

## La genèse du projet de loi 33



**Implications  
du jugement  
Chaoulli**

**Les centres  
médicaux  
spécialisés**

**L'assurance privée  
duplicative**

**Conséquences pour  
les professionnelles  
de la santé**

# DOSSIER Spécial PRIVATISATION

VOL 1, NO 1, MARS 2007 | FIQ Dossier spécial

**Responsable politique :** Michèle Boisclair, 1<sup>re</sup> v.-p. | **Recherche :** Florence Thomas, conseillère, secteur Santé |

**Rédaction :** Marc Thibault-Bellerose, conseiller, secteur Santé |

**Révision et coordination de la production :** Marie Eve Lepage, conseillère, service Communication-Information |

**Conception et montage graphique :** Josée Roy | **Illustrations :** Yves Lessard | **Impression :** Caractéra |

ISSN 1913-1356 (Imprimé)

ISSN 1913-1364 (En ligne)

Dans le but de fournir à ses membres une information toujours d'actualité, la Fédération a décidé de recourir à cette nouvelle publication : le FIQ Dossier Spécial.



4

La genèse du projet de loi 33 :  
Une réponse à l'arrêt Chaoulli?

Un apôtre du libre-choix bouleverse nos institutions  
Les jugements de première instance

5

La décision de la Cour  
suprême du Canada  
Implications du jugement  
Chaoulli

6

Le projet de loi 33  
en trois points



11

Des mythes en regard  
de la privatisation  
de la santé

14

Conséquences pour  
les professionnelles  
de la santé

**Le projet de loi 33  
a été adopté en  
décembre 2006.  
Ainsi, dans cette  
publication, toute  
référence au projet  
de loi 33 se rapporte  
à la L.Q. 2006, c.43.**

Dans les années 60 et 70, avant l'établissement de l'assurance hospitalisation et de l'assurance santé, les frais liés à la santé constituaient la première cause d'endettement des ménages au Québec. Lorsqu'un membre de la famille tombait malade, en plus de vivre le stress de la maladie, la famille devait souvent faire face à une catastrophe financière. Même l'accès aux soins n'était pas garanti.

Collectivement, les Québécoises et les Québécois ont décidé, en accord avec leurs valeurs de solidarité et de partage, qu'elles-ils avaient les moyens d'assurer le risque de la maladie en garantissant à toutes et à tous un accès universel aux soins de santé, sans égard à la capacité de payer des patient-e-s.

# Mot de la présidente



**En 2003**, tout comme elle le fait actuellement, l'équipe de Jean Charest a fait campagne en martelant sans cesse que la priorité d'un gouvernement libéral serait d'améliorer les services de santé à la population. Après cette élection, elle n'a pas mis longtemps avant de mettre de l'avant ses véritables priorités et son agenda caché. Ainsi, le gouvernement a annoncé en grande pompe qu'il amorçait une réingénierie de l'État, ce qui, concrètement, voulait plutôt dire qu'il s'apprêtait à privatiser certains services publics et qu'il comptait faire la part belle au secteur privé qui salivait devant la manne de profit potentiel.

Pourtant, le gouvernement Charest a dû ajuster son discours face au tollé populaire provoqué par ses prétentions. Toutefois, cet ajustement a plutôt été d'ordre cosmétique et il a préféré utiliser le terme *modernisation* ayant une connotation plus positive.

Sans contredit, le gouvernement Charest multiplie les attaques à l'encontre des travailleuses et travailleurs en général et du monde syndical en particulier. Il invoque régulièrement l'urgence de la situation pour imposer sous bâillon ses projets de loi antisyndicaux. Ainsi, le projet de loi 31 a modifié l'article 45 du Code du travail afin de favoriser la sous-traitance et le projet de loi 8 a mené à la prohibition

de la syndicalisation des responsables de services de garde en milieu familial.

**En décembre 2005**, la gravité de la situation a à nouveau été décrétée pour faire passer la Loi spéciale 43 (projet de loi 142) imposant les conditions de travail aux travailleuses des services publics, alors que les négociations allaient pourtant bon train.

**Dans le secteur de la santé**, les mesures d'inspiration néolibérale ont aussi été nombreuses. Par exemple, le projet de loi 25, initiant les fusions forcées des établissements de santé et créant les réseaux locaux de services intégrés, considère le secteur privé comme partie prenante dans la prestation des services de santé locaux.

**Pour ce qui est du projet de loi 30**, le but principal de son adoption était clairement d'affaiblir le mouvement syndical dans le réseau de la santé, en limitant le nombre d'accréditations syndicales (diviser pour régner) et en minant son rapport de force en décentralisant, au niveau local, la négociation de 26 matières ayant trait aux conditions de travail des professionnelles en soins de santé.

**En décembre 2006**, le gouvernement Charest a récidivé et invoqué encore une fois l'urgence de la situation pour faire passer quatre projets de lois controversés. À ce moment, l'attention médiatique était presque exclusivement centrée sur la Loi sur les heures et les jours d'admission dans les établissements commerciaux (projet de loi 57). Ce débat, néanmoins important, a détourné l'attention du public d'une législation pourtant déterminante pour l'avenir du système de santé québécois : l'adoption du projet de loi 33.

**À l'automne 2006**, la FIQ a participé à la Commission des affaires sociales -

Consultations particulières sur le projet de loi no 33. Bien entendu, la Fédération s'est alors positionnée contre l'adoption de ce projet de loi et n'était pas la seule à le faire. En effet, un groupe de chercheurs et de juristes s'est aussi prononcé en défaveur de celui-ci, notamment en ce qui a trait à l'introduction de financement privé et de services privés en santé. La Coalition des médecins pour la justice sociale abondait aussi dans ce sens.

Malgré tout, fidèle à lui-même, le gouvernement n'a écouté que les promoteurs du privé et les assureurs qui, sans aucun doute, en tireront profit. Ses choix sont purement politiques et n'ont aucun lien avec les principes de gratuité, d'accessibilité et d'universalité des soins de santé inscrits à la loi canadienne.

**Le projet de loi 33** représente un réel danger au sens où il ouvre la porte à un système à deux vitesses, offrant un accès privilégié aux soins de santé pour les plus riches, mais subventionné par l'ensemble des contribuables qui, eux, devront se contenter d'attendre leur tour dans le secteur public.

Parce que cette loi aura certainement d'importantes répercussions sur la pérennité du système public de santé, mais aussi sur l'organisation des soins et les conditions de travail dans le réseau, la Fédération vous propose ce *FIQ Dossier spécial Privatisation*. La FIQ espère ainsi contribuer à une meilleure compréhension des enjeux liés au projet de loi 33 et vous encourage à en discuter avec votre entourage.

