

Fiches d'information

- **10 raisons pour participer** à la lutte contre les soins de santé à but lucratif
- **10 autres raisons** pour lesquelles les soins de santé à but lucratif ne sont pas une bonne idée
- **Hôpitaux 3P** : il n'y a plus de secret
- **Les cliniques à but lucratif** : un danger pour la santé publique
- Ce sont les travailleuses et travailleurs qui assument le coût de la **désassurance**
- **En Colombie-Britannique, l'attaque lancée** contre les services de soutien est un avertissement pour les autres provinces
- **Les travailleuses et travailleurs du nettoyage et de l'entretien ménager** sont essentiels aux soins
- **Les travailleuses et travailleurs des services de buanderie** sont essentiels aux soins
- **Les travailleuses et travailleurs des services d'alimentation** sont essentiels aux soins
- **La fraude** est un fléau dans les soins de santé privés
- Les soins de santé ont besoin d'un **financement** accru
- **Commissions et comités** sur les soins de santé

hgb*siepb491

10 raisons pour participer à la lutte contre les soins de santé à but lucratif

- 1 Vous êtes plus susceptible de mourir dans un hôpital ou une clinique à but lucratif que dans un établissement sans but lucratif.
- 2 Votre famille et vous-même pourriez être incapables de vous faire soigner au moment où vous en aurez besoin. On pourrait refuser de vous soigner si vous ne pouvez pas payer.
- 3 Vous devrez payer vous-mêmes vos soins de santé, soit en déboursant des frais d'utilisateur, soit par des primes d'assurance ou des quotes-parts. Vous pourriez retarder le moment de vous faire soigner si vous ne pouvez pas payer – ce qui menacerait votre santé ou celle de vos proches.
- 4 Vous pourriez devoir attendre plus longtemps avant d'obtenir des soins, à moins que vous ne soyez en mesure de payer davantage.
- 5 Rien ne garantit que vous aurez droit à des normes acceptables en matière de propreté et de qualité de la nourriture. Ce sont les services de soutien qui garantissent la sécurité, la propreté et la protection contre les infections dans les établissements de santé. La négligence coûte des vies.
- 6 Vous n'aurez pas l'assurance que le personnel soignant est correctement formé, ni équitablement traité. Un taux élevé de roulement du personnel entraîne une détérioration de la qualité des soins.
- 7 Vous n'aurez pas de couverture garantie pour les soins dont vous avez besoin. Si vous changez d'emploi, si vous le perdez ou si vous êtes licencié, vous pourriez très bien vous retrouver sans couverture médicale.

-
- 8 Vous risquez de devoir vendre tout ce que vous possédez et d'être obligé de déclarer faillite si vous devez payer pour des soins médicaux imprévus.
 - 9 À la table de négociation, vous et votre syndicat devrez vous battre pour obtenir un programme d'assurance-maladie. Vous devrez accepter une diminution de vos avantages sociaux pour obtenir une assurance-maladie et vous devrez sans doute faire des concessions en matière de régime de retraite, de salaire et de sécurité d'emploi pour obtenir une couverture que vous prenez maintenant pour acquise. Si vous travaillez dans le secteur de la santé, vous subirez des diminutions de salaires, d'avantages sociaux et de sécurité d'emploi.
 - 10 Vous faites partie de la première ligne de défense contre la privatisation et la sous-traitance de tous les secteurs de notre système de santé. Ensemble, nous pouvons défendre les emplois et les services et veiller à ce que chaque dollar dépensé le soit pour des soins – et non pour des profits.

Si vous êtes une travailleuse ou un travailleur de soutien du secteur de la santé, votre emploi est menacé. Si vous êtes une femme, un pauvre, un jeune, une personne âgée, si vous avez des enfants, si vous être une personne issue de minorité visible, si vous êtes une personne ayant un handicap ou si vous faites partie d'un groupe vulnérable, il est encore plus probable que vous ressentirez les effets néfastes de la privatisation des soins de santé.

hgb*siepb491

10 autres raisons pour lesquelles les soins de santé à but lucratif ne sont pas une bonne idée

1 La qualité des soins diminuera

Les entreprises de soins à but lucratif rognent sur la qualité pour assurer leurs profits. Une étude sur les hôpitaux privés publiée dernièrement dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* concluait que les taux de mortalité sont plus élevés dans les hôpitaux à but lucratif que dans les hôpitaux sans but lucratif.

Une étude semblable, qui comparait les cliniques à but lucratif et sans but lucratif aux États-Unis, constatait les mêmes résultats – les patients en dialyse étaient plus susceptibles de mourir dans une clinique à but lucratif.

Des entreprises de soins de longue durée à but lucratif ont été poursuivies aux États-Unis parce qu'elles offraient des soins dont la qualité était inférieure aux normes exigées par la loi. L'une des meilleures façons d'accroître les profits est de réduire le personnel. Des études américaines montrent que le nombre d'infirmières et infirmiers et d'aides-infirmières et aides-infirmiers est insuffisant dans neuf foyers de soins sur dix, ce qui entraîne des niveaux de soins inacceptables et des centaines de décès chaque année.

2 Les délais d'attente augmenteront

La diminution des délais d'attente grâce aux services de santé privés est un mythe. Une étude effectuée sur les délais d'attente pour les chirurgies de la cataracte au Manitoba montrait que l'attente augmentait lorsque les médecins opéraient tant dans le secteur privé que dans le secteur public. En Alberta, l'attente était moins longue pour les chirurgies de la cataracte effectuées dans le système public à Edmonton qu'à Lethbridge, où les chirurgies étaient sous-traitées au secteur privé.

3 Les coûts grimperont

Les soins de santé privés entraînent des coûts administratifs plus élevés, ce qui diminue d'autant les dollars consacrés directement au soin des patients. Aux États-Unis, où l'on retrouve le plus important système de santé privatisé au monde, les dépenses en santé comptent pour 14 pour cent de la valeur totale des biens et services produits (PIB) – et 42 millions d'Américaines et d'Américains sont sans assurance. Le système public et sans but lucratif du Canada est plus efficace, offre de meilleurs résultats et assure une couverture universelle, tout en ne consommant que neuf pour cent du PIB.

4 Les riches passeront à l'avant de la file d'attente

Les cliniques privées permettront à celles et ceux qui peuvent s'offrir des services de diagnostic privés de passer avant tout le monde dans le système public pour recevoir leur traitement. Quant à celles et ceux qui ne peuvent pas payer – la plupart du temps des femmes, des enfants et des personnes marginalisées – les traitements leur seront refusés, ou ils devront attendre plus longtemps.

5 Les impôts canadiens serviront à engraisser les profits des entreprises

Les soins de santé privés détournent vers les profits des entreprises les dollars des impôts qui devraient être consacrés au soin des patients. Les cliniques privées, les services sous-traités et les partenariats public-privé utilisent tous des deniers publics pour subventionner des profits privés. En Ontario, des fonds fédéraux destinés à de l'équipement médical ont déjà été accordés à une entreprise à but lucratif pour lui permettre d'acheter du matériel de diagnostic. Chaque sou des dépenses en santé doit servir à prodiguer des soins – et non à accroître les profits des entreprises.

6 Les Canadiennes et les Canadiens devront payer plus

Les Canadiennes et les Canadiens devront payer de leur poche leurs soins de santé. Ces coûts supplémentaires viendront des frais modérateurs, de la surfacturation, de l'augmentation des primes ou des concessions qu'il faudra faire à la table de négociation pour conserver une assurance-santé acceptable. Dans un système à deux vitesses, les Canadiennes et les Canadiens risqueront la faillite lorsqu'ils devront assumer le coût de services de santé privés pour eux-mêmes ou pour des personnes chères.

7 Certaines personnes n'auront aucune assurance

Sans système de santé public et universel, 42 millions d'Américaines et d'Américains n'avaient aucune assurance-santé en 2002. Plus de 58 millions d'entre eux se retrouveront, à un moment ou à un autre de leur vie, sans assurance.

8 La privatisation menace les principes de la Loi canadienne sur la santé

L'universalité – Les soins à but lucratif sont des soins « métropolitains ». Les provinces qui sont de « petits marchés » et les régions rurales et éloignées ne seront pas considérées comme des « centres de coûts » rentables. En conséquence, les entreprises ne voudront pas assurer de services dans ces régions.

L'accessibilité – Les soins de santé privés à but lucratif permettront à ceux et celles qui peuvent payer de « resquiller », c'est-à-dire de passer avant les autres. Les hôpitaux et les cliniques à but lucratif limiteront le nombre de lits ou de services pour garantir la pleine capacité – et des profits maximums. Ainsi, il y aura moins de lits – et les petites collectivités pourraient devoir s'en passer carrément.

La transférabilité – Certaines provinces privatiseront plus que d'autres, ce qui donnera lieu à une mosaïque de systèmes de soins un peu partout au pays. Les Canadiennes et les Canadiens pourraient être assurés dans certaines provinces, mais pas dans d'autres.

