

Les femmes et L'assurance-maladie privée

Pourquoi l'assurance-maladie privée est-elle importante pour les femmes?

Les coûts des services de santé est un sujet qui concerne assurément les femmes. Celles-ci reçoivent la majorité des soins de santé au Canada et elles sont les principales prestataires de soins rémunérés ou non au sein de leur famille et à l'extérieur du foyer. L'existence de l'assurance-maladie—un régime public et universel d'assurance-maladie—permet à la plupart des Canadiennes d'avoir accès à des soins de santé de base, pour elles et leur famille, sans devoir se soucier de la façon dont elles paieront leurs factures de soins médicaux.

L'assurance-maladie privée n'est pas une nouveauté au Canada. Environ 65 % des Canadiens et des Canadiennes ont une assurance-maladie privée *supplémentaire* pour payer les services non couverts par le régime public d'assurance-maladie, comme les médicaments sur ordonnance, la physiothérapie, les soins de longue durée, les soins dentaires et ophtalmologiques. Toutefois, au cours des dernières années, la population canadienne a pu constater l'expansion de l'assurance-maladie *duplicative*. Cette forme d'assurance-maladie privée couvre la prestation de services de soins de santé essentiellement privés qui sont déjà couverts par le régime public d'assurance-maladie. Ce changement fondamental peut avoir d'importantes conséquences pour les femmes.

L'importance de l'assurance-maladie publique ou privée pour les femmes, parce que :

- Les femmes utilisent plus fréquemment les services de soins de santé que les hommes ;
- Les femmes sont moins nombreuses à disposer de ressources pour payer une assurance privée ;
- Les femmes sont moins nombreuses à bénéficier d'une assurance-maladie privée au travail ;
- Les femmes fournissent la majorité des soins, rémunérés ou non ; l'assurance-maladie privée touche les femmes, en tant que prestatrices et prestataires de soins ;
- Les soins de santé publics représentent une importante source d'emploi pour les femmes ;
- Le financement des services de soins publics influe sur les conditions de travail des femmes.

Les femmes et l'assurance-maladie privée

MOTS CACHÉS

Trouvez les mots cachés portant sur le thème *Les femmes et l'assurance-maladie privée* en encerclant les 20 mots contenus dans la liste suivante. Le fait de comprendre le sens de ces termes vous permettra de mieux vous retrouver à travers les débats d'actualité qui concernent l'assurance-maladie privée au Canada.

Assurance	Inégalité	Public
Chaoulli	Loi sur la santé au Canada	Réforme
Duplicative	Patients	Santé
Emploi	Primes	Supplémentaire
Femmes	Privatisation	Travailleurs
Financement	Privé	
Fondé sur les risques	Protection	

H C S B U J D U P L I C A T I V E I R P Q
 F T F W A D K Q P R F L L S E M M E F O P
 E C N A R U S S A H P U D J V T Z L C Q Y
 K Y G H X Q V S F I E X L U T V F Y X Q U
 J C C S T N E I T A P L R P E F M M O F O
 E F O N D E S U R L E S R I S Q U E S K M
 T X Q A Y H B V E H Z H T P F P M S H G C
 N P W N S U P P L E M E N T A I R E O K E
 A D A N A C U A E T N A S A L R U S I O L
 S I B P R K B F S U N C A K F H Z F V S H
 Q V B V V R R I Y C V C I N E G A L I T E
 W D P Q Z U B N R B M O W U P I O L P M E
 K B X Q S B A A E C V K K D W L E V I R P
 Q F L D K O P N F T R A V A I L L E U R S
 U C A T X N S C O O L K E G S N P B V T X
 S E M I R P V E R Y E J V R A F S R D L I
 I X A Q F U R M M D Q P X O A N Q X C G K
 L C I L B U P E E P C N C N D W F D I O H
 C W I B L T M N L P C H A O U L L I A S K
 W Y W T Z I I T F P R O T E C T I O N J O
 V B C R N P R I V A T I S A T I O N C F Z

QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES FORMES D'ASSURANCE-MALADIE AU CANADA?

Plus de quatre-vingt-dix ans se sont écoulés depuis que Violet McNaughton et les *Women Grain Growers* de la Saskatchewan ont exigé un système public et universel de soins de santé qui fournirait des « soins médicaux à la portée de tous ». En tant que principales prestataires de soins au foyer, elles ont pu constater directement la souffrance occasionnée lorsque les traitements médicaux pour les membres de la famille ou les amis malades ou blessés n'étaient pas abordables.