Syndicalement,

Lina Bonamie

# Un apôtre du libre-choix bouleverse nos institutions

*Le dénominateur commun des causes défendues par le Dr Chaoulli est sa profonde aversion pour toute réglementation émanant de l'État*

## La genèse du projet de loi 33 : Une réponse à l'arrêt Chaoulli

En décembre dernier, le projet de loi 33 a été sanctionné dans l'anonymat presque total. En effet, les médias québécois, sûrement trop occupés par la couverture de la guignolée et par leurs reportages sur l'achalandage dans les boutiques avant Noël, ont accordé très peu d'attention à cette loi qui aura d'importantes répercussions. Tout au plus, les médias se sont limités à mentionner son adoption en spécifiant qu'il s'agit de la réponse du gouvernement libéral à l'arrêt Chaoulli.

Or, qu'en est-il? Qui est ce Chaoulli qui fait tant parler de lui? Que dit le jugement de la Cour suprême et quelles solutions pouvaient être envisagées? Le gouvernement libéral a-t-il simplement voulu se conformer au jugement de la Cour ou a-t-il voulu en profiter pour imposer son agenda affairiste grâce à l'alibi que lui procurait l'arrêt Chaoulli?

Le Dr Jacques Chaoulli, qui aime se comparer à rien de moins que Gandhi, est un médecin d'origine française pratiquant au Québec depuis 1986. Son parcours a été semé d'embûches et il semble éprouver un malin plaisir à se confronter aux autorités.

Ainsi, dès l'obtention de son droit de pratique, le Dr Chaoulli conteste l'obligation de pratique en région pour les trois premières années de service. Par la suite, il s'oppose à la loi qui oblige les médecins généralistes ayant moins de 10 ans de pratique à consacrer une partie de leurs tâches à des activités jugées prioritaires. Après s'être vu imposer une amende de 12 000 \$ pour son entêtement, le Dr Chaoulli manifeste seul devant l'Assemblée nationale et entreprend une grève de la faim de 30 jours. Enfin, voyant sa cause perdue, il opte pour le statut de médecin non participant afin d'offrir des services de soins à domicile en se déplaçant à bord d'un véhicule d'urgence avec gyrophare non réglementaire, ce qui lui vaut encore des problèmes avec les autorités publiques.

Néanmoins, malgré ses nombreuses frasques et péripéties, le Dr Chaoulli a acquis la notoriété publique et l'attention qu'il semble rechercher lorsqu'il a entrepris sa croisade judiciaire contre l'assurance santé publique. Notamment, il est contre l'interdiction de contracter une assurance privée pour couvrir les frais encourus par des services de santé obtenus auprès d'un médecin non participant. Selon lui, cette interdiction contrevient aux droits individuels protégés par les chartes québécoise et canadienne des droits et libertés.

En somme, le dénominateur commun des causes défendues par le Dr Chaoulli est sa profonde aversion pour toute régulation émanant de l'État. Pour lui, ce système socialiste brime systématiquement la liberté des individus en vertu de critères qu'il considère non fondés. Enfin, la plainte de M. Chaoulli a été jointe à celle de M. George Zeliotis, un patient qui conteste lui aussi l'interdiction de l'assurance privée en regard des chartes québécoise et canadienne des droits.

---

## Les jugements de première instance

Un premier jugement a été rendu en 2000, par la Cour Supérieure du Québec, qui rejette la requête de M. Chaoulli et Zeliotis. Selon le jugement, cette interdiction vise à favoriser la santé globale de tous les Québécois et de toutes les Québécoises, sans égard à leur situation financière.

Deux ans plus tard, c'est au tour de la Cour d'appel du Québec de rejeter leur demande, pour les mêmes raisons, ajoutant que leur requête concerne un droit économique qui n'est pas protégé par la Charte. Finalement, les deux requérants portent leur cause en appel devant la plus haute instance au pays, la Cour suprême du Canada.

# La décision de la Cour suprême du Canada

Le 9 juin 2005, la plus haute instance judiciaire du pays rend son verdict. Dans une décision divisée (4 juges en faveur contre 3), la Cour donne gain de cause aux plaignants, du moins en partie. Ainsi, dans son jugement, la Cour estime que l'interdiction de l'assurance privée contrevient à l'article 1 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne du Québec en regard du droit à l'intégrité de la personne, dans la mesure où le temps d'attente pour avoir accès au service est jugé déraisonnable. De plus, même si la Cour reconnaît que l'interdiction de l'assurance privée a été mise sur pied afin de protéger le régime public et ainsi garantir un accès universel sans égard à la capa-

cité de payer des citoyens, elle juge que cette interdiction n'est pas essentielle. D'autres provinces canadiennes (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse et Saskatchewan) permettent l'assurance privée sans que cela ne compromette la survie du régime public, selon l'opinion majoritaire.

Il est important d'insister sur le fait que l'interdiction de l'assurance privée est jugée inconstitutionnelle seulement dans les circonstances où le temps d'attente pour avoir accès aux services est déraisonnable, terme que ne définit d'ailleurs pas la Cour.

Qui plus est, il est plutôt aberrant de constater que les juges de la Cour suprême ont basé leur jugement sur les données des listes d'attente fournies par l'Institut Fraser, un *think-tank* néolibéral dont la crédibilité et l'impartialité sont très contestées. D'ailleurs, le rapport de la Commission MacDonald a statué que les données de l'Institut Fraser comporte de nombreux biais méthodologiques qui ont pour effet de gonfler les résultats.

## Implications du jugement Chaoulli

Le jugement émis par la Cour suprême a évidemment des répercussions et invite nos décideurs à poser des gestes conformes à sa décision. Il faut retenir que, dans la mesure où le jugement repose sur des temps d'attente déraisonnables pour avoir accès aux services de santé, le gouvernement québécois se doit d'agir afin de diminuer ce temps d'attente. Point. Pour y arriver, les solutions sont nombreuses et variées; elles sont donc loin de se limiter à ce que le gouvernement Charest a proposé.

A priori, une des possibilités qu'aurait pu envisager le gouvernement Charest dans sa réponse à l'arrêt Chaoulli était, tout simplement, d'invoquer la clause dérogatoire (clause nonobstant) et, ainsi, se soustraire à l'obligation de subir les conséquences du jugement. Néanmoins, le gouvernement Charest s'est contenté de répéter à satiété qu'il se devait de répondre à l'arrêt Chaoulli, qu'il avait reçu un ordre de la Cour et qu'il devait s'y conformer. Dans les faits, il n'était pas tenu de le faire. Pourquoi autant d'insistance? Y aurait-il anguille sous roche?

La réponse du gouvernement Charest à l'arrêt Chaoulli est disproportionnée et va beaucoup plus loin que ce qu'il était tenu de faire. Il apparaît évident que l'arrêt Chaoulli a servi d'alibi au gouvernement libéral pour mettre de l'avant ce qu'il cherchait à faire depuis longtemps, soit ouvrir les services de santé au secteur privé.