L'administration publique – Le financement en santé pourrait aller directement aux entreprises à but lucratif, avec peu ou pas d'obligation de rendre compte. Les sociétés à but lucratif géreront et administreront d'importantes sommes d'argent public, sans supervision du gouvernement.

L'intégralité – Pressées par les entreprises privées et désireuses de réduire les impôts, les provinces « désassurent » des services ou excluent de nouveaux services de l'assurance-maladie. En conséquence, la couverture de l'assurance-maladie publique rétrécit.

9 Les accords commerciaux pourraient enchâsser la privatisation

La privatisation mine les protections en matière de santé dont le gouvernement canadien affirme qu'elles existent dans l'ALÉNA et l'AGCS. Les soins à but lucratif diminuent la force de notre argument lorsque nous affirmons que ces services devraient être considérés comme des services sociaux fournis par le secteur public. Lorsque les gouvernements permettent la privatisation des soins de santé, il devient très difficile d'inverser le processus et de restaurer les services publics. Deux études commandées par la Commission Romanow confirment la réalité de ces dangers.

10 Les collectivités – et les travailleuses et travailleurs – paieront le prix

Le système public de santé est un employeur majeur (hôpitaux, soins de longue durée, soins à domicile, cliniques de santé communautaire, unités de santé publique, garderies, etc.). Les services de soutien en santé sont particulièrement menacés par la sous-traitance et la privatisation. Les services d'alimentation, de nettoyage et de buanderie sont des sources de revenus qui font vivre des familles et qui assurent à leurs titulaires – surtout des femmes, des personnes de minorité visible et de nouveaux immigrants et immigrantes – de bons emplois et de bonnes conditions de travail.

La privatisation du travail de soutien en santé nuira aux villes et aux villages, surtout aux plus petites collectivités. Les entrepreneurs privés offrent de moins bons salaires et moins d'avantages sociaux, et misent beaucoup sur le travail à temps partiel et occasionnel. Ils sont également moins susceptibles de faire des affaires dans de petites collectivités, ce qui peut avoir des conséquences dévastatrices pour une économie locale.

Les soins de santé à but lucratif feront aussi très mal aux employeurs. À mesure que le coût des avantages sociaux grimpera, les employeurs devront diminuer leurs propres coûts, souvent aux dépens des travailleuses et travailleurs et des collectivités.

hgb*siepb491

Hôpitaux 3P : il n'y a plus de secret

Le secret des partenariats public-privé (3P) dans les hôpitaux est dévoilé : les 3P n'améliorent pas le service et ils ne valent pas ce qu'ils coûtent.

Mais les 3P changent fondamentalement la propriété des hôpitaux canadiens qui, d'établissements sans but lucratif, deviennent des entreprises à but lucratif. Le financement des soins de santé et la prestation des services seront changés à jamais.

Qu'est-ce qu'un hôpital 3P ?

Les 3P sont la dernière tendance en matière de privatisation des établissements et des services publics. Ils sont modelés sur les initiatives de financement privé (IFP) britanniques instaurées par Margaret Thatcher en 1992. En vertu de ces initiatives, une société privée peut financer, construire, posséder et exploiter l'édifice, puis l'offrir en cession-bail à une régie de la santé ou à un conseil d'hôpital local, avec profit bien sûr.

Plusieurs projets d'hôpitaux 3P sont en cours au Canada – l'hôpital MSA à Abbotsford, en Colombie-Britannique, l'Hôpital Général de Vancouver, le Centre William Osler à Brampton, en Ontario, l'Hôpital Royal d'Ottawa et un hôpital d'Uxbridge, aussi en Ontario. Le Nouveau-Brunswick et certaines régies locales de la santé dans d'autres collectivités vantent aussi les hôpitaux 3P comme solution à leurs problèmes.

Pourquoi des 3P ?

Les 3P sont un rusé stratagème pour berner les contribuables. D'abord, les gouvernements coupent les fonds publics destinés à la construction de nouveaux hôpitaux. Puis ils proposent des 3P avec contrats de location de 25 à 60 ans, en affirmant que ces baux ne sont pas des dettes. Avec cette logique, on fait croire aux Canadiennes et aux Canadiens qu'ils n'ont d'autre choix que d'accepter les 3P s'ils veulent un nouvel hôpital. Rien n'est moins vrai.

Les 3P ne passent pas le test

Avec les hôpitaux 3P, le nombre de lits d'hôpitaux diminue, les listes d'attente s'allongent, la qualité des soins se détériore et les emplois disparaissent. Au Edinburgh Royal Infirmary, au Royaume-Uni, les 3P ont entraîné une diminution des lits de 30 pour cent et une réduction du personnel de 25 pour cent – et le contrat de location de 30 ans a coûté à la population 1,8 milliard de livres de plus que si la propriété de l'hôpital avait été publique.

Les 3P coûtent plus cher

Il en coûte plus cher au secteur privé pour financer une construction. Par exemple, au Royaume-Uni, le financement privé a accru de 39 pour cent le coût d'hôpitaux 3P à North Durham, Carlisle et Worcester.

En outre, les sociétés britanniques refinancent leurs prêts à un taux inférieur après la construction, sans modifier l'entente 3P avec le gouvernement, ce qui leur permet de récolter des profits, mais fait perdre des millions de livres aux contribuables.

Une dette est une dette

Les 3P ne permettent pas de réduire la dette publique. Bien qu'un tour de passe-passe comptable puisse permettre de transférer les coûts de location aux budgets d'exploitation, les vérificateurs ne sont pas dupes, tant au Canada qu'au Royaume-Uni. Des paiements de location bloqués pendant 25 à 60 ans restent une dette pour le gouvernement.

Que vous soyez lié à un bail de 30 ans ou à une hypothèque de 30 ans, ce sont deux obligations financières à long terme. Mais l'hypothèque vous coûtera moins cher – et vous contrôlerez votre actif.

La qualité des soins diminue

Les 3P réduisent les niveaux de dotation en personnel pour faire des profits. Les délais d'attente augmentent parce que le nombre de lits diminue. Les raccourcis dans la conception servent bien les profits de l'entreprise, mais menacent la qualité des soins. Parce que l'on a voulu faire des économies, les systèmes de ventilation et de climatisation de l'air sont inadéquats, la tuyauterie et les égouts fuient, il y a des problèmes électriques et les aires de travail sont surpeuplées.

Les économies locales souffrent

Les hôpitaux 3P éliminent de bons emplois payants. Les travailleuses et travailleurs ont de moins bons salaires, moins d'avantages sociaux, aucun régime de retraite, aucune sécurité d'emploi, aucune protection syndicale et de moins bonnes conditions de travail.

Lorsque les 3P échouent ...

- Les projets restent en suspens. Par exemple, l'hôpital Bodmin (R.-U.).
- Les entreprises doivent être renflouées. Par exemple, l'Edinburgh Royal Infirmary (R.-U.) aura besoin d'une aide de 24 millions de livres par année pour atteindre le seuil de rentabilité.
- Les économies annoncées s'envolent. Par exemple, l'hôpital Dartford et Gravesham (R.-U.) n'a pas livré les économies promises de 12 millions de livres – et, dans les faits, a dû recevoir 4 millions de livres de plus pour respecter ses engagements.

Les hôpitaux 3P ne sont pas une bonne valeur pour l'argent investi

Les contrats 3P prévoient toujours un pourcentage de retour pour l'entreprise à cause du « risque ». Pourtant, l'expérience montre que ce sont les contribuables, les patients et les travailleuses et travailleurs qui doivent supporter le véritable risque.

À Abbotsford, en Colombie-Britannique, un rapport de PricewaterhouseCoopers établit l'avantage du secteur privé à une mince marge de un pour cent et, encore, uniquement si les conventions collectives sont déchirées et que la loi du travail est modifiée.

Les hôpitaux à but lucratif sont mauvais pour la santé

Les hôpitaux 3P sont un pas de géant vers des hôpitaux complètement privés. Vous êtes plus susceptible de mourir dans un hôpital à but lucratif que dans un établissement sans but lucratif. Les taux de mortalité des patients sont plus élevés de 2 pour cent dans les hôpitaux à but lucratif – 9 pour cent pour les nouveau-nés.

Des médecins du plus grand hôpital à but lucratif des États-Unis (propriété de Tenet) font l'objet d'une enquête parce qu'ils auraient effectué des chirurgies cardiaques inutiles afin de faire plus d'argent.

Quelle est la solution ?

Ça, ce n'est pas un secret. Nous avons besoin de nouveaux hôpitaux. Les gouvernements peuvent emprunter à de bien meilleurs taux d'intérêt que les entreprises du secteur privé. Il faut rester public. Ce n'est que le gros bon sens.

hgb*siepb491

Les cliniques à but lucratif : un danger pour la santé publique

Les cliniques à but lucratif sont une première étape vers la privatisation des soins de santé. La récente augmentation du nombre de cliniques à but lucratif au Canada représente une nouvelle menace pour notre système d'assurance-maladie.

