées en Nouvelle-Écosse) chsrf.ca.
Budget provincial de rechange de la Nouvelle-Écosse, Plan financier 2004-2005, ccpa.ca.

2004

ÉTABLISSEMENT ET SERVICES À BUT LUCRATIF : SANTÉ À DEUX VITESSES

Un médecin du comté de Pictou, la D^{re} Felderhof, a décidé de convertir sa pratique familiale en coopérative de santé administrée par un conseil d'administration formé des patients et des membres de la co-op. Les promoteurs de la co-op ont mentionné des frais de 10 \$ à 25 \$ par mois, ou de 120 \$ à 300 \$ par année pour des services non assurés, incluant l'accès aux soins infirmiers. Tandis que les médecins en pratique privée décident des frais qu'ils exigeront des patients pour des services médicaux non

Service de recherche du SFCP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

assurés (comme renouveler des ordonnances au téléphone, nettoyer les oreilles et remplir des formulaires d'assurance), les centres de santé communautaire n'exigent rien pour les services non assurés. La D^{re} Felderhof a déclaré que les patients qui ne peuvent pas payer ces frais auraient quand même accès aux services assurés à la co-op. Bien que la structure de la co-op soit une bonne idée, le modèle lancé au cours de la semaine du 25 octobre dans le comté de Pictou appliquera quand même deux niveaux de services à une organisation communautaire.

The Daily News, 2 septembre 2004 p 4 (Opinion). « Health co-operatives: New Glasgow initiative could set precedent » (Les coopératives de santé : le projet de New Glasgow pourrait établir un précédent) John Jacobs, Centre canadien des politiques alternatives

New Glasgow Evening News, 28 oct. 2204 pA1. « N.S. docs keep eye on new co-op », (Les médecins de la N.-É. gardent l'œil sur la nouvelle coop) Jennifer Vardy.

La première clinique privée d'IRM de Nouvelle-Écosse ouvre officiellement ses portes six mois après que la société à but lucratif Canadian Diagnostic Services ait reçu son premier patient dans cet établissement. Il y a maintenant trois cliniques privées d'IRM dans la région. Une quatrième devrait ouvrir plus tard cette année au Cap-Breton.

Une quatrième doit ouvrir plus tard cette année à Cap-Breton.

TERRE-NEUVE ET LABRADOR [mise à jour le 21 juillet 2005]

2005

HÔPITAUX

Compressions dans les services et licenciements : privatisation furtive

- Les manifestations pour les soins de santé se poursuivent malgré les changements apportés au rapport Hay

Environ 1 000 personnes ont participé à une manifestation pour dénoncer la pénurie de médecins au Centre de santé Dr. Charles L. LeGrow et les recommandations portant sur les réductions de coûts contenues dans un rapport de consultation.

Le rapport a été rédigé par le groupe Hay d'experts-conseils sur les soins de santé, anciennement de la Western Health Care Corporation et le Conseil régional des services de santé Grenfell.

Parmi les histoires entendues lors de la manifestation, mentionnons cette famille d'une région rurale qui a été dans l'obligation de se rendre 14 fois à Corner Brook pour des traitements de dialyse. Plusieurs personnes de cette région ont eu à se déplacer jusque sur la côte ouest de la province et ce, dans toutes sortes de conditions météo.

Un adjoint au maire a déclaré : « L'hôpital de la région offre plusieurs services, mais il faut en ajouter de nouveaux pour être en mesure de répondre aux besoins. Les compressions à l'hôpital LeGrow durent depuis trop longtemps ».

Plusieurs personnes se demandent si le forum est toujours nécessaire après le rejet, par le gouvernement, de plusieurs des recommandations sur les soins de santé contenues dans le rapport Hay.

L'adjoint au maire, M. Button, dit qu'il faut être particulièrement attentif à un passage du rapport Hay, le passage qui parle des « niveaux actuels ».

Debbie Forward, présidente du Syndicat des infirmiers et infirmières de Terre-Neuve et Labrador, a dit avoir assisté à trois rencontres publiques sur les soins de santé. Elle a souligné que le rejet de certaines des recommandations du rapport Hay était une bonne chose.

7 mai 2005 «We don't deserve 'road show' health care, rally told», (Nous n'avons pas besoin d'une tournée de présentation des soins de santé, a-t-on dit à la manifestation.) *Western Star* (Corner Brook).