**Le jugement Chaoulli repose sur des temps d'attente déraisonnables pour avoir accès aux services de santé**

# Le projet de loi 33 en trois points

## 1 Gestion centralisée de l'accès aux services de santé

**Par l'entremise du projet de loi 33, le gouvernement libéral instaure un mécanisme de gestion centralisée de l'accès aux services de santé. La FIQ considère que cette mesure est susceptible d'améliorer sensiblement l'organisation des soins, ce qui aura nécessairement une incidence sur les listes d'attente.**

***La gestion centralisée de l'accès aux services de santé permet de mieux organiser les services et les budgets en fonction des besoins. Cette mesure aurait amplement suffi pour résorber le problème des listes d'attente***

Présentement, les listes d'attente sont gérées par les médecins spécialistes ou par les centres d'activité hospitaliers. Par conséquent, il est très difficile d'évaluer où les besoins sont les plus criants et de repérer les endroits où un patient pourrait être soigné plus rapidement. Ainsi, cette mesure de gestion centralisée de l'accès aux services de santé permet de mieux organiser les services et les budgets en fonction des besoins. Par exemple, il apparaît qu'à l'heure actuelle, entre 20 % et 30 % « ... des noms ne devraient même pas apparaître sur [les listes d'attente] [...], parce que les patients ont obtenu le service ailleurs, qu'ils ne veulent plus le service, qu'ils n'en ont plus besoin, ou même qu'ils sont décédés »<sup>1</sup>.

De plus, parce qu'elles ne sont pas issues d'un processus transparent et qu'elles ne favorisent pas l'imputabilité des gestionnaires et des professionnels, les listes d'attente peuvent être utilisées comme un levier de négociation « dans le partage des ressources entre les différentes spécialités médicales et chirurgicales »<sup>2</sup>.

Parce que la présence de listes d'attente trop longues est souvent le fruit d'une mauvaise gestion et d'une mauvaise utilisation des ressources disponibles, l'implantation d'un système de gestion centralisée aura sûrement de nombreux effets bénéfiques sur l'accès aux services spécialisés. En somme, cette mesure aurait amplement suffi pour résorber le problème des listes d'attente et aurait pu constituer une réponse adéquate à l'arrêt Chaoulli. Il faut se rappeler que l'arrêt Chaoulli a statué que l'interdiction de l'assurance privée duplicative contrevenait à la Charte québécoise des droits et libertés dans la mesure où les temps d'attente pour avoir accès aux services de santé étaient trop longs. Néanmoins, le gouvernement libéral a choisi de ne pas s'arrêter là et d'aller encore plus loin.

## 2

## Les centres médicaux spécialisés



**Une autre mesure introduite par le projet de loi 33 prévoit la mise sur pied de centres médicaux spécialisés (CMS). Au sens de la loi, il existe deux types de CMS : les centres où les médecins sont exclusivement participants et les centres où les médecins sont exclusivement non participants.**

Un médecin participant est un médecin inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ); il exerce donc exclusivement dans le régime public et son salaire est à la charge de l'État.

CMS n'est pas nécessairement prise en regard des temps d'attente, comme le précisait le livre blanc<sup>3</sup>, mais bien en considérant les *gains d'efficacité et d'efficience* que procurerait le recours au privé.

Lorsqu'un médecin est non participant, il n'est plus inscrit au régime public d'assurance maladie; il n'a plus le droit, par conséquent, d'exercer sa pratique dans les établissements publics ni d'accepter la carte d'assurance maladie. Le médecin qui fait ce choix peut facturer directement ses clients pour ses services. Seulement une centaine de médecins québécois ont fait le choix de se désaffilier du régime public. Cette faible popularité de la pratique médicale désaffiliée s'explique, en partie, par le fait que très peu de gens ont les moyens de payer les honoraires élevés des médecins non participants.

En ce qui a trait aux CMS avec médecins participants, ces centres médicaux à but lucratif pourront désormais réaliser des profits en accueillant des patients du secteur public pour des chirurgies de la hanche, du genou, de la cataracte ou tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement du ministre. Ainsi, même si la loi limite en principe le recours aux CMS pour les trois chirurgies électives mentionnées précédemment, la porte est ouverte à un ensemble beaucoup plus vaste de chirurgies pouvant y être transférées selon l'humeur du jour du ministre. Avec le libellé de cette loi, une véritable boîte de pandore s'ouvre et il faut s'inquiéter du fait que l'ensemble de la chirurgie ambulatoire pourrait éventuellement être dirigée vers le privé, via les CMS.

En conformité avec le projet de loi 33, les agences régionales pourront, après consultation avec le ministre, les représentants des médecins et les gestionnaires d'établissements, contracter certaines chirurgies et autres services médicaux avec de véritables petits hôpitaux privés que sont les CMS. La décision de contracter certains services médicaux avec les

De plus, en contractant avec des centres privés certains services médicaux, les citoyens et citoyennes québécoises financeront par leurs impôts les profits engendrés par les

***Les citoyens et citoyennes québécoises financeront par leurs impôts les profits engendrés par les CMS pour des services qui auraient pu être dispensés dans le système public***

CMS pour des services qui auraient pu être dispensés dans le système public. Or, pour que les entrepreneurs de la santé réalisent un profit, deux constats s'imposent.

D'une part, les services dispensés dans le secteur privé risquent de coûter plus cher à l'État, en bout de ligne, afin de générer les bénéfices des centres médicaux privés. Ce fait est corroboré par de nombreuses statistiques à l'effet que les dépenses globales en santé sont plus élevées lorsque le secteur privé est mis à contribution<sup>4</sup>.

D'autre part, si les centres privés arrivent à offrir des services à coût égal ou moindre que dans le secteur public, il faut se demander où seront réalisées ces économies, considérant qu'environ 80 % des dépenses de santé sont liées à la main-d'œuvre. Ainsi, il serait plutôt étonnant que les profits des centres médicaux privés se réalisent à même le salaire des médecins qui seront en partie actionnaires de ces centres. Donc, qui paiera pour la marge bénéficiaire des actionnaires? Les professionnelles en soins? Les employés de soutien? La sécurité des patients? Ces questions demeurent entières et pour le moins préoccupantes.

Quant aux CMS avec médecins non participants, l'ensemble des frais seront déboursés par les patients qui pourront ensuite se faire rembourser par leur assurance privée. Dans certains cas, le ministre a la possibilité de transférer des patients du secteur public dans ces centres médicaux à grands frais, sur le compte de l'État. Encore une fois, le secteur privé accaparera pour son profit des fonds provenant des impôts des contribuables, fonds qui pourraient tout de même servir à l'amélioration du régime public. Ce véritable détournement d'argent amène une question fondamentale : les impôts doivent-ils servir à enrichir des investisseurs déjà millionnaires ou bien à améliorer l'accès et la qualité des services auxquels tous ont droit?