Le pays compte déjà 20 cliniques d'IRM* privées et l'Ontario vient d'annoncer son intention de créer 20 cliniques d'IRM à but lucratif et cinq cliniques de TO* à but lucratif de plus. Une clinique d'IRM à but lucratif de Nouvelle-Écosse fonctionne sans la moindre réglementation gouvernementale. Des cliniques à but lucratif ont aussi été créées en C.-B., en Alberta et au Québec.

Les cliniques à but lucratif menacent votre santé

Une importante étude publiée dans le numéro de novembre 2002 du *Journal of the American Medical Association* conclut que le risque de décès est plus élevé dans les cliniques de dialyse à but lucratif, comparativement aux cliniques sans but lucratif.

Les cliniques privées proposent des épreuves diagnostiques inutiles. Elles ciblent les « bien-portants inquiets » – des personnes en santé qui veulent se rassurer et qui sont prêtes à s'exposer à des doses de radiation inutiles. Une tomographie (scan) de tout le corps est l'équivalent de 400 ou 500 radiographies pulmonaires.

Les faux positifs ne sont pas rares. Les scans inutiles augmentent le nombre de faux positifs, ce qui entraîne des biopsies non nécessaires et une augmentation des coûts pour le système public de santé.

Souvent, les entrepreneurs qui possèdent des cliniques privées ne sont ni médecins, ni radiologistes. Le Centre canadien de diagnostic, à Halifax, appartient à un organisateur de voyages en bateau dans le port, et un professeur de physique à la retraite possède *Quinte MRI*, une clinique d'IRM. Pour réduire leurs coûts, ces cliniques n'hésitent pas à faire lire les scans dans d'autres établissements, parfois même à l'étranger, par des radiologistes inconnus aux références incertaines, ce qui augmente d'autant le risque pour le patient.

Les cliniques à but lucratif mènent au « resquillage »

Lorsque des cliniques privées vendent des services diagnostiques à ceux qui peuvent les payer, ces patients peuvent ensuite avoir accès à des traitements plus rapidement que les autres dans le système public. Cette façon de faire, que l'on appelle « resquillage », contrevient aux principes d'accessibilité et d'universalité de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour qu'un service de santé soit accessible, rien ne doit en entraver la prestation, directement ou indirectement. Pour qu'ils soient universels, les soins de santé médicalement nécessaires doivent être offerts à tous de façon égale.

Pourquoi les listes d'attente sont-elles si longues ?

Les longues listes d'attente sont le résultat direct du sous-financement des gouvernements, tant en matière d'équipement que de coûts de fonctionnement. Certains gouvernements ne fournissent pas de financement d'immobilisations pour les IRM ou les TO. Il incombe aux hôpitaux et aux organismes de bienfaisance de trouver les fonds nécessaires pour du nouvel équipement.

Le gouvernement de l'Ontario a délibérément ignoré les recommandations de l'Association ontarienne des radiologistes (AOR) qui proposait l'achat de 38 nouveaux appareils d'IRM et de 25 nouveaux appareils de TO pour répondre aux besoins croissants.

Les cliniques des hôpitaux communautaires coûtent moins cher

L'AOR a constaté que les cliniques privées de l'Alberta coûtaient de 21 à 25 pour cent plus cher que les cliniques publiques. Le gouvernement albertain a donc acheté six nouveaux appareils d'IRM publics au cours des deux dernières années et a mis fin à ses contrats avec les cliniques privées.

Les hôpitaux communautaires ont moins de frais administratifs parce qu'ils offrent des services cliniques dans un environnement intégré. Ils sont exemptés des taxes d'affaires et des impôts fonciers, des taxes de vente provinciales et d'une bonne partie de la TPS.

Il n'y a ni profit, ni frais de gestion.

Le personnel compétent travaille au sein du système public et il n'est pas détourné vers le secteur privé.

Ce sont les contribuables qui subventionnent les profits des entreprises

DC Diagnostic (maintenant intégré à CML) a reçu plus de 9 millions de dollars du programme de financement pour équipement médical de 1 milliard de dollars du gouvernement fédéral afin d'acheter des appareils de diagnostic pour ses cliniques à but lucratif en Ontario. L'argent, accordé par le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, a servi à acheter des appareils pour examen échographique, des unités de mammographie et des appareils de radiographie. Il est commodément arrivé à un moment où les actions de la société avaient besoin d'un petit remontant.

Qui sont les principaux intervenants du secteur à but lucratif ?

Canada Diagnostic Centres (anciennement *Western Canada MRI*) exploite des cliniques en Colombie-Britannique, en Alberta et au Québec. Le propriétaire, Paperny, est un ancien organisateur politique pour les libéraux de Jean Chrétien et directeur de campagne du parti libéral de Colombie-Britannique. La famille Paperny et sa société de holding, Madacalo Investments, a contribué 37 329,82 \$ à la caisse du Parti libéral du Canada entre 1993 et 1997.

Canadian Medical Laboratories (CML) vient d'acquérir *DC DiagnostiCare* et exploite des cliniques d'IRM en Colombie-Britannique et en Alberta.

Quinte MRI exploite des cliniques à New-York, au Québec, au Missouri et aux Îles Caïmans.

Des multinationales américaines se préparent à entrer sur le marché canadien grâce à des fusions et des acquisitions. *Insight Health Services* possède 140 centres fixes et mobiles aux États-Unis. *Syncor International* exploite plus de 80 centres aux États-Unis et dans cinq autres pays. *Alliance Imaging* est l'un des plus importants exploitants aux États-Unis, avec plus de 325 centres dans 48 États. *Medical Resources Inc.* compte plus de 60 centres d'imagerie diagnostique aux États-Unis. *Wellbeing Inc.* est immédiatement entrée en action après que l'Ontario eut annoncé son intention d'ouvrir 12 cliniques à but lucratif.

Coût d'un appareil IRM ou TO dans une clinique privée

IRM 475 \$ à 850 \$ selon la surface examinée et le contraste utilisé

TO de 690 \$ pour un examen cardiaque, à 2 100 \$ pour un examen complet du corps et une coloscopie virtuelle

*** Glossaire**

IRM – L'imagerie par résonance magnétique produit des images détaillées des tissus mous et des organes sans devoir recourir au rayonnement ionisant, ce qui permet la détection précoce des cancers et des maladies neurologiques et musculosquelettiques

TO – La tomographie par ordinateur est une « fenêtre » tridimensionnelle sur le corps qui permet aux médecins de voir le cerveau, la colonne vertébrale, les articulations et les organes internes, et de poser des diagnostics précoces

hgb*siepb491

Ce sont les travailleuses et travailleurs qui assument le coût de la désassurance

La privatisation des soins de santé touche particulièrement les travailleuses et travailleurs et les membres de leurs familles. Lorsque les gouvernements provinciaux suppriment des services de la liste couverte en vertu de l'assurance-maladie (un processus que l'on appelle « désassurance »), le coût des services de santé est de plus en plus souvent transféré à des régimes d'assurance privés financés sur le dos des travailleuses et travailleurs.

Les travailleuses et travailleurs ont lutté pour obtenir l'assurance-maladie. Si la désassurance continue, nous devons lutter pour maintenir notre niveau de protection – et cela pourrait entraîner des échanges difficiles à la table de négociation.

L'assurance santé est au sommet des demandes de négociation aux États-Unis, avant les salaires, les avantages sociaux et les conditions de travail. Les travailleuses et travailleurs américains regardent avec envie le système canadien. Nous ne devons pas laisser la désassurance et la privatisation détruire notre système public. Des soins de santé financés et offerts par le secteur public sont ce qu'il y a de mieux pour les travailleuses et travailleurs – et pour l'économie.

Quels sont les désavantages de l'assurance privée ?

L'assurance privée coûte plus cher

- De précieuses ressources qui devraient aller à la santé sont consacrées aux frais administratifs, à la publicité et aux profits des propriétaires et des actionnaires.

-
- Aux États-Unis, les compagnies d'assurance privées font des profits en transférant les coûts aux employeurs qui, à leur tour, les refilent aux travailleuses et travailleurs par le biais de franchises, de quotes-parts et de primes élevées.
 - Aux États-Unis, en 2001, les franchises ont augmenté de plus de 30 pour cent pour les régimes d'employeurs typiques. Les primes augmentent de 20 pour cent par année.
 - Un système universel à payeur unique comme celui du Canada est le plus efficace et le plus économique pour tout le monde.

L'assurance privée limite l'accès aux soins

- À mesure que l'assurance privée entrera dans des domaines qui étaient auparavant couverts par l'assurance publique, l'accès aux soins dépendra de votre capacité de payer, de votre emploi et de votre situation familiale.
- Les régimes privés et ceux qui sont offerts par l'employeur assurent rarement une couverture complète. L'ampleur de la couverture sera différente pour tout le monde.
- Les personnes malades auront plus de difficulté à obtenir de l'assurance pour couvrir le coût de leurs soins.
- Avec l'augmentation des coûts, la couverture diminue. Parfois, elle ne suffit pas à payer le coût d'interventions chirurgicales de base.