Aujourd'hui, les Canadiens et les Canadiennes sont protégés par un régime d'assurance-maladie public et universel, financé par la perception générale des impôts. Ce système, communément appelé « assurance-maladie », couvre les coûts liés à bon nombre de services médicaux nécessaires, fournis par des médecins et des hôpitaux. Environ 70 % de tous les services de soins de santé au Canada sont financés de cette manière. Les coûts de soins de santé restants sont payés directement par les utilisateurs de service (15 %) et par l'assurance-maladie privée (15 %). Ce taux de financement au moyen de l'assurance-maladie privée est plus élevé que celui relevé dans la plupart des pays développés et industrialisés, où l'assurance-maladie privée représente en moyenne moins de 7 % du total des dépenses liées à la santé.

Bien que l'histoire de l'assurance-maladie au Canada ait débuté au milieu des années 1600, le système actuel reflète grandement l'adoption de la **Loi canadienne sur la santé** par le gouvernement fédéral en 1984. Cette loi réunissait la **Loi sur les soins médicaux** et la **Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques** afin d'établir une assurance publique pour les services offerts par les médecins et les hôpitaux à l'échelle du Canada. La **Loi canadienne sur la santé** est une loi fédérale qui fixe les principes fondamentaux dans le but de régir les programmes publics d'assurance-maladie partout au pays. En vertu des conditions décrites dans la **Loi canadienne sur la santé**, le gouvernement fédéral transfère des fonds aux provinces et aux territoires pour aider à payer les coûts liés à la santé publique. Chaque province et territoire est responsable de la gestion de son propre régime d'assurance-maladie public, mais ils doivent tous fournir des soins universels, intégrés et accessibles par l'entremise d'un système public. Selon la **Loi canadienne sur la santé**, les frais supplémentaires ou la surfacturation pour les services couverts par l'assurance-maladie publique sont interdits.

Puisque notre pays s'est fortement engagé à financer les soins de santé universels au moyen de fonds publics, l'assurance-maladie privée au Canada a en grande partie été limitée à l'assurance-maladie **supplémentaire**, qui assure une protection pour les services qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie publique. Seulement 65 % des Canadiens et des Canadiennes bénéficient d'une assurance-maladie privée supplémentaire qui, dans la plupart des cas, est offerte par l'employeur.

L'assurance-maladie **duplicative** est un régime privé qui couvre des services de soins privés, offerts comme solution de rechange aux traitements dispensés par le régime public. En vertu de ce système, les personnes qui ont les moyens de se payer une telle assurance peuvent recevoir plus rapidement des traitements dans des cliniques privées pour des services couverts par le régime public. Six provinces (l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard et le Québec) ont des lois qui interdisent très clairement l'assurance-maladie privée duplicative pour les services qui sont déjà couverts par l'assurance-maladie publique.

L'ASSURANCE-MALADIE AU CANADA SUITE

Récemment, d'importants secteurs d'activités ont mis au défi la loi interdisant l'expansion de l'assurance-maladie privée. Les partisans de l'assurance privée duplicative estiment que chaque personne a le droit d'acheter des services de santé et une assurance-maladie et que les médecins ont le droit de soigner des patients au privé. En fait, les médecins au Canada peuvent décider de traiter les patients au privé, mais s'ils le font, ils doivent se retirer du régime public, selon les lois dans la plupart des provinces. Certains défenseurs de l'assurance-maladie privée prétendent qu'un système de santé privé parallèle réduira la pression exercée sur le système public en fournissant des sources de financement supplémentaires. Certains prétendent que le recours à l'assurance-maladie privée pour obtenir des services de santé privés diminuerait les temps d'attente et améliorerait les choix disponibles et l'accès aux soins chez ceux qui bénéficieraient de ce type de protection. Ces arguments ont influencé plusieurs décideurs fédéraux et provinciaux ainsi que l'Association médicale canadienne, qui démontrent un intérêt envers la possibilité de mettre en place un système mixte fondé sur des soins privés et publics. Selon ces derniers, un tel système ferait économiser de l'argent aux contribuables et améliorerait l'accès opportun aux soins.

Les éléments de preuve actuels appuient la possibilité très réelle que le Canada se dotera un jour d'un régime d'assurance-maladie privé. En 2005, la Cour suprême du Canada a déclaré que la loi du Québec interdisant l'assurance-maladie privée duplicative violait la Charte des droits et libertés de la personne (Chaoulli c. Québec). La décision rendue ne permet plus au Québec d'interdire l'achat de soins privés ou d'une assurance-maladie privée lorsque les long temps d'attente du système public empêchent les gens d'accéder à des soins en temps raisonnables. Au cours de la même année, l'Alberta a lancé un appel pour obtenir des propositions de plan d'assurance-maladie duplicative privé, alors que le gouvernement de la Colombie-Britannique a entrepris des consultations publiques concernant l'avenir des soins de santé, en suggérant que l'assurance-maladie privée et les soins de santé privés pourraient jouer un rôle plus important dans l'avenir.