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES À BUT LUCRATIF : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Le ministre de la Santé est un partisan des soins de santé à but non lucratif et publics

Le ministre de la santé de Terre-Neuve et Labrador affirme que son gouvernement est déterminé à renforcer le système public existant de soins de santé.

Le ministre John Ottenheimer a déclaré qu'il n'était pas inquiet du jugement de la Cour suprême sur les soins privés et que la province croit fermement à un accès à des soins de qualité pour tous, peu importe la capacité de payer.

15 juin 2005 «Province committed to public system», (La province est déterminée à préserver le système public.) *St. John's Telegram*.

Hôpitaux

Compressions de services et mises à pied : la privatisation en douce

- *Le SCFP condamne le « Rapport Hay » qui recommande des fermetures dans la province*

Le gouvernement de Terre-Neuve et Labrador a confié au Comité consultatif Hay sur les soins de santé le mandat d'entreprendre un « examen des meilleures pratiques » de la Western Health Care Corporation et du Conseil régional des services de santé Grenfell dans les régions rurales de Terre-Neuve. Surnommée le « Rapport Hay », l'étude recommande que les services de chirurgie et d'obstétrique de l'hôpital Sir Thomas Roddick à Stephenville soient fermés et déménagés à l'hôpital Western Memorial Regional à Corner Brook. Les services de santé du Centre de santé Dr Charles L. Legrow, à Port-aux-Basques, pourraient aussi être interrompus. Les deux études contiennent 270 recommandations de « réduction des coûts ».

À cause de ces fermetures, la maternité la plus proche, pour les femmes qui accouchent, se trouvera à trois heures de voiture. Les patients des services d'urgence devront aussi parcourir de longues distances.

Le président du SCFP de Terre-Neuve et Labrador, Wayne Lucas, a visité cette région du nord de Terre-Neuve. Selon lui, « certains médecins de famille ont déjà quitté la région et il se pourrait que certains spécialistes partent aussi, parce qu'ils refusent d'être laissés dans l'incertitude quant à la prestation des soins ».

Service de recherche du SCFP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

Après la présentation du budget provincial (en mars 2005), un rassemblement public a eu lieu pour dénoncer l'attitude du gouvernement, qui étudie toujours la possibilité d'appliquer les recommandations du rapport Hay.

8 avril 2005 « Wayne Lucas to tour Northern Peninsula week of April 11 » (Wayne Lucas fera une tournée dans la péninsule Northern le 11 avril), *scfp.ca*.

21 mars 2005 « 2005 Budget Response » (Réactions au budget), *nlu.nf.ca*.

28 février 2005 « Goes too far » (Ça va trop loin), *The Western Star*.

24 février 2005 « Government releases best practices reviews of Western and Grenfell » (Le gouvernement publie l'étude des meilleures pratiques de Western and Grenfell), *releases.gov.nl.ca*.

DIVERS

Soins de longue durée

L'hôpital de soins de longue durée Chancellor Park poursuit le gouvernement provincial

Au moment où Terre-Neuve décide du statut (public ou privé) de l'hôpital de soins de longue durée de la région de Corner Brook-Bay of Islands, le gouvernement provincial fait face à une poursuite intentée par l'hôpital privé Chancellor Park, à St-John's. Les avocats de Chancellor Park allèguent que le foyer de soins infirmiers a été forcé de signer, avec le gouvernement, un contrat qui leur a causé des pertes financières. Cette poursuite civile est devant la Cour suprême de Terre-Neuve.

29 janvier 2005 « Lawyer says nursing home was threatened into signing contract » (L'avocat affirme que l'hôpital a été forcé de signer le contrat), *The Western Star* (Corner Brook).

20 janvier 2005 « Contradictions could be from problems with recollection: judge » (Le juge : les contradictions sont peut-être dues à une mémoire défaillante), *The Western Star* (Corner Brook).

18 janvier 2005 « Official refutes contract allegations » (Un fonctionnaire réfute les allégations de Chancellor Park au sujet du contrat), *The Telegram* (St. John's).

15 janvier 2005 « Top civil servant contradicts witnesses' testimony » (Un haut-fonctionnaire contredit le témoin), *The Western Star* (Corner Brook).