L'assurance privée offre moins de sécurité

- Lorsque l'assurance est liée à l'emploi, s'il arrive que les travailleuses et travailleurs perdent leur emploi, ils perdent aussi leur assurance santé.
- Deux millions d'Américaines et d'Américains ont perdu leur assurance l'année dernière à la suite de licenciements.
- Aux États-Unis, 42 millions de personnes n'ont aucune assurance santé et 58 millions de personnes ont été privées d'assurance pendant une année ou plus à un moment ou à un autre de leur vie.
- Lorsque les employeurs font faillite, des régimes entiers d'assurance santé disparaissent.

Assurance privée rime avec mauvaise santé

- Lorsque vous n'avez pas d'assurance, vous retardez vos visites chez le médecin et négligez votre santé. La plupart du temps, cette négligence se traduit en bout de ligne par des soins plus complexes, ce qui augmente le coût des soins de santé.
- Plus de 18 000 Américaines et Américains meurent prématurément chaque année parce qu'ils n'ont pas d'assurance santé.

Partout au Canada, la liste des services qui ne sont plus couverts par l'assurance-maladie publique s'accroît, notamment la physiothérapie, l'ajustement des prothèses auditives et les services de réadaptation.

Notre lutte

Les membres du SCFP sont aux premières lignes. Ils luttent pour améliorer notre niveau de vie et celui de nos familles et de nos collectivités. Nous nous mobilisons pour défendre nos emplois et les services que nous offrons. Les travailleuses et les travailleurs ont joué un rôle clé dans la lutte pour obtenir des soins de santé accessibles à tous – peu importe ce que vous gagnez, où vous vivez ou que vous ayez un emploi ou non. Pour les travailleuses et travailleurs, conserver un système public de santé fort – et l'élargir – c'est une question de vie ou de mort.

L'assurance privée n'est pas fiable et elle est injuste. Elle crée différentes classes de personnes, les riches obtenant bien sûr les meilleurs soins. Elle détourne aussi des dollars destinés à assurer des services de qualité vers les coffres des entreprises. Nous devons lutter pour que chaque sou des dépenses consacrées aille aux soins – et non aux profits.

hgb*siepb491

En Colombie-Britannique, l'attaque lancée contre les services de soutien est un avertissement pour les autres provinces

En 2002, le gouvernement de Colombie-Britannique lançait une attaque tous azimuts contre les travailleuses et travailleurs de soutien du secteur de la santé et contre la négociation collective, afin de paver la voie à la privatisation à grande échelle des soins de santé. Cette attaque s'inscrit dans une campagne beaucoup plus large contre les pauvres et les travailleuses et travailleurs et vise également l'élimination d'autres services publics ou leur vente à des entreprises privées.

Le gouvernement de Colombie-Britannique s'en prend aux plus vulnérables, dont les femmes immigrantes, les pauvres, les étudiantes et étudiants, les personnes âgées, les Autochtones, les personnes issues d'une minorité visible et les personnes ayant un handicap.

Des promesses vides

Aux dernières élections, le premier ministre libéral de Colombie-Britannique, Gordon Campbell, a promis de protéger les soins de santé et de respecter les conventions collectives. Il mentait. Le gouvernement de Colombie-Britannique prépare le plus grand licenciement massif de travailleuses de toute l'histoire de la province par l'élimination d'environ 20 000 emplois en santé, une première étape vers la privatisation de services pour une valeur de 700 millions de dollars. En outre, dans la foulée de ces compressions, 7 500 emplois doivent être supprimés dans le secteur des services cliniques et de soutien. Beaucoup des femmes visées sont des travailleuses issues d'une minorité visible et des immigrantes récentes.

Certaines pourraient être réembauchées dans les emplois qui auront été privatisés, mais à des salaires nettement plus faibles. Des décennies de lutte pour l'équité salariale sont réduites à néant. Les collectivités de toute la province seront aussi directement touchées – les répercussions économiques des compressions salariales seulement pourraient atteindre les 150 millions de dollars par année.

Les conventions collectives sont déchirées

En janvier 2002, le gouvernement a imposé une loi connue sous le nom de Loi 29. La Loi 29 prive les travailleuses et travailleurs de droits et de protections durement acquis et se débarrasse de conventions collectives négociées par les membres du Syndicat des employées et employés d'hôpitaux-SCFP.

La Loi 29 a fait perdre aux travailleuses et travailleurs de soutien du secteur de la santé leur sécurité d'emploi et leur protection contre la sous-traitance. Il n'y a ni consultation, ni protection lorsque le travail est vendu au secteur privé. Les dispositions des conventions collectives restreignant les licenciements ont également été éliminées. La Loi 29 a fait disparaître les droits de supplantation et réduit en poussière des gains obtenus après des années de lutte qui ont procuré aux travailleuses et travailleurs des services sociaux communautaires l'équité salariale avec d'autres travailleuses et travailleurs de la santé. La loi interdit aussi aux syndicats et aux travailleuses et travailleurs de poursuivre le gouvernement en dommages et intérêts.

Dans les faits, la loi accorde aux régies de la santé de Colombie-Britannique la totale liberté de sous-traiter et de privatiser le travail de soutien en santé. Certaines n'ont pas perdu de temps. Les travailleuses et travailleurs des services de sécurité, de buanderie, d'alimentation et d'entretien ménager ont tous été frappés de plein fouet.

Le SEH a perdu plusieurs centaines de membres jusqu'à maintenant. Certaines compressions majeures ont pris du retard – grâce à la forte résistance du SEH et à une riposte provinciale généralisée – mais les emplois de 5 000 à 6 000 membres seront menacés dans les mois qui viennent.

La fermeture d'établissements

Le gouvernement de Colombie-Britannique a livré une attaque sans merci contre les collectivités et leurs établissements de soins de santé et a ciblé 50 établissements jusqu'à maintenant. Quatre hôpitaux ont déjà été fermés et quatre autres doivent l'être sous peu. Six autres établissements ont perdu tellement de services qu'ils n'ont d'hôpital que le nom. Huit hôpitaux ont été rétrogradés, c'est-à-dire qu'ils ont perdu un département important, comme une salle d'urgence, ou la plupart de leurs lits de soins de courte durée. Deux établissements de soins de longue durée ont été fermés et 26 autres attendent de l'être.

La promotion de la privatisation

Dans la foulée de la Loi 29, le gouvernement a adopté un budget qui sabrait les dépenses en soins de santé et autres services pour financer des baisses d'impôts destinées aux riches. En privant les services de financement, la pression exercée sur les employeurs du secteur de la santé pour privatiser s'est accrue – ce qui leur a fourni une excuse bien pratique.

Le gouvernement a poursuivi son attaque contre les services de soutien en santé en faisant activement la promotion des partenariats public-privé (3P) dans tous les domaines de la santé, incluant les hôpitaux. La privatisation des services de soutien est une source de profit majeure dans les projets d'hôpitaux 3P.

La table est mise pour la privatisation des services de soutien grâce à la sous-estimation et à la dévaluation du rôle crucial que jouent les services de soutien dans la guérison. Les penseurs de droite comparent le travail de soutien en santé à du travail d'hôtellerie et laissent entendre que les travailleuses et travailleurs de la santé sont trop payés. Les libéraux soutiennent que le gouvernement n'est pas un « fournisseur » de services comme la buanderie.

Les ententes de faveur et les tactiques antisyndicales

Les sociétés multinationales, prenant exemple sur le gouvernement Campbell, organisent leur propre assaut. La dénonciation publique a fait échouer le plan secret de Sodexho pour empêcher les membres du SEH d'être réembauchés, après que leurs postes eurent été convertis en emplois privatisés sous-payés. Sodexho a approché un autre syndicat pour tenter de conclure une entente de faveur, mais celui-ci l'a dénoncée.

Les soupçons de malversation et de collusion abondent. Selon des faits recueillis auprès d'une régie de la santé, Sodexho pourrait avoir reçu le feu vert pour privatiser la gestion des services de buanderie, d'entretien ménager et de nutrition.

Le SEH a déposé des demandes d'accès à l'information pour montrer la faiblesse ou l'inexistence des faits justifiant les projets de privatisation du gouvernement. Ces demandes ont pour but de dévoiler au grand jour les liens étroits qui unissent le gouvernement aux sociétés privées.

La riposte

Les membres du SEH ripostent – dans la rue et devant les tribunaux, grâce à la mobilisation communautaire et à des campagnes – et la pression publique monte.