# Les dérives

## Le centre médical Rockland

Le centre médical Rockland MD constitue un très bel exemple des dérives que peut engendrer le projet de loi 33. Ainsi, son ouverture controversée, qui a fait les manchettes moins d'un mois après l'adoption de la loi, laisse croire que les propriétaires du centre, situé près de sa clientèle potentielle (entre Outremont et Mont-Royal), étaient prêts depuis longtemps à offrir leurs services à leurs riches patients. Ils n'attendaient que la bénédiction du projet de loi de M. Couillard.

Néanmoins, tout porte à croire que ce centre n'est pas conforme à l'esprit de la loi adoptée sous le bâillon au mois de décembre 2005 ; la RAMQ enquête d'ailleurs sur sa légalité. En effet, le projet de loi 33 préserve l'étanchéité de la pratique médicale en spécifiant que les CMS avec médecins participants sont des établissements privés où l'ensemble des frais encourus pour les services médicaux spécialisés sont à la charge de l'État, lorsque le patient y est référé.

Les médecins de ces centres médicaux sont toutefois autorisés à facturer aux patients un nombre très restreint de frais accessoires, comme les médicaments et les produits anesthésiants. Il faut se rappeler que la Cour Supérieure du Québec a récemment obligé l'État à rembourser plus de 13 millions de dollars à au moins 40 000 femmes qui ont dû payer pour des frais accessoires illégaux en clinique privée d'avortement.

Or, au centre médical Rockland MD, les médecins spécialistes sont participants (leur salaire est donc défrayé par l'État), mais toute une panoplie de frais accessoires sont à la charge des particuliers. Par exemple, une chirurgie pour une hernie inguinale coûtera au patient 1300 \$ pour des frais accessoires tels que le salaire des infirmières et du personnel de soutien, la location de la salle, etc. L'acte médical, quant à lui, demeure aux frais de la RAMQ.

Le centre médical en question entretient également une confusion des genres qui n'est pas conforme à la loi et confondra plus d'un client. Ainsi, dans le même centre, les omnipraticiens sont non participants au régime de la RAMQ alors que les spécialistes le sont. D'autre part, les honoraires des spécialistes seront couverts par la RAMQ pour les chirurgies orthopédiques, comme le prévoit le projet de loi 33, mais le seront-ils pour les chirurgies des sinus, du tympan ou pour les endoscopies diagnostiques aussi offertes dans ce centre?

Avec un tel système, à cheval entre le privé et le public, la pire des situations se présente : un système à deux vitesses qui offre un accès privilégié aux soins de santé pour les plus riches de notre société, en plus d'être subventionné par l'ensemble des contribuables qui, eux, devront se contenter d'attendre leur tour dans le secteur public mis à mal par le départ de ses ressources vers le secteur privé.

# du projet de loi 33

## Les CMA

Plus inquiétant encore, le projet de loi 33 stipule qu'une agence régionale peut demander l'autorisation au ministre qu'un CMS s'associe à un centre hospitalier afin d'y dispenser un certain nombre de chirurgies. Le CMS devient alors une clinique médicale associée (CMA). Pour ce faire, l'agence, l'établissement hospitalier et le centre médical privé doivent conclure une entente, d'une durée maximale de 5 ans, dans laquelle y seront précisés certains détails devant répondre au cadre prescrit par la loi.

Or, le projet de loi 33 a ceci de pernicieux que les services spécialisés pouvant être contractés avec les CMA ne sont pas précisés et ne se limitent donc pas aux chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. Ainsi, un CMA peut être constitué d'un cabinet privé de professionnels, d'un laboratoire ou d'un centre médical spécialisé avec médecins participants, ce qui ouvre virtuellement la porte à toute une panoplie de services contractés avec le privé.

En somme, le gouvernement désire instaurer des partenariats public-privé dans la prestation de services de santé à la population. Or, lorsque sont considérées les innombrables histoires d'horreur vécues notamment dans les pays anglo-saxons avec les PPP, il y a de quoi frémir!

***Les partenariats public-privé reposent sur les postulats néolibéraux à l'effet que le secteur privé est, par définition, plus efficace que le secteur public.***

## Les PPP

Les partenariats public-privé (PPP) reposent sur les postulats néolibéraux à l'effet que le secteur privé est, par définition, plus efficace que le secteur public. Ainsi, par l'entremise des PPP, un gouvernement cède au secteur privé la prestation d'un service public, en échange de quoi l'État lui paie des redevances pour services rendus. Pour les néolibéraux, ce type de partenariat a l'avantage de transférer les risques au secteur privé, ce qui, combiné à sa grande efficacité, se traduirait par des économies importantes pour l'État.

Les PPP ont été introduits en Grande-Bretagne, dans les années 90, et y ont connu une grande popularité sous le nom de "Private Finance Initiatives", PFI. Or, depuis quelques années, le gouvernement britannique délaisse progressivement le recours aux PPP compte tenu de leur inefficacité avérée et de leurs coûts exorbitants. Qu'à cela ne tienne, le gouvernement Charest maintient qu'il faut s'inspirer du succès des PPP britanniques pour être au diapason des pays modernes et développés.

L'expérience britannique fournit de nombreux exemples démontrant les limites de la conciliation profits/santé publique. Ainsi, malgré la mise sur pied de 38 hôpitaux en mode PPP, plus de 12 000 lits ont été fermés afin de maîtriser les coûts globaux et d'assurer la rentabilité du secteur privé. Plus inquiétant encore, la conception et la construction des hôpitaux répondent souvent davantage aux besoins des investisseurs que des usagers.

# Projet de loi 33

## L'assurance privée duplicative

**L'assurance duplicative est un type d'assurance privée qui couvre des services déjà offerts dans le système public, qui demeure universel. Avec elle, toutes les Québécoises et tous les Québécois continuent à financer le système de santé public avec leurs impôts et ceux qui le désirent (et qui en ont les moyens) paient en plus pour leur couverture d'assurance privée. Ainsi, les personnes désirant adhérer à une police d'assurance privée se trouvent à payer deux fois pour le même service.**

***L'assurance privée duplicative couvre des services déjà offerts dans le système public***

Certains disent de ce type d'assurance qu'il a l'avantage de préserver le meilleur des deux mondes. D'un côté, l'universalité de l'accès aux services de santé serait garantie par le maintien du système public par le truchement de la fiscalité, de l'autre côté, le secteur privé viendrait agir en tant que complément au système public en accueillant les patients munis d'une assurance privée. Or, l'introduction de l'assurance privée duplicative n'est pas sans conséquence pour le système public.