15 janvier 2005 « Round 1 to Chancellor Park » (Chancellor Park gagne la première manche), *The Telegram* (St. John's).

14 janvier 2005 « Nursing home CEO denies initially key document » (Le directeur du foyer de soins conteste le contenu du document initial), *The Telegram* (St. John's).

13 janvier 2005 « Consultants paved way for contract, court told » (Les consultants ont préparé la voie pour le contrat, apprend la cour), *The Telegram* (St. John's).

12 janvier 2005 « Promise broken: lawyer » (L'avocat : le gouvernement n'a pas tenu ses promesses), *The Telegram* (St. John's).

Nouveau foyer de soins privé à Stephenville

Une nouvelle maison de retraite privée appelée « Village Acadien » a ouvert ses portes à Stephenville, le 13 janvier 2005. La maison ne compte que 10 pensionnaires alors qu'elle peut en accueillir 70. Jason Hurley, propriétaire de la maison, possède aussi un hôpital privé de soins de longue durée à Old Perlican, dans la région de Conception Bay.

24 janvier 2005 « Acadian Village retirement complex now open in Stephenville »
(La maison de retraite « Acadian Village » est maintenant ouverte à Stephenville),
The Western Star (Corner Brook).

Compressions de services et mises à pied : la privatisation en douce

- *Mises à pied (par attrition) pour le personnel des cuisines de l'hôpital de soins de longue durée de St-John's*

Le Conseil des foyers de soins infirmiers de St-John's ne remplacera pas les travailleuses et les travailleurs retraités des deux cuisines du complexe de soins de longue durée Hoyles-Escasoni. De plus, l'employeur est accusé d'utiliser des tactiques de fier-a-bras pour empêcher le personnel de parler publiquement de la fermeture.

13 janvier 2005 « Things heating up in the kitchen » (Ça chauffe aux cuisines),
The Telegram (St. John's).

BONNES NOUVELLES

Le premier ministre Williams a annoncé qu'un établissement de soins de longue durée à Corner Brook serait construit en tant qu'établissement public.

29 septembre 2004, p 1, « Premier keeps commitment to long-term care facility » (Le premier ministre respecte l'engagement qu'il a pris pour l'établissement de soins de longue durée)
Greg Davis, *The Humber Log*,

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD [mise à jour le 21 juillet 2005]

2005

HÔPITAUX

Compressions dans les services et licenciements : privatisation furtive

- *La centralisation de l'administration signifiera-t-elle des compressions dans les services ?*

La reconstruction générale du système public des soins de santé du gouvernement conservateur a été lancée jeudi avec le dépôt de huit projets de loi qui auront notamment pour effet la dissolution des directions sanitaires et la création d'un nouveau ministère des Services sociaux.

Ces changements auront aussi pour effet de donner plus de pouvoir au ministre de la Santé et d'abolir 180 emplois.

Selon ces changements, la gestion des deux principaux hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard – le Prince County de Summerside et le Queen Elizabeth de Charlottetown – sera de la responsabilité du ministère alors que la gestion des hôpitaux de O'Leary, Alberton, Tyne Valley, Souris et Montague sera confiée à des conseils de communauté.

Le ministre de la Santé nommera d'abord des conseils d'hôpitaux de 5 membres, mais le gouvernement espère que des conseils élus de sept membres pourront être en place à temps pour le budget provincial de 2006-2007. Certains membres des actuelles directions sanitaires auront la possibilité de siéger sur les conseils hospitaliers.

Une loi doit encore être présentée dans le cadre de cette réforme. La *Loi sur les hôpitaux* doit être rédigée cet été et faire l'objet d'un débat au cours de la session législative de l'automne.

20 mai 2005 «Province begins restructuring of health system», (La province entreprend la restructuration du système de santé.) *The Guardian* (Charlottetown).

SOUS-TRAITANCE

Les propriétaires de services ambulanciers privés négocient avec le gouvernement

Service de recherche du SCFP national

Les propriétaires des services ambulanciers à but lucratif se sont rencontrés récemment à Summerside afin de discuter des négociations à venir avec la province. Claude Gavin est le propriétaire de Rooney's Ambulance à Alberton, Doug MacDonald est propriétaire de Neil's Ambulance, Gerard Holland est propriétaire des Services médicaux d'urgence Kings County, Jed Burt est propriétaire de Royal Ambulance à Summerside et Steven Ellis est propriétaire de West Prince Ambulance.