- Le SEH, avec d'autres syndicats, s'apprête à contester la Loi 29 en invoquant la Charte des droits et libertés et en soutenant que la loi prive les travailleuses et travailleurs de leur droit à l'égalité et à la liberté d'association.
- Le SCFP C.-B. et le SEH coordonnent une solide stratégie de négociation, assurant un front uni entre les travailleuses et travailleurs des services sociaux communautaires et celles et ceux du secteur plus large de la santé en vue de la prochaine ronde de négociation collective. Les priorités de négociation incluent notamment : le refus des concessions, la récupération de la sécurité d'emploi et des droits du successeur, la parité salariale, un régime de retraite et des questions relatives à la charge de travail.
- D'immenses manifestations envoient un message clair au gouvernement provincial.
- Des campagnes communautaires ont consolidé les coalitions locales et les luttes locales pour protéger les services publics. Ces campagnes ont aidé entre autres à faire élire des conseillères et conseillers municipaux qui appuient les services publics.
- Le SEH a dénoncé avec succès les graves lacunes et les conséquences dangereuses des projets de privatisation du gouvernement et a miné la capacité du gouvernement de défendre de façon convaincante son programme de privatisation.
- Là où les services ont été privatisés, le SEH a lutté pour syndiquer les travailleuses et travailleurs.

hgb*siepb491

Les travailleuses et travailleurs du nettoyage et de l'entretien ménager sont essentiels aux soins

Les patients des hôpitaux et les pensionnaires des foyers de soins infirmiers sont extrêmement vulnérables aux infections.

Pour assurer la sécurité, la propreté et la stérilité des établissements de soins de santé, les travailleuses et travailleurs du nettoyage et de l'entretien ménager doivent posséder des connaissances et une formation spécialisées. Ils doivent également avoir de l'expérience et faire preuve d'un grand dévouement.

Le souci du détail est essentiel pour minimiser le risque d'exposition aux objets pointus, aux produits chimiques et aux déchets dangereux. Il faut utiliser des procédures de nettoyage spéciales pour protéger un matériel médical coûteux.

Les gens qui nettoient les hôpitaux aident à protéger et à améliorer la santé des patients en éliminant les bactéries et en empêchant la propagation des maladies. De plus, ces travailleuses et travailleurs sont en contact régulier avec les patients dans le cadre de leur travail et jouent un rôle crucial dans leurs soins.

Le personnel d'entretien ménager et de nettoyage du secteur public est un rouage essentiel de l'équipe des soins de santé.

Aux premières lignes

Le personnel d'entretien ménager et de nettoyage du secteur de la santé est aux premières lignes de la défense contre les « super-bactéries » résistantes aux antibiotiques, les virus, les infections et d'autres organismes potentiellement mortels.

Chaque surface d'un établissement de soins de santé exige une procédure différente et des compétences spécialisées :

Les salles d'opération doivent être stériles et immaculées. Avec un roulement de quinze minutes entre chaque patient, les travailleuses et travailleurs doivent être rapides et efficaces. Nettoyer du sang et des parties du corps, dont des tissus humains, des éclats d'os et des dents, peut être désagréable et dangereux. Il faut être particulièrement minutieux autour des délicats appareils de haute technologie.

Dans les **unités de dialyse**, le risque d'infection croisée est élevé et la stérilité est donc cruciale. Sous une pression constante pour accélérer le roulement des patients, les travailleuses et travailleurs doivent défaire et refaire 22 lits à l'heure.

Dans les **salles d'urgence**, les civières et autres surfaces sont souvent couvertes de fluides difficiles à nettoyer, comme du sang et des vomissures, et doivent être nettoyées rapidement entre chaque patient.

Dans les **salles de radiologie**, les travailleuses et travailleurs doivent porter des vêtements de protection. Après le nettoyage, la salle est inspectée pour déceler des traces de rayonnement. S'il reste des « points chauds », elle doit être nettoyée de nouveau.

Les travailleuses et travailleurs du nettoyage et de l'entretien ménager doivent suivre une formation poussée. Il existe des programmes de niveau secondaire et de cégep, mais la plupart des compétences en nettoyage d'hôpital s'acquièrent au travail. La formation est habituellement assurée par des infirmières et des infirmiers ou par d'autres professionnelles et professionnels de la santé.

Les travailleuses et travailleurs du nettoyage et de l'entretien ménager assurent des soins directs aux patients. Les personnes qui nettoient l'hôpital passent au moins 20 minutes par jour avec les patients. En conséquence, ceux-ci établissent souvent une relation étroite avec les patients et leur famille et leur offrent un soutien émotif tout en les protégeant contre les bactéries et la contamination.

La continuité est importante

Sans personnel de soutien compétent et bien formé, la qualité des soins aux patients diminue. D'autres professionnelles et professionnels de la santé, membres du personnel technique et membres de la famille doivent travailler plus fort pour combler les manques.

Non seulement ces choix influencent-ils la qualité des soins, mais ils sont aussi une mauvaise utilisation des ressources humaines à un moment où les hôpitaux ont de la difficulté à recruter et à conserver leur personnel.

Faibles salaires + mauvaises conditions de travail = roulement élevé

Dans son examen des hôpitaux de 2000, le vérificateur général d'Écosse constatait que le roulement chez les entrepreneurs de nettoyage privés était presque deux fois plus élevé (40 pour cent) que celui du personnel de nettoyage interne. Le rapport montrait également que les services de nettoyage en sous-traitance offraient moins de flexibilité et étaient de moindre qualité.

En Grande-Bretagne, le *National Health Service* a dû investir plus de 77 millions de dollars canadiens dans un programme intensif de nettoyage d'hôpital après qu'une vérification eut révélé que la plupart des hôpitaux qui comptaient sur des contrats privés ne répondaient pas aux normes nationales en matière de nettoyage. En outre, la sous-traitance a fragmenté les équipes de soins de santé et créé des obstacles à l'intégration des soins aux patients.

Des économies de bouts de chandelle qui tuent

Aux États-Unis, où la privatisation des services de nettoyage et d'entretien ménager est plus répandue qu'au Canada, une enquête récente a révélé que la réduction des normes de nettoyage et de contrôle de l'infection a contribué au décès de 103 000 patients en 2000.

Le *Chicago Tribune* établit un lien entre des taux d'infection qui montent en flèche et une réduction de 25 pour cent du personnel de nettoyage hospitalier depuis 1995, combinée à une mauvaise formation et à une main-d'œuvre à roulement élevé et mal payée. Le Tribune conclut que 75 pour cent de ces infections mortelles auraient pu être évitées.

La même étude mentionne un rapport des *US Centres for Disease Control and Prevention* (Centres pour le contrôle et la prévention de la maladie) qui soutient que les décès liés aux microbes dans les hôpitaux sont la quatrième cause de mortalité chez les Américains – après les maladies cardiaques, le cancer et les accidents cérébrovasculaires.

En Australie, la sous-traitance du nettoyage a mené à une diminution des normes et à une augmentation des taux d'infection. Les experts avertissent qu'il peut être dangereux de confier le nettoyage à des entreprises externes et qu'il peut en résulter un nettoyage « non coordonné et irrégulier ». À cause de l'inflexibilité des contrats, il est difficile de modifier rapidement les normes de nettoyage pour réagir à de nouveaux dangers et les hôpitaux consacrent leurs rares ressources financières et humaines à régler des litiges.

Il faut rester public

Si les emplois de nettoyage et d'entretien ménager sont sous-traités à des entreprises qui embauchent des travailleuses et travailleurs non formés à des salaires plus faibles, la santé des patients de tout le Canada se détériorera.

La privatisation des services de nettoyage et d'entretien ménager menace un pan essentiel de notre système de soins de santé.

La sous-traitance du travail des membres du SCFP mine les soins de santé publics.

hgb*siepb491

Les travailleuses et travailleurs des services de buanderie sont essentiels aux soins

La stérilité du linge et des chemises d'hôpital est essentielle à la santé et à la sécurité des patients et des travailleuses et travailleurs.

Pour assurer le respect des normes les plus élevées, les travailleuses et travailleurs de la buanderie dans les établissements de santé doivent posséder des compétences et une formation spécialisées. Ils doivent être minutieux et suivre des procédures détaillées pour protéger les travailleuses et travailleurs contre l'exposition aux bactéries et aux infections. En outre, les puissants produits chimiques et les températures élevées nécessaires pour nettoyer et stériliser le linge entraînent des risques.

Les travailleuses et travailleurs entrent en contact avec des matières dangereuses, dont des objets pointus, des produits chimiques et des liquides organiques. Ils sont particulièrement susceptibles d'être en contact avec la salmonelle et avec la gale qui peuvent se retrouver dans le linge contaminé.

C'est sur les lieux de travail que les travailleuses et les travailleurs de buanderie acquièrent les connaissances et les compétences spécialisées nécessaires pour éviter la contamination. Ces connaissances et ces compétences, que ne possèdent pas ceux qui ne sont pas dans un milieu hospitalier, sont essentielles à la santé et à la sécurité des patients et des employées et employés.

Les travailleuses et travailleurs de buanderie du secteur public sont un rouage essentiel de l'équipe de soins de santé.

Au cœur de l'action

Différents établissements et départements de santé exigent des compétences différentes.

Le linge des salles d'opération est fait d'un tissu spécial qui résiste aux liquides et qui doit être blanchi séparément.