Le nombre de cliniques de chirurgie privées a augmenté de façon importante dans certaines parties du Canada. Ces cliniques attirent les patients en leur offrant des services plus rapides. Par exemple, après la décision Chaoulli, le Cambie Surgery Centre, un hôpital privé à Vancouver, a commencé à offrir des services de chirurgie aux clients payants, qui voulaient éviter les temps d'attente dans les hôpitaux publics. Selon un article paru dans le *New York Times* en 2006, la multiplication des cliniques privées au Canada signifie que « les compagnies d'assurances privées vont bientôt faire des affaires d'or ».

70 % de tous les services de soins de santé au Canada sont financés par l'assurance-maladie. Le taux de financement privé restant de 30 % est plus élevé que celui relevé dans la plupart des pays développés et industrialisés.

QUE SIGNIFIE L'EXPANSION DU SYSTÈME D'ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE POUR LES FEMMES?

Les femmes tout spécialement devraient être très préoccupées par la vague vers l'expansion des services de soins privés, financés par l'assurance-maladie privée. Que les coûts des soins de santé soient couverts par l'assurance publique ou payés par l'assurance privée importe beaucoup aux femmes puisqu'elles gagnent en moyenne moins que les hommes et qu'elles sont plus nombreuses à vivre dans la pauvreté. Nombre de femmes ne peuvent se payer des services supplémentaires ou se procurer une assurance privée. La situation est encore plus inquiétante si l'on considère que comparativement aux hommes, les femmes utilisent davantage les services de santé en raison de leurs besoins en santé génésique, de leurs taux plus élevés de maladies chroniques et de leur espérance de vie supérieure. Les femmes comptent aussi sur les services de santé publics en tant que principales personnes dispensant des soins non rémunérés à leurs enfants, parents âgés et autres personnes. La possibilité d'accéder directement à ces services influe sur leur charge de travail à la maison. Les femmes représentent aussi la majorité des travailleurs rémunérés dans le domaine des soins de santé. Le système de santé public au Canada est une importante source d'emploi pour les femmes et sa présence exerce une influence importante pour ce qui est des salaires et des conditions de travail des travailleuses de ce secteur.

Les femmes, l'assurance-maladie privée et le travail rémunéré

La protection offerte par l'assurance-maladie privée reflète une situation d'inégalité entre les sexes sur le marché du travail. Les femmes sont surreprésentées dans les emplois de statut inférieur, à faible revenu et dans les emplois du secteur des services, où il est moins probable qu'elles reçoivent la protection d'une assurance-maladie privée fournie par leur employeur. De plus, les femmes risquent plus que les hommes d'être exclues de la main-d'œuvre rémunérée ou de travailler à des emplois précaires ou à temps partiel, lesquels offrent un maigre ou aucun plan d'assurance-maladie privée. La présence de harcèlement fondé sur les rapports sociaux entre les sexes en milieu de travail signifie aussi que les femmes sont plus à risque de perdre leur assurance-maladie privée si elles étaient dans l'obligation de changer d'emploi.

Les femmes qui apportent des changements aux relations de travail et familiales risquent de perdre la protection de leur assurance privée. Les femmes qui prennent des congés de travail pour élever leurs enfants ou prendre soin d'autres membres de la famille, ou qui diminuent leurs heures de travail pour gérer les responsabilités familiales courent le risque de perdre leur assurance-maladie privée lorsque celle-ci est offerte par leur employeur. Les femmes courent également le risque de perdre leur assurance-maladie si leur employeur décide de réduire les avantages sociaux. La protection supplémentaire d'assurance-maladie a baissé de façon considérable au Canada, car depuis la dernière décennie, bon nombre d'employeurs ont réduit les avantages sociaux en raison des coûts d'assurance qui ne cessent d'augmenter. Les femmes qui ont une assurance-maladie privée par l'entremise de l'employeur de leur conjoint peuvent aussi perdre leur protection à la suite d'un divorce, d'un décès, de la retraite du conjoint ou d'une perte d'emploi.

QUE SIGNIFIE L'EXPANSION DE L'ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE POUR LA FEMMES? SUITE

Les femmes, l'assurance-maladie privée et l'inégalité financière

Les assureurs privés qui utilisent un processus de sélection fondé sur les risques, dans le but de réduire leurs coûts, peuvent refuser de souscrire certaines femmes ou leur imposer des primes plus élevées. Les compagnies d'assurance-maladie privées tentent parfois de maximiser les profits en sélectionnant les clients, en limitant la protection ou en imposant des primes fondées sur les supposés risques de santé de la personne. Lorsque la réglementation du gouvernement le permet, ces assureurs peuvent refuser ou limiter la protection à cause d'une affection préexistante, d'antécédents familiaux de maladies ou d'autres facteurs jugés comme pouvant augmenter les risques pour la santé, incluant le sexe de la personne et les rapports sociaux entre les sexes.