Donc, par l'entremise du projet de loi 33, le gouvernement Charest introduit la possibilité pour les particuliers de se doter d'une police d'assurance privée afin de couvrir les frais d'une chirurgie de la hanche, du genou ou de la cataracte exécutée dans un CMS où pratiquent des médecins non participants au régime public. Pour l'instant, cette mesure ne s'applique qu'aux épisodes de soins liés à ces trois chirurgies. Toutefois, le gouvernement pourrait élargir la couverture d'assurance privée à d'autres services spécialisés par simple règlement, après avoir fait l'objet d'une

*étude par la commission compétente de l'Assemblée nationale, ce qui reste nettement insuffisant pour garantir que l'assurance privée ne s'appliquera pas à l'ensemble des chirurgies ambulatoires.*

Combinée à l'établissement des CMS, le projet de loi 33 pave donc la voie à la mise sur pied d'un système de santé privé parallèle, basé sur la capacité de payer des patients. Ainsi, les patients les plus fortunés pourront désormais éviter les listes d'attente dans le secteur public en se faisant opérer dans un centre médical spécialisé entièrement privé. Ces patients pourront ensuite se faire rembourser par leur assurance privée. Est-ce véritablement l'esprit de l'arrêt Chaoulli? Le jugement de la Cour suprême engageait-il le gouvernement Charest à aller aussi loin? La réponse est non. Il appert que l'arrêt Chaoulli a constitué un alibi merveilleux pour le gouvernement libéral afin d'instaurer un système de santé à deux vitesses qui bénéficiera essentiellement aux mieux nantis de notre société, aux entrepreneurs de la santé et aux assureurs privés.

# Des mythes en regard de la privatisation de la santé

**Le projet de loi 33 prévoit la création de centres médicaux spécialisés privés ainsi que l'introduction de l'assurance privée duplicative; ces mesures outrepassent l'arrêt Chaoulli et constituent une décision politique. Quels sont les arguments que ses tenants utilisent pour les justifier?**

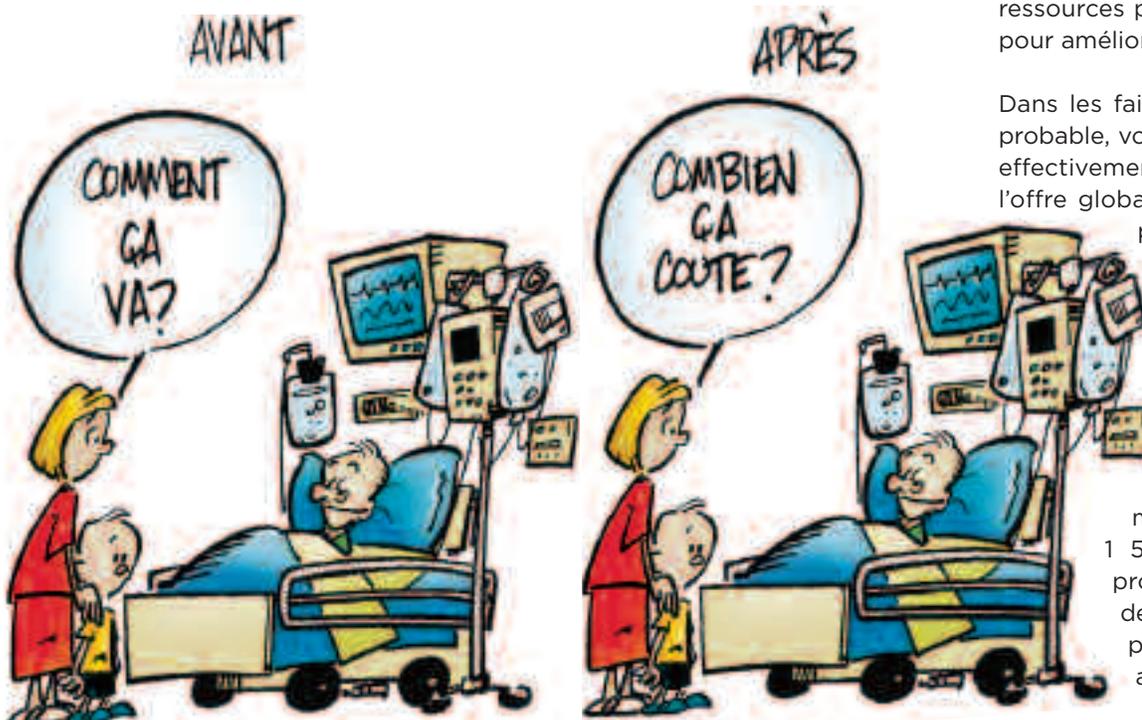
## Les listes d'attente

**La pénurie d'infirmières au Québec est présentement évaluée à environ 1 500 effectifs. Elle atteindra 4 466 infirmières en 2010 et 17 119 en 2020**

Pour les promoteurs d'une participation accrue du secteur privé, le projet de loi 33 devrait permettre de résoudre, du moins en partie, le problème des listes d'attente pour les chirurgies électorives. Selon leur raisonnement, la présence du secteur privé en santé accroît l'offre globale de services. Ainsi, il devrait y avoir, selon eux, plus de services disponibles pour la même population.

Par exemple, les patients qui ont les moyens de s'acheter une police d'assurance privée pourront aller se faire opérer dans un centre médical spécialisé avec médecins non participants, ce qui aura comme effet de réduire les listes d'attente pour les patients inscrits dans le secteur public. Comme l'assurance est duplicative, cette mesure devrait être sans conséquence pour le secteur public qui continuera à être financé par l'ensemble des contribuables, comme à l'heure actuelle. Mieux encore, ces mêmes promoteurs tentent de faire croire que la réduction de la demande de soins dans le secteur public devrait réduire, logiquement, les coûts du système public. Ainsi, de nouvelles ressources pourraient être affectées pour améliorer les services de santé.

Dans les faits, il est hautement improbable, voire impossible, qu'il y ait effectivement une augmentation de l'offre globale de services de santé pour une simple et bonne raison : l'offre de main-d'œuvre est déficitaire, qu'il s'agisse des médecins ou des professionnelles en soins. Par exemple, la pénurie d'infirmières au Québec est présentement évaluée à environ 1 500 effectifs. Selon les projections, cette situation de pénurie ne se résorbera pas dans les prochaines années, au contraire.



# PROJET DE LOI 33

Ainsi, il est estimé que la pénurie atteindra 4 466 infirmières en 2010 et 17 119 en 2020<sup>5</sup>!

Quant à la pénurie de médecins, le Collège des médecins indique qu'il y a présentement 1,7 médecin par tranche de 1 000 habitants au Québec, proportion inférieure à celle observée au Canada (2,1) et ailleurs dans le monde (2,9). Selon Yves Lamontagne, président du Collège des médecins, cette pénurie se maintiendra au moins à court et moyen terme, puisque l'augmentation du nombre de diplômés en médecine devrait à peine compenser le nombre de médecins qui prendront leur retraite<sup>6</sup>.