La nature délicate des interventions chirurgicales exige un niveau plus élevé de propreté et de minutie. Chaque élément doit être soigneusement vérifié sur une table lumineuse pour déceler les trous, la charpie et les fibres relâchées afin d'éviter que les patients ne soient infectés par des particules libres pendant la chirurgie.

Le linge « de contagion » est lavé séparément dans des machines remplies à la main et certains articles doivent subir un traitement spécial.

Différents tissus doivent être lavés séparément, car ils tolèrent des produits chimiques ou des niveaux de chaleur différents.

Selon un travailleur de buanderie, membre du Syndicat des employées et employés d'hôpital du SFCP de Colombie-Britannique, « il faut des semaines pour apprendre le travail et assurer la continuité, mais il faut des mois pour le faire efficacement ».

La sous-traitance est inefficace

La sous-traitance des services de buanderie n'est pas économique car elle entraîne un roulement trop élevé. Dans un hôpital de Colombie-Britannique, le linge donné en sous-traitance à une entreprise de blanchisserie est souvent revenu détérioré, souillé par d'autres morceaux et si emmêlé qu'il a dû être jeté.

Certains articles retournés n'appartenaient pas à l'établissement, pendant que d'autres disparaissaient tout simplement. Les membres du personnel préféraient rapporter leurs uniformes à la maison pour les laver eux-mêmes, car ils revenaient souvent sales après avoir été nettoyés avec des articles très souillés.

Ces problèmes ont incité l'hôpital à rapatrier à l'interne les services de buanderie.

Des coûts plus élevés

L'un des plus grands foyers de soins infirmiers de Terre-Neuve et Labrador avait projeté de sous-traiter ses services de buanderie pour économiser et éviter le dédoublement des tâches. Mais une étude menée par l'employeur a révélé que la sous-traitance ferait plutôt augmenter les coûts de façon significative.

En conséquence, les services de buanderie sont restés à l'interne. Les économies réalisées ont été si importantes que tout le travail de buanderie qui avait été précédemment donné en sous-traitance dans les foyers de soins de la région de St. John's a aussi été ramené à l'interne.

Une firme de consultation a étudié le rendement de K-Bro, une entreprise américaine basée en Alberta qui offre des services de buanderie à un hôpital de Cumberland, en Colombie-Britannique. L'étude, qui examinait l'efficacité opérationnelle, les frais généraux et les perspectives d'amélioration, a recommandé de mettre fin au contrat avec K-Bro. L'hôpital a décidé d'acheter l'usine et le matériel et exploitera directement la buanderie.

Emplois perdus, salaires plus faibles, qualité moindre

En même temps, K-Bro a décroché un contrat pour fournir des services de buanderie à des établissements de soins de santé de la vallée du Fraser – en expédiant en Alberta le linge de l'hôpital de Colombie-Britannique.

La sous-traitance et le déménagement des services de buanderie à une autre province ont entraîné la perte de 43 emplois et de 1,5 million de dollars en activité économique dans deux collectivités de Colombie-Britannique.

Pire encore, il a été révélé dernièrement que K-Bro blanchissait les draps d'accouchement dans des lessiveuses ordinaires destinées à la lessive personnelle, exposant ainsi les mères et les nouveau-nés à de sérieux risques d'infection.

En 1995, K-Bro a provoqué un arrêt de travail chez les travailleuses et travailleurs de buanderie de Calgary, arrêt qui a été suivi d'une grève sauvage majeure des autres travailleuses et travailleurs d'hôpital, dont ceux des services de diététique, des services d'alimentation et de l'entretien, ainsi que des radiologistes. L'enjeu principal était la sécurité d'emploi, mais les grévistes protestaient également contre les effets qu'aurait la sous-traitance sur les patients, les travailleuses et travailleurs et les coûts.

Les services doivent rester publics

Les faits montrent que la sous-traitance des services d'entretien ménager entraîne une diminution des normes et une augmentation du roulement, ce qui menace la santé des patients et fait bondir les coûts.

La privatisation des services de buanderie met en péril un pan essentiel de notre système de santé.

La sous-traitance du travail des membres du SCFP mine les soins de santé publics.

hgb*siepb491

Les travailleuses et travailleurs des services d'alimentation sont essentiels aux soins

Une alimentation saine et nutritive est essentielle à la restauration et au maintien de la santé.

Les travailleuses et travailleurs des services d'alimentation en milieu hospitalier doivent posséder des connaissances spécialisées pour répondre aux besoins diététiques de chaque patient. Les restrictions, allergies, facteurs culturels et préférences personnelles doivent tous être pris en compte.

L'élaboration des menus, l'achat des ingrédients et la gestion des provisions exigent aussi un savoir-faire particulier. La préparation et la présentation d'aliments nutritifs, frais et appétissants exigent un niveau élevé de compétence et d'organisation. Il faut également veiller à ce que la vaisselle et les ustensiles soient stériles et à ce que la cuisine soit exempte de bactéries et de maladies.

Dans les hôpitaux, l'heure des repas peut être un moment important de la journée d'un patient et l'occasion d'avoir un contact humain. Lorsque la nourriture est appétissante et que le personnel a le temps d'aider, les patients sont plus susceptibles de manger, ce qui accélère d'autant leur guérison. Sinon, un plus grand nombre de plateaux reviennent à peine touchés et la santé des patients en souffre.

Les travailleuses et travailleurs des services d'alimentation du secteur public sont un rouage essentiel de l'équipe des soins de santé.

Au cœur de l'action

Les travailleuses et travailleurs des services d'alimentation surveillent les besoins et les habitudes alimentaires des patients.

Chaque patient a des restrictions et des allergies alimentaires que les travailleuses et travailleurs des services d'alimentation doivent connaître. L'attention et le souci du détail peuvent faire la différence entre la vie et la mort.

Les services de diététique des hôpitaux et des foyers de soins emploient un large éventail de travailleuses et de travailleurs spécialisés, chacun veillant à ce que les patients et les membres du personnel mangent des repas nourrissants et appétissants, tout en étant économiques.

La sous-traitance fait baisser la qualité

Au Royaume-Uni, des hôpitaux, des conseils municipaux et des conseils scolaires ont annulé des contrats de services alimentaires avec Aramark parce que l'entreprise ne s'est pas conformée aux normes de qualité et aux directives budgétaires.

Et, plus près d'ici, la diminution de la qualité et de la fiabilité des services alimentaires sous-traités à l'Hôpital de Toronto a incité l'établissement à construire une cuisine et à rapatrier à l'interne les services de diététique.

Malgré tout, les gestionnaires d'hôpital préfèrent souvent ne pas tenir compte des coûts à long terme de la sous-traitance pour réaliser des économies à court terme.

L'augmentation des coûts

La sous-traitance des services alimentaires permet aux entreprises de faire de l'argent, mais coûte plus cher au public en bout de ligne. Souvent, les conditions des contrats permettent aux investisseurs privés de récolter d'importants profits dans les premières années d'un « partenariat public-privé » en alimentation. Mais lorsque les installations coûtent plus cher parce qu'il faut remplacer un équipement usé, c'est le secteur public qui doit en prendre charge.

Une étude effectuée par Marrack Watts/KPMG dans un hôpital de Winnipeg concluait que le maintien des opérations à l'interne aurait permis d'économiser 32,1 millions de dollars en 20 ans. Le coût de l'achat de nourriture préparée auprès d'entrepreneurs privés a été estimé à environ 10 à 20 pour cent de plus que si la nourriture était préparée à l'interne.

L'Hôpital Mary Immaculata de Willingdon, en Alberta, a mis fin à un contrat de services d'alimentation avec Versa Services après s'être rendu compte qu'il était plus économique d'offrir le service à l'interne.

La dotation en personnel est sacrifiée aux profits

Le journal *St. Louis Post Dispatch* a interrogé environ 700 travailleuses et travailleurs de foyers de soins sur leurs salaires et leurs conditions de travail. Ceux-ci ont dit qu'ils n'étaient pas prêts à accepter des salaires de famine pour leur travail exigeant, qui les oblige souvent à faire des heures supplémentaires et des doubles quarts. L'étude concluait que « l'objectif de profit de l'entreprise oblige souvent les gestionnaires à exploiter des foyers avec un personnel très réduit ».

Neuf établissements de soins de longue durée sur dix dans l'échantillonnage pris au Missouri avaient un personnel insuffisant.

Les entreprises privées comme Bitove, Aramark et Sodexo MS Marriott veulent tirer profit de la privatisation des soins de santé. Et la seule façon de faire des profits est de rogner sur les coûts et de remplacer des travailleuses et travailleurs dévoués et expérimentés par un personnel mal payé et sans expérience – ce qui entraîne un roulement de personnel très élevé.

La santé des patients souffre

En 1996, la société Atlantic Health Corporation du Nouveau-Brunswick a accordé un contrat à la société Bitove pour le remplacement des services internes de préparation de la nourriture. La diminution de la qualité des repas a miné la santé des patients : 20 pour cent des pensionnaires ont perdu du poids et 20 pour cent ont souffert de symptômes gastro-intestinaux comme de la diarrhée, des vomissements, de crampes et des gaz.