Dans divers pays, les régimes d'assurance fondés sur les risques ont tendance à défavoriser certains groupes de femmes. Certaines polices d'assurance privées imposent des restrictions en matière de soins de maternité, alors que d'autres facturent des primes plus élevées aux femmes en âge d'avoir des enfants. Certaines compagnies d'assurances privées aux États-Unis ont refusé de souscrire les femmes victimes de violence conjugale, qu'elles considéraient plus à risque sur le plan de la santé. Certaines ont aussi refusé ou limité la protection ou facturé des primes plus élevées aux personnes ayant de graves problèmes de santé, celles ayant des déficiences ou des affections chroniques, aux adultes plus âgés et aux personnes à faibles revenus. Il importe que les femmes lisent les sections imprimées en caractères minuscules de toutes polices d'assurance-maladie privée. Elles peuvent ainsi découvrir que les problèmes qui représentent le plus grand risque pour leur santé ne sont pas entièrement couverts.

L'assurance-maladie privée peut accroître les inégalités en matière de soins de santé entre les personnes qui bénéficient d'une protection et celles qui n'en ont pas. Bien que le régime public d'assurance-maladie fonctionne selon le principe que les soins de santé devraient être fournis selon les besoins et non selon la capacité de payer, bon nombre de services de santé sont encore seulement disponibles pour ceux qui ont les moyens de s'offrir une assurance-maladie privée ou de payer directement de leur poche. Le Commonwealth Fund International Health Policy Survey de 2001 rapporte que 38 % des Canadiens et des Canadiennes qui ont comme seule protection le régime d'assurance-maladie public n'ont pas reçu les soins dentaires dont ils avaient besoin en raison des coûts s'y rattachant, comparativement à 17 % de ceux qui, en plus du régime public, détenaient aussi une assurance-maladie privée. De façon similaire, 19 % de ceux qui utilisent seulement le régime d'assurance-maladie public n'ont pas eu recours aux médicaments sur ordonnance en raison des coûts, comparativement à 10 % de ceux qui, en plus du régime public, avaient aussi une assurance-maladie privée. Par conséquent, les femmes qui n'ont pas d'assurance privée sont plus nombreuses à être privées de médicaments, de soins dentaires et ophtalmologiques, de soins à domicile, de physiothérapie et divers autres services de santé.

Les inégalités dans les soins de santé aux États-Unis illustrent plus clairement la situation. Bon nombre de travailleurs doivent compter sur l'assurance privée. Quarante millions d'Américains et d'Américaines n'ont pas d'assurance-maladie, car ils ne sont pas admissibles aux programmes publics et ils n'ont pas les moyens de se procurer une assurance-maladie privée. Les personnes qui n'ont pas d'assurance-maladie privée pour payer les factures de soins médicaux se privent souvent des soins dont elles ont besoin, ou les retardent, compromettant par le fait même leur santé et leur vie.

On estime que 18 000 Américains et Américaines meurent chaque année parce qu'ils n'ont pas d'assurance-maladie. Les études américaines suggèrent également que l'accès des femmes à l'assurance-maladie privée est influencé par leur revenu et leur statut d'emploi, ainsi que leur race, sexe, âge, capacité et lieu de résidence. Il est particulièrement inquiétant de constater que les groupes de femmes marginalisés sont parmi ceux qui n'ont pas une assurance-maladie privée et qui ont ainsi moins accès aux soins de santé, car ils ont tendance à vivre de plus grandes inégalités sur les plans de la santé et du bien-être en général.

L'assurance-maladie publique est plus équitable que l'assurance-maladie privée dans la façon dont elle est financée. L'assurance-maladie publique est fondée sur un système de financement progressif selon lequel les personnes qui ont un revenu plus élevé paient davantage par la voie de la perception des impôts. Le financement de l'assurance-maladie privée a tendance à être régressif. Selon les régimes privés d'assurance-maladie, les personnes fortunées et en santé ne portent pas toujours le fardeau financier. Ce dernier incombe, au moyen de paiements de primes régressifs, à celles qui ont un revenu plus faible ou souffrent d'affections médicales. Puisque le revenu moyen des femmes est considérablement plus faible que celui des hommes, les femmes payent moins pour l'assurance-maladie publique. De façon similaire, les femmes avec des revenus moins élevés paieront moins que celles dont les revenus sont plus élevés.