Comme il n'y a pas de main-d'œuvre disponible, le secteur privé devra recruter là où les ressources humaines se trouvent, c'est-à-dire dans le secteur public. En voyant ses ressources drainées vers le secteur privé, le secteur public ne pourra offrir les mêmes services, faute de personnel qu'il ne pourra remplacer, dû à la pénurie. À ce sujet, une étude couvrant les pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), pour la période de 1980 à 1997, démontre que l'offre de services dans le régime public est systématiquement réduite lorsque la part du privé est accrue<sup>7</sup>.

Donc, si l'offre de services est réduite dans le secteur public, les temps d'attente, logiquement, devraient augmenter. C'est effectivement ce qui s'est passé en Australie lorsque l'assurance privée duplicative a été introduite<sup>8</sup>. En Grande-Bretagne, la réduction des temps d'attente n'est pas liée à l'introduction de l'assurance duplicative; elle est le fruit d'une importante injection de fonds publics.

Aussi, une étude récente de l'OCDE indique que « ...rien ne permet de dire que cela [l'assurance duplicative] réduit [...] les temps d'attente dans le secteur public, qui est le seul choix possible pour les catégories à faible revenu »<sup>9</sup>.

En somme, les pays qui ont introduit l'assurance duplicative, comme la Grande-Bretagne, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ont des temps d'attente égaux ou supérieurs à ceux prévalant au Canada. Il n'existe pas de cas documentés qui démontrent que l'introduction de l'assurance privée duplicative a effectivement un effet favorable sur la réduction des temps d'attente dans le secteur public. Le seul effet positif démontré de l'assurance duplicative sur les temps d'attente concerne les patients qui possèdent une assurance privée. Pour ces plus fortunés, le temps d'attente diminue, effectivement. En effet, toujours selon l'OCDE, l'assurance duplicative pose de *considérables problèmes d'équité*, parce qu'elle met en place un véritable système à deux vitesses basé sur la capacité de payer des patients et non pas sur les besoins.

Est-ce vraiment le système que les Québécois ont choisi? Le gouvernement Charest a-t-il précisé les problèmes que pose l'assurance privée duplicative? Évidemment, la réponse est non. Le sous-financement du régime public de santé québécois et la lassitude sous-jacente des Québécois-e-s face aux difficultés d'accès aux soins de santé, combinés à l'alibi fourni par l'arrêt Chaoulli, auront permis au gouvernement libéral de faire adopter en douce un retour à l'ère duplessiste où les riches se feront soigner adéquatement et les moins chanceux devront attendre leur tour.

## Le financement du régime public

Un autre argument souvent amené par les chantres de la privatisation des soins de santé est à l'effet que l'État n'aurait tout simplement plus les moyens de ses ambitions. La croissance des dépenses de santé, qui devrait être exacerbée par une augmentation sensible de la demande de services de santé liée au vieillissement de la population, ferait en sorte que l'actuel régime public de santé ne serait pas viable et qu'en conséquence, une réforme majeure s'imposerait afin de transférer ces coûts du public vers le privé.

En premier lieu, il convient de mentionner que la catastrophe appréhendée par ceux qui désirent privatiser le système de santé est loin d'arriver. Encore une fois, les apôtres du libre marché agitent des épouvantails afin de faire peur et d'arriver à leur fin. Ainsi, les études sérieuses sur le sujet contredisent les thèses de ceux qui invoquent la lucidité intéressée. Une de ces études démontre qu'au Canada, les coûts réels per capita, en dépenses de santé, ont augmenté de 2,5 % par année, entre 1980 et 1997. Or, le vieillissement de la population explique seulement 20 % de cette hausse<sup>10</sup>.

Le phénomène prendra une ampleur inégalée quand les baby-boomers auront plus de 65 ans, répondent les lucides. Pourtant, la même étude estime à 2,9 % (soit 0,4 % de plus que pour la période précédente) l'augmentation réelle annuelle des coûts de santé pour la période allant de

**Le vieillissement de la population aura une incidence marginale sur la hausse des dépenses de santé pour les 30 prochaines années**

1998 à 2030. Selon les mêmes auteurs, le vieillissement de la population n'expliquerait que 31 % de cette augmentation; le coût des médicaments et des nouvelles technologies ayant une incidence beaucoup plus grande sur elle<sup>11</sup>.

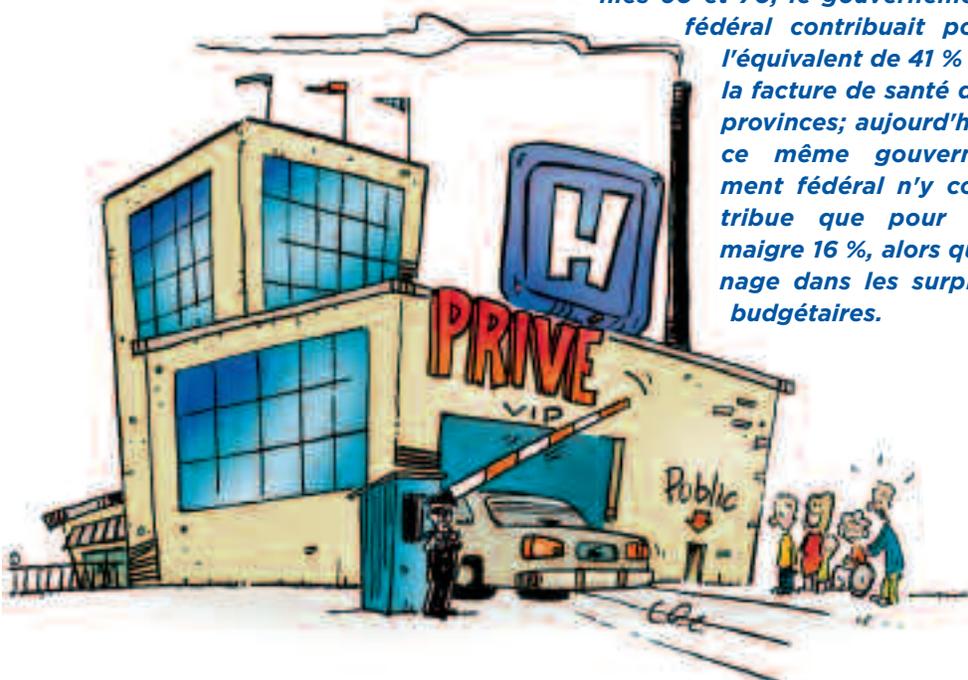
D'autres études réalisées par des sources aussi variées et fiables que l'OCDE, le ministère des Finances du Canada<sup>12</sup> et l'Institut canadien des actuaires<sup>13</sup> arrivent toutes à la même conclusion : le vieillissement de la population aura une incidence marginale sur la hausse des dépenses de santé pour les 30 prochaines années.