L'étude de documents du gouvernement américain et d'archives judiciaires révèle que des centaines de patients de foyers de soins meurent de négligence dans des établissements dont les services d'alimentation sont sous-traités. La faim et la déshydratation sont deux des trois plus importantes causes de décès.

Les services d'alimentation doivent rester publics

Rogner sur les coûts pour faire des profits entraîne une diminution de la variété, de la qualité et de la santé. Ces méthodes mènent aussi à une réduction du nombre d'emplois et à une diminution des salaires, ce qui nuit aux économies locales et réduit le contrôle local.

La privatisation des services d'alimentation menace un pan essentiel de notre système de santé.

La sous-traitance du travail des membres du SCFP mine les soins de santé publics.

hgb*siepb491

La fraude est un fléau dans les soins de santé privés

La privatisation ne fait pas que détourner l'argent des soins de santé vers les caisses des grandes entreprises. Elle peut aussi contribuer à remplir les poches des criminels. Pendant que les sociétés à but lucratif se battent pour accroître leur part de marché au Canada, nombreux sont ceux qui craignent que la fraude ne contribue à gruger une part encore plus importante de nos impôts.

On peut citer en exemple le scandale du Centre de santé King. Les propriétaires de cette clinique de Toronto ont été reconnus coupables d'une fraude totalisant près de 100 millions de dollars – un premier exemple de ce qui pourrait se produire dans l'ensemble du pays si les soins à but lucratif se répandent au Canada.

Des leçons des États-Unis

Une étude réalisée récemment par la Harvard Medical School concluait que « les fraudes à grande échelle sont devenues monnaie courante » dans l'industrie américaine des soins à but lucratif. Affirmant que la fraude en santé est une « tendance croissante », le FBI a même créé une unité spéciale pour ces fraudes.

Entre 1992 et 1999, le nombre d'enquêtes du FBI portant sur les fraudes dans le secteur de la santé a bondi et dépassé le cap des 3 000. Au cours de la même période, le nombre d'agentes et agents du FBI se consacrant aux fraudes dans la santé a quadruplé. Plusieurs États ont aussi créé leur propre service d'enquête sur ce type de fraude.

Le Bureau général des comptes publics du gouvernement américain (GAO) estime le détournement à 10 % des sommes affectées à la santé – soit environ 100 milliards de dollars du billion de dollars dépensé annuellement. Le département américain de la Justice estime pour sa part qu'entre 1997 et 2000, la moitié des 1,5 milliard de dollars récupérés à la suite d'enquêtes sur des fraudes provenait du secteur des soins de santé à but lucratif.

Les enquêtes mettent au jour de graves problèmes

La plus importante chaîne d'hôpitaux à but lucratif des États-Unis a été condamnée à plus de 1,7 milliard de dollars d'amende au civil et au criminel pour des fraudes commises aux dépens de programmes de santé financés tant par les États que par le gouvernement fédéral. La société en question, HCA (The Healthcare Company) – autrefois connue sous le nom de Columbia HCA – faisait l'objet d'une longue liste d'allégations, notamment pour avoir facturé abusivement des frais de laboratoire, pour avoir fait passer des services pour des procédures plus coûteuses et pour avoir facturé des services à domicile qui « étaient inutiles ou qui n'ont jamais été fournis ».

Huit poursuites dénonciatrices accusaient HCA de gonfler les coûts hospitaliers afin d'obtenir des paiements plus importants des gouvernements, et d'offrir des pots-de-vin aux médecins qui acceptaient de diriger vers leurs établissements les patients couverts par l'assurance-maladie ou par Medicaid.

Une autre enquête vise Tenet Healthcare, une importante chaîne d'hôpitaux à but lucratif. Le FBI concentre son enquête sur un hôpital de Tenet en Californie, soupçonné d'avoir soumis certains patients à des chirurgies cardiaques inutiles – mais lucratives – y compris des pontages coronariens et des remplacements valvulaires. Les agents fédéraux enquêtent aussi sur d'autres hôpitaux de la chaîne Tenet où le nombre d'opérations coûteuses se situe nettement au-dessus de la moyenne nationale et où les frais facturés à certains patients auraient été gonflés.

Au début de décembre 2002, le plus important règlement jamais obtenu contre un hôpital a coûté 24,5 millions de dollars à la société Lovelace Health Systems. La société a réglé à l'amiable pour éviter un procès sur des allégations de facturations frauduleuses qui auraient duré dix ans. Un dénonciateur a informé les autorités de l'existence de rapports exagérant la valeur des remboursements que l'hôpital réclamait à l'assurance-maladie. La société affirme qu'il ne s'agit que d'une immense méprise.

L'étude menée par Harvard en 1998 cite une estimation du GAO affirmant que près du quart des agences de soins à domicile, dont la plupart sont à but lucratif, commettent des fraudes. L'un des exemples soumis par la poursuite suggère que Columbia Home Care, une filiale de HCA, a violé la loi sur les commissions clandestines lorsqu'elle a fait l'acquisition d'établissements de soins à domicile appartenant à la société Olsten – une entreprise faisant affaires au Canada sous le nouveau nom de Gentiva.

Selon le *Reporter*, « Olsten a vendu ses établissements à un prix inférieur au prix du marché en échange de contrats de gestion... [et] Olsten a chargé des frais de gestion excessifs pour compenser le prix d'achat, et Columbia Homecare a ensuite refilé ces frais au gouvernement ».

Les entreprises privées ne doivent pas se mêler de santé

Les faits sont clairs – les soins de santé à but lucratif sont sujets à la fraude. La lutte pour veiller à ce que le financement et la prestation des services de santé demeurent publics garantira que chaque sou consacré aux soins de santé aille aux soins – et non à la fraude ou aux profits des entreprises.

* Tous les chiffres indiqués le sont en dollars américains, à l'exception de l'exemple de la fraude du Centre médical King.

hgb*siepb491

Les soins de santé ont besoin d'un financement accru

Avant 1977, les gouvernements fédéral et provinciaux assumaient à parts égales le coût des soins de santé. Aujourd'hui, les transferts fédéraux en argent ne comptent plus que pour 16 pour cent des dépenses provinciales en santé.

Le rétrécissement de l'engagement fédéral

Les libéraux ont adopté, en 1977, une loi mettant fin à l'obligation fédérale d'assurer une portion fixe des dépenses en santé. Pendant les années 80, le financement a encore diminué lorsque l'augmentation des transferts fédéraux a été inférieure à l'inflation et à la croissance de la population. À mesure que les transferts diminuaient, la capacité du gouvernement fédéral de faire respecter des normes nationales et de contrôler la politique en matière de santé s'amenuisait aussi.

Avec la création, en 1995, du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), les transferts destinés à la santé ont été amalgamés avec le financement de l'éducation postsecondaire et de l'aide sociale. Les compressions ont continué, mais il est devenu plus difficile de savoir comment les provinces dépensaient les dollars fédéraux destinés à la santé.

À mesure que les dépenses publiques en santé étaient rationnées, les dépenses privées – les frais personnels, les primes d'assurance et les régimes de soins médicaux négociés – augmentaient. En 1975, le financement public comptait pour 76,4 pour cent des coûts en santé. En 1986, ce pourcentage était tombé à 73,5 pour cent et, aujourd'hui, il n'est que de 70,7 pour cent. Le paiement privé pour les services de santé augmente.

Tous les faits indiquent que le gouvernement fédéral n'a pas rempli son obligation de protéger et de consolider l'assurance-maladie publique.

Les nouveaux transferts ne rattrapent pas les compressions

Même si le gouvernement libéral affirme qu'il aura remplacé toutes les compressions des transferts de fonds et des transferts aux provinces d'ici 2003-2004, il manquera toujours 10 milliards de dollars à ce que la santé aurait dû recevoir n'eût été des compressions.

Pour la période comprise entre 1993-1994 et 2003-2004 :

Compressions =	34,6 milliards de dollars
Fonds remplacés =	24,7 milliards de dollars
Manque à gagner =	9,9 milliards de dollars

Si l'on tient compte de l'inflation et de la croissance de la population, le manque à gagner est encore plus important.

Les transferts fédéraux n'arrivent pas à suivre

Entre 1993-1994 et 1997-1998, les transferts fédéraux aux provinces sont passés de 18,8 milliards de dollars à 12,5 milliards de dollars, une immense diminution d'un tiers.

Entre 1997-1998 et 2000-2001, les dépenses en santé des provinces et des territoires ont augmenté de 14 milliards de dollars, mais les transferts fédéraux de fonds – pour la santé, l'éducation et l'aide sociale – n'ont augmenté que de 3 milliards de dollars.