Dans certains pays, les programmes d'assurance privée fondés sur les risques ont défavorisé les femmes. Au Chili par exemple, les femmes paient des primes plus élevées, car elles utilisent plus souvent les services de santé génésique et ont un taux plus élevé d'affections chroniques. En vertu des programmes fondés sur les risques, les femmes jugées à risque élevé peuvent se voir imposer des primes plus élevées. Puisque les groupes à revenu plus élevé ont tendance à être plus en santé, les femmes dont le revenu est plus faible peuvent se retrouver à payer des primes plus élevées. Même si les primes sont les mêmes, les personnes avec des revenus plus faibles utiliseront une plus grande partie de leur revenu total pour payer l'assurance-maladie privée.

Il est particulièrement inquiétant de constater que les groupes de femmes marginalisés sont parmi ceux qui n'ont pas une assurance-maladie privée et qui ont ainsi moins accès aux soins de santé, car ils ont tendance à vivre de plus grandes inégalités sur le plan de la santé.

QUE SIGNIFIE L'EXPANSION DE L'ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE POUR LA FEMMES? SUITE

Les femmes, l'assurance-maladie privée et l'accès en temps raisonnables aux soins appropriés

L'assurance-maladie privée ne fournit pas toujours aux femmes les soins dont elles ont besoin. Par exemple, aux États-Unis, où l'assurance-maladie privée est très répandue, certaines polices ne couvrent pas les services comme les soins de maternité, les contraceptifs, les mammographies ou les avortements. Les femmes avec des affections préexistantes, celles qui sont victimes de violence conjugale et celles qui ont des antécédents familiaux liés à des problèmes de santé peuvent être refusées en vertu d'une assurance-maladie privée fondée sur les risques.

L'assurance-maladie privée ne garantit pas une meilleure qualité de soins. Les personnes qui ont une assurance-maladie privée couvrant les traitements dans les centres médicaux privés peuvent avoir accès aux soins plus rapidement, et cette assurance peut aussi influencer sur le type de soins fournis. Dans certains pays, le nombre d'interventions obstétricales est plus élevé chez les patientes traitées dans les maternités privées. En Grèce par exemple, on a découvert que les femmes qui détiennent une assurance privée et qui reçoivent des soins de maternité dans des hôpitaux privés sont plus nombreuses à donner naissance par césarienne, même si cette intervention présente des risques de complication plus élevés, comparativement à l'accouchement par voies naturelles.

Contrairement à l'opinion généralement reçue, les preuves qui découlent des recherches n'appuient pas la croyance selon laquelle l'assurance-maladie privée réduirait les temps d'attente au sein du système de santé public en diminuant les demandes exercées sur les établissements publics. En réalité, les soins privés financés par l'assurance privée peuvent aggraver la pénurie de personnel et augmenterait les temps d'attente. Des études internationales de pays ayant l'assurance-maladie privée duplicative et des services de soins de santé privés parallèles n'ont pas démontré une réduction importante des temps d'attente. Par exemple, en Australie, l'assurance-maladie duplicative et l'augmentation du nombre de centres de santé privés n'ont pas réduit les temps d'attente pour obtenir des traitements dans le système public. En Grande-Bretagne et en Israël, on a découvert que le fait de permettre aux médecins d'exercer leur profession dans les systèmes privés et publics contribuait aux pénuries de personnel et à de plus longues périodes d'attente dans le système public.

L'assurance-maladie privée duplicative qui couvre les services de soins de santé privés permettrait à *certaines* personnes de recevoir des services plus rapidement. Selon la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, la mise en place d'un système de soins privé parallèle se traduirait par un accès aux soins plus rapide pour les patients au privé, mais par de plus longues périodes d'attente pour ceux au public. De façon similaire, une étude menée au Manitoba a démontré que les médecins qui traitent les patients au privé et au public ont tendance à faire attendre leurs patients au public deux fois plus longtemps que les médecins qui travaillent uniquement au public.

Si les médecins peuvent gagner plus d'argent en soignant des patients au privé, il existe un réel danger que les incitatifs financiers éloignent les médecins et d'autres employés de soins de santé du système public. Cela pourrait créer des pénuries au sein du système public, ce qui pourrait aggraver les périodes d'attente et rendre les soins moins accessibles aux personnes qui n'auraient pas d'assurance privée. En tant que prestataires en attente de soins dans le système public, en tant que prestataires de soins non rémunérés auprès des membres de la famille et des amis en attente de soins, et en tant que travailleuses œuvrant dans le domaine des soins publics qui doivent composer avec les pénuries de personnel, les femmes risquent de faire face à de plus grands obstacles sous un système élargi d'assurance-maladie privée, pour ce qui est de l'accès et la prestation de soins de santé appropriés, dispensés en temps raisonnables.