**Quelles sont donc les motivations de ceux qui invoquent la non viabilité du financement du système de santé public et l'urgence d'y apporter les correctifs qu'ils jugent nécessaires (voire la privatisation de la santé)? La hausse des dépenses de santé pourrait être amortie, du moins en partie, si le gouvernement fédéral réglait la question du déséquilibre fiscal. En effet, au cours des décennies 60 et 70, le gouvernement fédéral contribuait pour l'équivalent de 41 % de la facture de santé des provinces; aujourd'hui, ce même gouvernement fédéral n'y contribue que pour un maigre 16 %, alors qu'il nage dans les surplus budgétaires.**

Une autre question importante, à poser en regard du financement du régime public de santé, est de savoir si un recours accru au financement privé en santé permettrait effectivement à l'État de réaliser des économies? Les tenants de l'idéologie néolibérale ont la ferme conviction que la gestion privée est, par essence, efficace et moins coûteuse comparativement à la gestion publique qui ne peut mener qu'au gaspillage et à une mauvaise utilisation des ressources.

Or, les faits contredisent à nouveau ces affirmations. En effet, il a été démontré que l'assurance privée nécessite des frais généraux administratifs beaucoup plus élevés que les systèmes publics, tant pour le remboursement des organismes que des prestataires. Par exemple, il faudrait accroître de 10 % les dépenses totales de santé au Canada si le régime canadien avait les mêmes coûts de gestion que le régime états-unien. « [...] [Dans ce pays], on y emploie 85 % plus de cadres administratifs qu'au Canada, 22 % plus de personnel de soutien dans les secteurs administratifs non financiers et 65 % plus de personnel dans le secteur de l'administration financière »<sup>14</sup>.

Outre les frais d'administration, il appert que les médecins propriétaires de leur centre médical offrent des services excessifs à leurs patients-clients, puisqu'il est logiquement lucratif pour eux de le faire. Ainsi, une étude réalisée auprès de 60 000 patientes a permis de démontrer que les médecins évoluant dans le privé utilisent beaucoup plus les équipements de radiographie que leurs confrères du secteur public. Ainsi, les médecins des centres privés ont utilisé ces appareils dans des proportions





de 46 % lors de problèmes respiratoires (contre 11 % dans le public) et de 54 % pour des douleurs au bas du dos (contre 12 % dans le public)<sup>15</sup>.

En somme, la part du financement public en 1999 est estimée à 60 % des dépenses totales de santé aux États-Unis, soit une somme de 2 604 \$US par habitant, une somme supérieure à celle consentie dans l'ensemble des pays occidentaux, exception faite de la Suisse. Par rapport au PIB, les états-unis consacrent 15,3 % aux dépenses de santé, alors qu'au Canada cette proportion est de 10 %<sup>16</sup>. Donc, même si c'est aux États-Unis que chaque individu dépense le plus en santé, il faut rappeler que 40 millions d'entre eux n'ont aucune couverture d'assurance et n'ont donc pas accès aux soins de santé? Ainsi, nos voisins du Sud paient plus cher pour moins de services!

En Grande-Bretagne, la situation n'est guère plus reluisante. Plus de 10 ans après avoir fait l'expérience d'un financement accru du secteur privé dans le secteur de la santé, l'Association médicale britannique a conclu que :

**« [...] les faits continuent de démontrer que les initiatives privées dans le domaine hospitalier sont excessivement coûteuses et ne répondent pas de manière satisfaisante à nos préoccupations en regard de l'accessibilité aux services, de l'optimisation des ressources, du transfert de risque et des coupures de services. D'après nous, ni les avantages initialement annoncés pour les initiatives privées, ni les améliorations proposées par le gouvernement actuel ne contrebalanceront les désavantages »<sup>15</sup>.**

De son côté, une étude de l'OCDE conclut que « Quel que soit son rôle dans le système de santé, l'assurance privée a eu pour effet d'accroître la dépense totale de santé. La plupart des pays de l'OCDE exercent moins de contrôle sur les activités et les prix

du secteur privé que sur les régimes publics et leurs prestataires »<sup>16</sup>. Donc, loin de réduire les dépenses totales de santé, « dans certains cas, l'assurance maladie privée a en fait accru les dépenses publiques de santé ou les dépenses publiques en général »<sup>16</sup>.

## Conséquences pour les professionnelles de la santé

**Il est plutôt ardu d'évaluer les conséquences de la privatisation de la santé sur les professionnelles, puisqu'il existe très peu d'études à ce sujet. Cependant, deux études<sup>17</sup> réalisées pour le compte de l'Organisation internationale du travail (OIT) arrivent à la même conclusion : la privatisation de services de santé est associée, dans la majorité des cas, à la détérioration des conditions de travail et à la diminution des salaires pour les professionnelles de la santé.**

En drainant le personnel du régime public vers le privé, les professionnelles évoluant toujours dans le public risquent de se retrouver avec une charge de travail plus lourde, étant donné la pénurie de personnel combinée à la très faible variation dans la demande de services. Aussi, il est démontré que le secteur privé, rentabilité oblige, se concentre dans les soins non urgents et moins coûteux et cible une clientèle moins à risque. Le secteur public continuera donc à traiter les cas les plus lourds et les plus coûteux, avec moins de ressources. De plus, compte tenu de la possible augmentation des dépenses totales de santé, il est difficile d'imaginer que le secteur public sera enclin à fournir de meilleurs salaires à ses professionnelles.

De plus, si le secteur privé risque d'offrir des salaires plus avantageux à court terme afin d'inciter les professionnelles des soins à rejoindre ses rangs, cette situation pourrait s'inverser, à moyen terme, étant donné les objectifs de rentabilité du secteur privé et considérant que les dépenses de main-d'œuvre accaparent 80 % des dépenses totales de santé.

# En regard des faits, les conclusions suivantes peuvent être tirées :

- Le financement du système de santé public est viable et n'est pas menacé par le vieillissement de la population. L'augmentation des coûts est davantage liée à la croissance vertigineuse du coût des médicaments et à l'utilisation de technologies coûteuses, ce qui peut être contrôlé et régulé par une intervention de l'État adéquate.
  - Le secteur privé n'est pas plus efficace que le secteur public, au contraire. Les études démontrent que plus la part du financement privé est importante, plus les dépenses de santé le sont aussi. Il en résulte un système qui coûte plus cher et offre moins de services que le régime public universel, en plus d'être inéquitable.
  - Selon les données de l'OIT, le financement privé risque d'exercer des pressions vers le bas en ce qui a trait aux conditions de travail et aux salaires des professionnelles de la santé.
  - Les diverses expériences vécues dans les pays de l'OCDE démontrent que les listes d'attente dans le régime public ne se résorbent pas avec l'introduction du financement privé. Au contraire, la situation de pénurie de ressources fait en sorte que l'accès aux chirurgies électives risque d'être le même qu'à l'heure actuelle, voire moindre, exception faite des plus fortunés qui pourront se payer des services en centre privé.
- En somme, le projet de loi 33 crée un dangereux précédent en ouvrant encore plus la porte au financement et à la prestation privée de services, jetant ainsi les bases d'un système à deux vitesses qui offrira un accès aux soins de santé privilégié aux plus riches en diminuant les ressources disponibles pour la majorité de la population.
- Ce n'est pas ce que la population souhaite et ce n'est pas l'essence de l'arrêt Chaoulli qui obligeait seulement le gouvernement à corriger le problème des listes d'attente et non pas à amorcer la privatisation d'une partie des soins de santé.
- Les professionnelles en soins de santé, en tant que témoins privilégiés de la situation vécue dans le réseau de la santé et en tant que citoyennes, ont le devoir de s'opposer à cette loi et d'en diffuser le contenu et les conséquences afin que les acquis sociaux, gagnés de longues luttes, ne s'évaporent pas au profit des plus nantis et au détriment des valeurs de solidarité et d'équité partagées par toutes. La santé n'est pas une marchandise, c'est un droit!