Le budget fédéral de 1999 a accru les transferts de fonds d'un montant unique de 11,5 milliards de dollars pour une période de cinq ans. En 2000, le budget fédéral contenait un supplément de fonds unique de 2,5 milliards de dollars pour la santé et l'éducation postsecondaire. Mais le transfert de fonds en 2000-2001 se situait à 15,5 milliards de dollars, bien en deçà des 18,8 milliards de dollars de 1993-1994.

En septembre 2000, le gouvernement fédéral et les provinces ont convenu d'augmenter les transferts de fonds de 18,9 milliards de dollars sur cinq ans – de 2001-2002 à 2005-2006. Une somme additionnelle de 2,3 milliards de dollars a été dédiée à la technologie médicale, à la réforme des soins primaires et à la technologie de l'information en santé.

Ces injections d'argent ne compensent toujours pas, peu s'en faut, les compressions imposées au système au cours des dix dernières années.

Les compressions minent la qualité et la confiance

Les soins de santé, le plus important programme social du Canada, ont beaucoup souffert de ces compressions.

Les salles d'urgence sont bondées, les ambulances doivent promener les patients d'un endroit à l'autre pour trouver des soins disponibles, les listes d'attente s'allongent, les services de soins à domicile sont étirés à leur limite, les lits de soins de longue durée sont rares, les travailleuses et travailleurs de la santé perdent leur emploi et la charge de travail est presque insupportable. La qualité des soins s'en ressent.

Les compressions et leurs effets négatifs ont créé un climat d'insatisfaction qui mine l'assurance-maladie publique. Profitant du mécontentement, les entreprises à but lucratif s'apprêtent à envahir le marché canadien de la santé de 112 milliards de dollars.

L'obligation de rendre compte est perdue dans les méandres du TCSPS

Le TCSPS aide à financer l'éducation postsecondaire, l'aide sociale et les soins de santé. Mais il est impossible de savoir où sont dépensés les transferts de fonds du TCSPS.

Même dans la santé, ces fonds pourraient tout aussi bien être utilisés pour des services de santé directs qu'être détournés vers les entreprises à but lucratif pour leur permettre d'acheter de l'équipement.

La vérificatrice générale du Canada, Sheila Fraser, dit ce qui suit :

« Il est clair que les Canadiennes et Canadiens ne savent pas quelle portion de la contribution fédérale sert aux soins de santé. »

« Les parlementaires doivent prendre des décisions au sujet des milliards de dollars transférés aux provinces et aux territoires pour les soins de santé, mais ils ne possèdent toujours pas l'information voulue pour savoir dans quelle mesure la *Loi canadienne sur la santé est respectée*. »

Romanow recommande la réforme

Dans son rapport, Roy Romanow recommande ce qui suit :

- Création d'un Transfert canadien en santé distinct qui permettrait de savoir comment l'argent fédéral en santé est dépensé.
- Augmentation à 25 pour cent de la part fédérale des dépenses provinciales en santé.
- Ajout de 8,5 milliards de dollars de financement à court terme pour des programmes incluant les soins de santé primaires, les soins à domicile et les médicaments dont le coût est trop élevé, et ajout de 6,5 milliards de dollars au transfert de base d'ici 2005-2006.

Ces augmentations de financement sont le minimum nécessaire pour soutenir notre système public de soins de santé.

hgb*siepb491

Commissions et comités sur les soins de santé

La Commission Romanow – Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

Roy Romanow, ancien premier ministre de la Saskatchewan, a été choisi par le premier ministre canadien pour mener une étude sur la viabilité du système de soins de santé universel et financé par l'État. Il a publié son rapport final en novembre 2002.

Roy Romanow a confirmé qu'un système de santé public et à payeur unique était un modèle viable qui pouvait être élargi. Il affirme clairement qu'un système de santé public sans but lucratif est supérieur à un système privé à but lucratif et que les gouvernements ne devraient pas subventionner les soins de santé privés.

Il n'a toutefois pas recommandé d'interdire des soins de santé à but lucratif et il n'a pas compris l'importance de la prestation publique des services de soutien.

Les syndicats, les groupes communautaires, les organisations non gouvernementales, les coalitions de la santé et les nombreuses personnes qui ont témoigné devant la commission peuvent revendiquer un certain crédit pour les nombreuses recommandations progressistes contenues dans le rapport Romanow. Ils doivent maintenant faire pression sur les gouvernements fédéral et provinciaux pour qu'ils mettent en œuvre les recommandations du rapport.

Le Comité Kirby – Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

En mars 2001, le Sénat a demandé à son Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de se pencher sur les principes qui sous-tendent notre système de soins de santé, les pressions et les contraintes auxquelles il est soumis, les diverses solutions de rechange mises en place ailleurs dans le monde et le rôle du fédéral.

Le président du comité, le sénateur Michael Kirby, entretient de nombreux liens avec les entreprises de soins de santé, puisqu'il a été directeur chez Extencicare, un géant des soins de longue durée et des soins à domicile.

Publié en octobre 2002, le rapport final du comité recommandait au gouvernement fédéral d'injecter 5 milliards de dollars supplémentaires dans le système de santé afin d'assurer le financement d'un programme partiel d'assurance-médicament, des soins à domicile en phase post-aiguë et des soins palliatifs. Ces propositions sont loin de combler les attentes des Canadiennes et des Canadiens en matière d'expansion et de renforcement du système d'assurance-maladie.

Comme on pouvait s'y attendre, le Comité Kirby n'a fait aucune recommandation allant à l'encontre de la privatisation du système de soins de santé. Le rapport dit plutôt que la propriété des établissements de soins de santé et des entreprises de services n'a pas vraiment d'importance.

Le Conseil Mazankowski – Le Comité consultatif du premier ministre sur les soins de santé en Alberta

En août 2000, le premier ministre de l'Alberta, Ralph Klein, a créé un comité consultatif présidé par Don Mazankowski et dont l'objectif était de faire démarrer la privatisation des soins de santé en Alberta.

Le conseil était truffé de partisans de la privatisation, Don Mazankowski en tête, lui qui avait été ministre de la privatisation sous le gouvernement de Brian Mulroney. Don Mazankowski entretient des liens avec de nombreuses sociétés, dont Power Corporation, Great West Lifeco et le Groupe Investors.

Le rapport final du conseil, publié décembre 2001, contenait 44 recommandations qui ont toutes été entérinées par le gouvernement albertain, jetant ainsi les bases d'un système de soins de santé à deux vitesses.

La Commission Fyke – La Commission sur l’assurance-maladie de la Saskatchewan

En juin 2000, Kenneth Fyke a été nommé par le premier ministre de l’époque, Roy Romanow, à la présidence d’une commission dont le mandat était d’émettre des recommandations sur la prestation des services de santé en Saskatchewan. La commission a remis son rapport en avril 2001.

Les recommandations de la commission en matière de réforme des soins primaires, de soins spécialisés, d’équité au sein du système et de restructuration des régions sanitaires ont été favorablement reçues par le SCFP et d’autres organisations progressistes.

La Commission Clair – Commission d’étude sur les services de santé et les services sociaux

En juin 2000, le gouvernement du Québec nommait Michel Clair à la présidence d’une commission chargée d’étudier le financement et l’organisation des soins de santé et des services sociaux. La commission a tenu des audiences publiques et publié, en janvier 2001, un rapport contenant 36 recommandations.

Les recommandations favorisaient le recours au secteur privé à titre de partenaire pour le financement des soins de santé et des services sociaux. La commission appuyait les partenariats public-privé pour la sous-traitance des épreuves diagnostiques, les chirurgies d’un jour, la construction d’établissements de soins de longue durée et l’achat et l’utilisation des nouvelles technologies. La commission recommandait aussi l’expansion des cliniques appartenant à des médecins.

Les consultations sur la santé publique au Manitoba

En janvier 2002, le ministre de la Santé du Manitoba créait un processus de consultation visant à examiner des défis et les choix du gouvernement en matière de prestation de soins de santé. Un résumé de ces consultations intitulé Health Choices (Les choix en santé) a été publié en avril 2002. Le rapport final est toujours attendu.

Le Comité consultatif sur les soins primaires à Terre-Neuve et Labrador

En septembre 2001, le ministre de la Santé et des Services communautaires nommait Kathy LeGrow à la présidence d'un comité consultatif sur les soins primaires. Dans son rapport remis en décembre 2001, le comité insistait sur le rôle du médecin de famille dans les soins primaires. Le rapport préconisait le travail d'équipe entre médecins de famille et autres professionnels de la santé.

Le Conseil du premier ministre sur la qualité des soins au Nouveau-Brunswick

En janvier 2000, le premier ministre Bernard Lord a nommé Michel Léger à la présidence d'un conseil de la santé. Parmi les recommandations contenues dans le rapport déposé en janvier 2002, notons la création d'un réseau de centres de santé communautaires, l'augmentation du nombre d'infirmières et infirmiers diplômés et la création d'une charte des droits du patient. Le rapport ne recommandait pas l'imposition de frais modérateurs, ni la privatisation ou la fermeture d'hôpitaux.

hgb*siepb491