Les femmes, l'assurance-maladie privée et la détérioration des soins de santé publics

L'assurance-maladie privée pourrait ébranler le financement des soins publics, au lieu de le rendre plus stable. Les défenseurs de l'assurance-maladie privée allèguent que cela réduit les coûts des soins de santé et les demandes exercées par les patients sur le système public, car certaines personnes (celles qui ont une assurance-maladie privée) sont aiguillées vers des centres de soins de santé privés. Pourtant, la véritable incidence peut être tout autre.

En retirant les ressources humaines du système public, l'assurance-maladie privée et la prestation de services de soins privés menacent la qualité des soins dispensés aux personnes qui dépendent du système public.

En retirant les ressources humaines du système public, l'assurance-maladie privée et la prestation de services de soins privés menacent la qualité des soins dispensés aux personnes qui dépendent du système public. Une diminution de la qualité des soins peut mener à une détérioration de la santé des utilisateurs du système public, ce qui pourrait mener en retour à une augmentation des coûts et des pressions exercées sur le système public. Pensons par exemple à la situation actuelle en Allemagne, où les gens peuvent se retirer du programme d'assurance-maladie public et acheter une assurance-maladie privée. L'expansion de l'assurance-maladie privée a miné la stabilité financière du système public, car bon nombre de personnes ayant des revenus plus élevés se sont retirées du système public, ce qui a eu pour effet de diminuer les recettes moyennes provenant des primes dans le système public et d'augmenter les dépenses moyennes pour les soins publics, puisque les besoins des utilisateurs du système public sont en général plus grands que les besoins des gens qui ont opté pour le système privé.

Le système public défraie aussi les coûts de l'assurance-maladie privée puisque cette dernière est partiellement financée par des subventions publiques. Par exemple, l'Australie utilisait un système de subventions publiques pour encourager les gens à

QUE SIGNIFIE L'EXPANSION DE L'ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE POUR LA FEMMES? SUITE

acheter une assurance-maladie privée, en se fondant sur l'hypothèse selon laquelle cette démarche réduirait de façon considérable les dépenses des hôpitaux publics. Cependant, le montant payé en subvention dépasse de beaucoup toute forme d'économie, coûtant aux contribuables des milliards de dollars chaque année. De façon similaire, au Canada, le gouvernement offre des allègements fiscaux pour aider à payer les coûts des primes d'assurance-maladie privée. En 2004, ces allègements fiscaux ont coûté aux contribuables quelque cinq milliards de dollars. Une étude sur le financement des soins de santé dans les pays membres de l'OCDE, menée par Tuohy et collègues (2004), a émis la conclusion suivante : « Un recours au financement privé, tout compte fait, risque plus de faire du tort aux systèmes publics que de les aider... ».

Quand les réseaux de santé publics bénéficient de solides ressources, les femmes, qui comptent pour la majorité des travailleurs en soins de santé, se retrouvent avec de meilleures conditions. Les institutions de santé privatisées proposent souvent des mesures de réduction de coûts qui minent les conditions de travail des travailleurs et des travailleuses de la santé. De plus, les compagnies d'assurance-maladie privées maximisent leurs profits en évitant les clients à risque élevé et en refusant d'offrir la protection pour les interventions les plus coûteuses. Si les compagnies d'assurances privées et les cliniques de santé privées se concentrent sur les interventions plus lucratives, le système public devra alors se charger des cas plus lourds et plus complexes. Cela pourrait intensifier les charges de travail des femmes qui fournissent la majorité des soins au sein du système public. Par la même occasion, les conditions de travail pourraient se détériorer dans le système public à mesure que les pénuries de personnel s'intensifient, en raison du départ du personnel soignant vers le système privé.

Plutôt que de développer les services de santé publics pour alléger le fardeau des femmes qui apportent des soins non rémunérés, l'assurance-maladie privée peut nuire aux soins de santé publics en perpétuant la notion que bon nombre de soins de santé relèvent de la responsabilité du privé. En vertu de l'Accord du libre-échange Nord-Américain et de l'Accord général sur le commerce des services, l'assurance-maladie privée est classée comme un service financier et non un service de santé. Cela veut dire qu'elle est assujettie à des règles qui permettraient aux assureurs privés de réclamer des indemnités aux gouvernements canadiens si lesdits gouvernements devaient prendre des mesures

Quand les réseaux de santé publics bénéficient de solides ressources, les femmes, qui comptent pour la majorité des travailleurs en soins de santé, se retrouvent avec de meilleures conditions.

pour réduire le marché de l'assurance-maladie privée. En d'autres mots, l'assurance-maladie privée pourrait nuire au gouvernement canadien qui voudrait étendre la couverture de l'assurance-maladie publique afin d'inclure les médicaments, les soins à domicile, les centres de soins de longue durée, les soins dentaires et autres services, car une telle expansion des services entraînerait une perte économique pour les compagnies d'assurances privées. L'expansion de la protection offerte par l'assurance-maladie publique peut être rendue plus difficile dans l'avenir par l'assurance-maladie privée.