## Documents consultés :

- 1 Fondation canadienne de la recherche sur les services de Santé, 2005, *Listes d'attente : la gestion centralisée améliore l'efficacité*, en ligne : [www.chrsf.ca/mythbusters/pdf/boost1\\_f.pdf](http://www.chrsf.ca/mythbusters/pdf/boost1_f.pdf) (page consultée le 22/01/07).
- 2 Trotter Hélène, Contandriopoulos, André-Pierre et Champagne, François, 2006, *Les délais d'attente dans le système de santé*, en ligne : [www.santepop.qc.ca/chaoulli/docs/chaoulli/louise-helene\\_trotter\\_texte.pdf](http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/docs/chaoulli/louise-helene_trotter_texte.pdf) (page consultée le 13/02/07).
- 3 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2006, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf> (page consultée le 13/02/07).
- 4 Voir « Des mythes en regard de la privatisation de la santé - Le financement du régime public » de la présente publication.
- 5 JEAN, Suzanne, 2005, *Projection de la main-d'œuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020*, MSSS, p.31, en ligne : [www.fiqsante.qc.ca/documents\\_publications/documents/pmo\\_inf\\_rapport2005.pdf](http://www.fiqsante.qc.ca/documents_publications/documents/pmo_inf_rapport2005.pdf) (page consultée le 08/01/07).
- 6 LAMONTAGNE, Yves, 2007, *Rapport sur les effectifs médicaux, 2006-2007*, Collège des Médecins du Québec, en ligne : [www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Rapport-effectifs-medicaux-2006-2007.pdf](http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Rapport-effectifs-medicaux-2006-2007.pdf) (page consultée le 08/02/07).
- 7 TUOHY-HUGHES, C, FLOOD, C et STABILE, M, 2004, *How does private finance affect public health care systems*, *Journal of Health, Policy and Law*, vol.29, no.3: 359-396.
- 8 BUCKETT, S, 2005, *Living the Parallel Universe in Australia: Public Medicare and Private Hospitals*, *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol.73, No.7.
- 9 OCDE, 2004, *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, en ligne : [www.oecd.org/dataoecd/15/41/33915167.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/15/41/33915167.pdf) (page consultée le 13/02/07).
- 10 HOGAN, S et HOGAN, S, 2002, *How Will de ageing of the population affect health care needs and costs in the foreseeable future?* Discussion Paper No.25, Commission on the Future of Health Care in Canada.
- 11 LACHANCE, Daniel, 2006, *Avons-nous les moyens de vieillir?* Dans *Demain vous appartient*. Parlons politique!, FAQ, FEC, FNEEQ, en ligne : [www.fneeq.qc.ca/MGACMS-Client/Protected/File/I3TTOV6YUDH8CSEVP3C188R9145X4Z.pdf](http://www.fneeq.qc.ca/MGACMS-Client/Protected/File/I3TTOV6YUDH8CSEVP3C188R9145X4Z.pdf) (page consultée le 13/02/07).
- 12 JACKSON, H et MATIER, C, 2003, *Public Finance. Implication of Population Aging : An update*, Ministère des Finances, Canada, résumé en ligne : [www.fin.gc.ca/wp/2003-03f.html](http://www.fin.gc.ca/wp/2003-03f.html) (page consultée le 13/02/07).
- 13 INSTITUT CANADIEN DES ACTUAIRES, 2001, *Les soins de santé au Canada : Les répercussions du vieillissement de la population*, Mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et technologies.
- 14 Béland, F, 2005, *Financement public-privé en santé*, en ligne : [www.santepop.qc.ca/chaoulli/docs/chaoulli/financementpublicprive.pdf](http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/docs/chaoulli/financementpublicprive.pdf) (page consultée le 13/02/07).
- 15 FIQ, 2006, *Des cliniques publiques financées publiquement*, Mémoire présenté dans le cadre de la consultation particulière portant sur le projet de loi 33, en ligne : [www.fiqsante.qc.ca/documents\\_publications/documents/fiiqmem\\_20060912\\_pl33.pdf](http://www.fiqsante.qc.ca/documents_publications/documents/fiiqmem_20060912_pl33.pdf) (page consultée le 13/02/07).
- 16 OCDE, 2006, *L'augmentation des dépenses de santé pèse sur les finances publiques, constate l'OCDE, voir graphique* en ligne : [www.oecd.org/dataoecd/5/23/36985416.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/5/23/36985416.pdf) (page consultée le 08/02/07).
- 17 Polasky, Sandra, *Restructuring and privatization of health care services : selected cases in the Americas*, en ligne : [www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/healthca/health1.htm#Selected%20cases%20in%20the%20Americas](http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/healthca/health1.htm#Selected%20cases%20in%20the%20Americas) (page consultée le 13/02/07); Bach, Stephen, *Restructuring and privatization of health care services : selected cases in Western Europe*, en ligne : [www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/healthca/health2.htm#Selected%20cases%20in%20western%20Europe](http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/healthca/health2.htm#Selected%20cases%20in%20western%20Europe) (page consultée le 13/02/07).



# La santé n'est pas une marchandise, c'est un droit!



FÉDÉRATION  
INTERPROFESSIONNELLE  
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

**FIQ Montréal** | Siège social  
2050, rue De Bleury, 4<sup>e</sup> étage, Montréal (Québec) H3A 2J5 |  
514 987-1141 | 1 800 363-6541 | Téléc. 514 987-7273

**FIQ Québec** ◀ Adresse de retour  
1260, boul. Lebourgneuf, bur. 300, Québec (Québec) G2K 2G2 |  
418 626-2226 | 1 800 463-6770 | Téléc. 418 626-2111

[www.fiqsante.qc.ca](http://www.fiqsante.qc.ca) | [info@fiqsante.qc.ca](mailto:info@fiqsante.qc.ca)