Leur contrat actuel prendra fin en mars 2006.

Au cours des dernières semaines, des préoccupations ont été émises à propos de la pénurie de ressources, notamment du manque occasionnel d'ambulances à Charlottetown. Récemment à Charlottetown les ambulances locales n'étant pas disponibles, il a fallu avoir recours aux pompiers pour venir en aide à une victime d'infarctus. De plus, les services ambulanciers peuvent imposer des frais d'utilisateur de 150 \$ par déplacement.

21 juillet 2005 «Ambulance owners prepare for negotiations with gov't», (Les propriétaires d'ambulances se préparent à la négociation avec le gouvernement.) *The Journal-Pioneer* (Summerside).

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES PRIVÉS : SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Le premier ministre Pat Binns se dit préoccupé par les soins de santé privés

Le premier ministre Pat Binns semble préoccupé par la question des soins de santé à but lucratif. Il a déclaré au service de nouvelles de la CBC que nous ne devrions pas avoir de soins de santé à deux vitesses dans ce pays.

M. Binns a ajouté qu'il est préoccupé par la possibilité que le secteur privé puisse concurrencer directement le gouvernement dans le domaine de la prestation des soins de santé.

« Je crois qu'en bout de ligne, il est de la responsabilité du gouvernement de voir aux intérêts de ceux et celles qui sont le moins en mesure de le faire. Et les gens à faible revenu ne seront pas en mesure de se procurer des soins de santé du privé au même titre que les Canadiens des classes moyenne et privilégiée », a déclaré M. Binns en entrevue avec le *New Brunswick Times & Transcript*.

M. Binns participait à la rencontre du Conseil des premiers ministres de l'Atlantique à St-Jean.

16 juin 2005 «Private sector no 'bogeyman' to health care: Lord, Premier says debate should be on what role private sector plays, not whether it will have role», (Le secteur privé n'est pas le bonhomme sept heures du système de santé. Le premier ministre Lord dit que le débat doit porter sur le rôle du privé

Service de recherche du SFCP national

dans le système de santé, pas sur la pertinence qu'il y joue un rôle ou pas.) *New Brunswick Times & Transcript*.

15 juin 2005 «Atlantic premiers want open discussion on health care», (Les premiers ministres de l'Atlantique veulent un débat ouvert sur les soins de santé.) *CBC News*.

HÔPITAUX

Compressions de services et mises à pied : la privatisation en douce

- *Les amis du SMH (l'hôpital Stewart Memorial) organisent des pétitions et des rassemblements pour la réouverture de son service des urgences*

Le service des urgences de l'hôpital Stewart Memorial de Tyne Valley à l'Île-du-Prince-Édouard, dans la région sanitaire d'East Prince, a fermé ses portes le 7 octobre 2004. Le ministre de la Santé, Chester Gillan, a déclaré qu'un rapport du Conseil canadien d'agrément des services de santé considérait que ce service présentait un haut niveau de risque et exposait la province à des poursuites en cas de problème. Des anciens médecins du SMH ont affirmé que des patients qui doivent conduire 40 km pour se rendre à l'hôpital le plus proche mettent leur vie en danger.

Les amis du SMH, qui ont organisé un rassemblement pour empêcher la fermeture de l'urgence, se demandent comment le rapport d'agrément a pu devenir si défavorable à l'urgence en si peu de temps. Les amis du SMH ont aussi présenté au premier ministre Pat Binns une pétition en faveur de la réouverture de l'urgence. Des syndicats, d'autres groupes et de simples citoyens font partie des amis du SMH.

La pétition demande également que la province s'engage envers tous les hôpitaux ruraux de l'Î.-P.-É. En 2004, par exemple, le gouvernement provincial a fermé des salles d'urgence de la Régie sanitaire de West Prince.

28 décembre 2004 « Premier Pat Binns says this year the province... » (Le premier ministre Pat Binns dit que cette année la province...), *The Guardian* (Charlottetown).

5 octobre 2004 « Government closes Stewart's emergency room » (Le gouvernement ferme l'urgence du Stewart Memorial), *cbc.ca/pei*.

7 octobre 2004 « Residents lose fight for emergency service » (Les résidents perdent la bataille pour le service d'urgence), *pei.cbc.ca*.