Le fait de miner le régime public d'assurance-maladie perpétuera les inégalités sociales et sanitaires chez les femmes. À mesure que le financement et le soutien des services de santé publics diminueront, on constatera aussi une réduction de l'accessibilité et de la qualité des services de soins de santé pour les femmes et les familles qui n'ont pas les moyens de se procurer des soins de santé privés. De plus, il est également difficile de cerner les effets de l'expansion de l'assurance-maladie et des services de soins privés sur les femmes autochtones de plein droit et les femmes inuites, qui reçoivent du financement pour des services de soins de santé et des programmes pour elles-mêmes et leur famille, directement de Santé Canada.

La détérioration des soins de santé publics et la privatisation de l'assurance médicale peuvent menacer la poursuite d'une démarche axée sur le bien-être des femmes en matière de réformes de santé. L'objectif d'un système de santé tenant compte du bien-être des femmes serait de rendre les services de santé plus accessibles en développant les services de santé publics. L'expansion de la couverture de l'assurance-maladie publique permettrait aux femmes d'accéder à des soins qu'elles ne peuvent s'offrir et qui ne sont pas couverts par le régime public. L'objectif serait aussi d'alléger le fardeau des femmes qui fournissent des soins de santé non rémunérés et de développer les services officiels dans le secteur public afin de fournir des occasions d'emploi et de bonnes conditions de travail aux travailleurs de la santé, dont la plupart sont des femmes. Un système de santé axé sur les femmes offrirait de réelles solutions de rechange pour ce qui est des soins dans le cadre du système officiel, au lieu de tenir pour acquis que les femmes dispenseront des soins de santé non rémunérés à la maison. Or, l'assurance-maladie privée risque de réduire l'expansion des services de santé publics, miner les conditions de travail des travailleuses de la santé et multiplier les attentes selon lesquelles les femmes prendront en charge les soins non rémunérés.

De plus, il est également difficile de cerner les effets de l'expansion de l'assurance-maladie et des services de soins privés sur les femmes autochtones de plein droit et les femmes inuites, qui reçoivent du financement pour des services de soins de santé et des programmes pour elles-mêmes et leur famille, directement de Santé Canada.

POURQUOI L'ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE EST-ELLE UN ENJEU POUR LES FEMMES?

Parce qu'un système de soins de santé public est important pour les femmes. Il fournit un accès universel aux services de santé, que les femmes utilisent plus que les hommes. Il fournit des occasions d'emploi pour les travailleurs en soins de santé, dont la plupart sont des femmes. Il fournit des services de soins de santé professionnels et réduit ainsi la pression exercée sur les femmes de dispenser des soins non rémunérés au foyer.

Parce que l'assurance-maladie privée n'est pas à la portée de toutes les femmes. L'assurance-maladie privée et les services de soins privés peuvent offrir des avantages à *certaines* femmes, mais la privatisation défavorise bon nombre de celles-ci.

Parce que l'assurance-maladie privée rend les soins de santé moins équitables. Les soins privés financés par l'assurance-maladie privée peuvent influencer sur le type de services que les femmes reçoivent, et pas toujours pour le mieux. Elle n'améliore aucunement les temps d'attente pour les femmes qui comptent sur le système public. Les soins privatisés peuvent contribuer aux pénuries de personnel et augmenter les charges de travail, minant ainsi les conditions de travail des travailleurs de la santé.

L'assurance privée permet à *certaines* femmes d'acheter des soins plutôt que d'être obligées à les dispenser elles-mêmes à la maison, mais bon nombre de femmes continueront de se charger de ce travail à moins qu'il ne soit accompli par un système public de soins adéquat. Il sera plus difficile de réaliser une réforme du système de santé tenant davantage compte des besoins des femmes après avoir mis en place un système d'assurance-maladie privé.

L'assurance-maladie privée n'est pas à la portée de toutes les femmes. L'assurance-maladie privée et les services de soins privés peuvent offrir des avantages à *certaines* femmes, mais la privatisation défavorise bon nombre de celles-ci.

Le point de vue féminin : *Repensons l'assurance-maladie privée*

Alors que les débats concernant l'assurance-maladie privée se poursuivent et qu'on élabore de nouvelles politiques et lois, nous devons poser des questions essentielles pour nous assurer d'examiner et de bien comprendre les enjeux touchant les femmes. En prenant en compte les contextes de vie des hommes et des femmes, nous devons donc nous poser les questions suivantes :

- Qu'est-ce que l'assurance-maladie privée et quel est son lien avec les services de soins de santé?
- Est-ce qu'une plus grande disponibilité de l'assurance-maladie privée et de services de soins privés répondra aux besoins des femmes en matière de santé?
- Quels seront les effets d'une plus grande disponibilité de l'assurance-maladie privée sur l'accès des femmes aux services et sur la qualité des services de santé publics?
- Quelles femmes seront touchées par l'expansion de l'assurance-maladie privée? Lesquelles seront avantagées et lesquelles seront mises de côté?
- Quelles sont les conséquences de l'expansion de l'assurance-maladie privée sur les travailleuses de la santé rémunérées, sur les prestataires de services et sur les femmes qui dispensent des soins non rémunérés?

ressources recommandées

Flood, C. M., Roach, K. et Sossin, L. (éd.). (2005). *Access to care, access to justice: The legal debate over private health insurance in Canada*. Toronto : University of Toronto Press.

Gibson, D. et Fuller, C. (2006). *The bottom line: The truth behind private health insurance in Canada*. Alberta : Parkland Institute.

Lippman, A. et Quesnel-Vallée, A. (2006). Les femmes devront-elles avoir recours à l'assurance privée? Les répercussions de la décision Chaoulli. *Le Réseau*, 8(3/4), 3-5.
Disponible : www.cwhn.ca/network-reseau/8-34f/8-34pg2.html.

Tuohy, C. J. H., Flood, C.M. et Stabile, M. (2004). How does private finance affect public health care systems? Marshalling evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(3), 359-396.

Les femmes et la réforme en santé (2007). Les femmes et l'assurance maladie privée. Examen de la situation. *Le Réseau*. 10(1), 18-19. Disponible : www.cwhn.ca/network-reseau/10-1f/10-1pg7.html.

Certaines données de ce document ont originalement été publiées dans *Women and Private Health Insurance: A Review of the Issues, 2007*, par Alison Jenkins. Nous remercions Kay Willson pour sa participation à la production du présent document.

qui nous sommes et ce que nous faisons

Les Femmes et la réforme de la santé est composé de Pat Armstrong (présidente), Madeline Boscoe, Barbara Clow, Karen Grant, Margaret Haworth-Brockman, Beth Jackson, Ann Pederson et Morgan Seeley. Le fruit d'une collaboration entre les Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Réseau canadien pour la santé des femmes et le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes de Santé Canada, cette initiative est financée par le Programme de contribution pour la santé des femmes. Notre mandat est de coordonner la recherche sur la réforme de la santé et d'en tirer des apprentissages qui façonneront les politiques et les pratiques. Pour plus d'information concernant notre travail, consultez notre site Web, au www.femmesreformesante.ca, ou communiquez avec nous à l'adresse whcr@yorku.ca.

Pour plus de renseignements au sujet du Programme de contribution pour la santé des femmes, visitez le site www.cewh-cesf.ca.

pour commander :

Vous pouvez télécharger cette brochure à l'adresse www.femmesreformesante.ca ou l'obtenir gratuitement auprès du :

Réseau canadien pour la santé des femmes

419, avenue Graham, bureau 203

Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3

Tél. (sans frais) : 1 888 818-9172

cwhn@cwhn.ca

www.rcsf.ca

Des frais de poste pourraient être exigés. Ce document peut être reproduit à condition de mentionner le nom des auteurs et d'en faire la distribution gratuitement.

Also available in English.

rédigé et publié par :

Les femmes et la réforme de la santé avec l'appui financier du :

Programme de contribution pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, Santé Canada.

Les opinions exprimées dans le présent document ne sont pas forcément conformes à celles de Santé Canada.

Illustrations et mise en page : **Folio Design**

Production : **Réseau canadien pour la santé des femmes**

Impression effectuée par des travailleur(euse)s syndiqué(e)s, sur du papier 50 % recyclé, dont 25 % de fibres postconsommation, par la **Winnipeg Sun Commercial Print Division**.

©2009 Les femmes et la réforme de la santé

ISBN : 978-0-9811927-0-3



« Si l'on permet au secteur privé de dispenser des services et de les financer, l'accès aux soins deviendra accessible en fonction de la capacité de payer plutôt que de la nécessité d'être soigné. Une voie qui remplacera l'équité par l'iniquité et creusera encore davantage l'écart entre les riches et les pauvres (des femmes pour la plupart). »

ABBY LIPPMAN ET AMÉLIE QUESNEL-VALLÉE

Les femmes devront-elles avoir recours à l'assurance privée? Les répercussions de la décision Chaoulli.

Le Réseau, Vol. 8, No. 3/4, 2006



Le point de vue féminin :

une série sur la réforme de la santé et les femmes