23 octobre 2004 « Friends of Stewart Memorial Hospital start petition drive » (Les amis du SMH lancent une pétition), *The Journal-Pioneer* (Summerside).

HÔPITAUX ET SERVICES PRIVÉS : DES SOINS DE SANTÉ À DEUX VITESSES

Le « programme de renouvellement de la main-d'œuvre » mènera à des mises à pied par attrition et ouvrira la porte à la privatisation – le SCFP contre-attaque

Service de recherche du SCFP national

**L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005**

Le gouvernement prévoit abolir 500 emplois dans le secteur public, par retraite anticipée (ou attrition) pour réaliser son programme de renouvellement de la main-d'œuvre. La province a refusé d'exclure l'idée de la sous-traitance ou de la privatisation.

Le SCFP de l'Î.-P.-É. a lancé une campagne de publicité dans laquelle il demande au gouvernement de revenir à sa tradition de consulter les syndicats du secteur public. Les publicités radiophoniques mettent en relief la qualité des services publics fournis par les membres du SCFP. Les membres du SCFP qui faisaient partie des comités de « renouvellement de la main-d'œuvre » ont cessé de participer aux rencontres en décembre 2004. Le gouvernement a mis ces comités sur pied en juin 2004.

1^{er} avril 2005 « P.E.I. government criticized for unilateral decision » (Le gouvernement de l'Î.-P.-É. critiqué pour sa décision unilatérale), *cupe.ca*.

25 février 2005 « CUPE PEI gears up for fight over anticipated budget cuts » (Le SCFP Î.-P.-É. se prépare à lutter contre les compressions anticipées dans le budget), *cupe.ca*.

15 février 2005 « CUPE argues against program renewal » (Le SCFP démonte les arguments en faveur du programme de renouvellement de la main-d'œuvre), *pei.cbc.ca*.

6 décembre 2004 « Meeting fails to end CUPE fears of review » (La réunion n'a pas réussi à dissiper les craintes du SCFP au sujet de l'examen) *The Guardian* (Charlottetown).

2 décembre 2004 « 'Renewal' just another word for cuts: Ghiz » (Ghiz : « renouvellement » n'est qu'un autre mot pour « compressions »), *pei.cbc.ca*.

Des compressions et des frais d'usager pour le programme de soins dentaires pour enfants

L'Î.-P.-É. a instauré une quote-part de 20 % dans son programme de soins dentaires pour enfants. Depuis sa création, en 1971, ce programme était couvert par l'assurance-maladie pour les enfants de 3 à 16 ans. Le maximum de revenus au-delà duquel une famille peut avoir à payer des frais d'usager a été abaissé.

Mémoire présenté par la Fédération du travail de l'Î.-P.-É. au gouvernement.

DIVERS

Soins de longue durée

Un nouvel hôpital privé de soins de longue durée ouvrira ses portes à Summerside

L'ancien hôpital de Prince County est en rénovation et deviendra le Parkhill Place, un hôpital privé de soins de longue durée. Cet hôpital privé sera pourvu de 50 lits et son ouverture est prévue pour juillet 2005.

Service de recherche du SCFP national

L'innovation dénoncée
Le 21 juillet 2005

24 février 2005 « Summerside », *The Guardian* (Charlottetown).

Pétition pour une loi sur les préposés aux soins

Les préposés aux soins de longue durée ont présenté au gouvernement une pétition de plus de 470 signatures en faveur de l'adoption d'une loi sur les préposés aux soins. Cette loi régirait les foyers privés et publics de soins de longue durée et assurerait des normes de sécurité et de soins. À l'heure actuelle, il pourrait y avoir des foyers privés de soins de longue durée qui fonctionnent avec du personnel ne possédant pas les compétences voulues. Tous les foyers de soins de longue durée de la province doivent engager du personnel compétent.

4 décembre 2004 « Professional caregivers seeking new legislation » (Les soignants professionnels demandent une nouvelle législation), *The Guardian* (Charlottetown).

Vous connaissez d'autres cas de privatisation dans le secteur de la santé ? Faites parvenir les renseignements et les sources à :

Syndicat canadien de la fonction publique

Service de recherche

Research@cupe.ca

(613) 237-1590

:as/sepb491

Research/HC_National\Privatization\Innovation Exposed\Revised July 21, 2005-fr.doc