

Mémoire du regroupement
Médecins pour l'accès à la santé

Accès aux soins de santé : éviter les pièges, trouver les solutions

Concernant le document de consultation
Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité

Mémoire déposé à la Commission des Affaires sociales du Québec
Québec, le 31 mars 2006

Médecins pour l'accès à la santé regroupe plus de 200 médecins de diverses régions du Québec : généralistes, spécialistes, médecins de la santé publique, universitaires et médecins en formation.

Le mandat que le groupe s'est donné est de proposer des solutions concrètes et équitables aux problèmes d'accessibilité et aux délais d'attente rencontrés dans le système de santé québécois. Depuis plusieurs mois, un important travail de consultation et de réflexion a été entrepris de manière à intervenir dans le débat public provoqué par le jugement de la Cour suprême dans le dossier Chaoulli. La démarche se fonde sur les réalités de la pratique quotidienne de la médecine, l'analyse des données de la littérature scientifique et de l'économie des systèmes de santé ainsi que sur le dialogue interdisciplinaire.

Le financement du groupe est assuré par quelques contributions volontaires des membres. L'Université de Montréal et le CHUM contribuent ponctuellement au support technique de certaines activités. Les prises de positions du groupe ne représentent cependant pas celles de ces institutions.

Site Internet : www.med.umontreal.ca/santeacces

Synthèse

Médecins pour l'accès à la santé partage les principes généraux du document « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité » voulant que l'amélioration du système repose sur l'universalité, l'équité, un mode d'organisation qui mise sur l'intégration et l'amélioration de la qualité des services, la mise en place de solutions qui tiennent compte des ressources disponibles et le contrôle des coûts du système. De plus, nous partageons l'interprétation faite du jugement Chaoulli qui demande d'agir concrètement pour éliminer les délais d'attente déraisonnables. Nous sommes d'accord avec le gouvernement lorsqu'il affirme que l'assurance privée duplicative ne constitue pas un moyen adéquat pour répondre à la problématique des délais d'attente. Le présent mémoire veut cependant mettre en relief comment les mécanismes concrets proposés pour faire face à la problématique des délais déraisonnables pourraient ne pas servir les principes avancés en premier lieu et manquer de cohérence avec la lecture du jugement, dans la mesure où les mécanismes seraient étendus progressivement à plusieurs domaines médicaux ou chirurgicaux.

À cet égard, notons d'abord la proposition d'accroître la prestation chirurgicale privée en misant sur des garanties de traitements livrés par des médecins non participants au régime public, ainsi que l'ouverture à un marché d'assurances privées dans les domaines qui font l'objet des garanties de traitement. Ces nouvelles façons de faire pourraient introduire plusieurs éléments contre-productifs et dommageables pour le système de santé. En effet, certaines formes de financement et de prestation médicale privée sont à éviter, non pas pour des raisons morales, mais à cause de leur impact autant économique que sur la qualité des soins offerts à la population.

La première partie de ce mémoire se consacre à décrire les formes de prestations privées qui ont émergé en marge du système. Ces pratiques gagneraient à être mieux intégrées à cause des sérieux problèmes d'équité qu'elles ont engendrés. Nous décrivons ensuite certaines formes de prestations privées auxquelles le projet gouvernemental pourrait ouvrir la porte et qui, à l'analyse, n'apparaissent pas souhaitables. Par exemple, l'achat de volume de soins par contrats et le recours à des établissements à but lucratif pourrait créer un nouveau marché de soins chirurgicaux qui ne pourra pas échapper aux règles des accords de commerces internationaux. D'autres éléments contre-productifs et dommageables sont aussi explicités, tel le bris de l'étanchéité entre statut de médecin participant et non participant au régime public.

La deuxième partie de ce mémoire cherche à répondre à la question : « *Comment peut-on venir à bout des délais d'attente déraisonnables ?* » Le gouvernement a fait la démonstration que des innovations peuvent être mises en place à l'intérieur du système public pour éliminer ces délais. Nous proposons d'aller plus loin dans cette direction. Ceci demande d'abord de définir les délais acceptables à partir de la première ligne, de miser sur des systèmes intégrés et centralisés d'analyse et de gestion des délais dans les domaines où l'attente est problématique. Il s'agit ensuite d'identifier les facteurs d'engorgement et de réorganiser les services en conséquence, d'offrir des services connexes en équipe multidisciplinaire et d'augmenter la capacité du système de façon cohérente, là où elle est démontrée insuffisante. Un exemple de marche à suivre est proposé à la fin de cette section.

Les idées maîtresses de ce mémoire sont formulées en neuf recommandations.

Le jugement de la Cour suprême laisse au Québec toute la marge de manœuvre nécessaire pour répondre aux problèmes d'attente et d'accès aux soins de santé. À la croisée des chemins, la pérennité du système dépendra avant tout de notre aptitude à éviter les pièges et à choisir les solutions les plus avantageuses pour l'ensemble de la population.

Recommandations du groupe Médecins pour l'accès à la santé

Une surveillance intégrée des délais d'attente

- 1) Un système intégré de surveillance des délais d'attente et de leurs conséquences sur la santé doit être mis en place dans les domaines où l'accès aux soins est problématique. Les délais d'attente doivent être calculés à partir du moment où le besoin d'un tel service est établi par un professionnel de la santé et couvrir toutes les étapes menant à la prise en charge ou au traitement définitif. Des cibles d'accès doivent être élaborées et être le fruit d'un dialogue entre la population, les cliniciens et d'autres experts. L'analyse des délais d'attente doit servir à identifier les facteurs d'engorgement et conduire à la mise en place de solutions qui misent, dans un premier temps, sur une meilleure organisation de la prestation des soins requis. L'article 5 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* du Québec doit être bonifié pour se lire ainsi : « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité, de façon personnalisée, sécuritaire et à l'intérieur de délais raisonnables ».

Renforcer la première ligne

- 2) Les services de première ligne, offerts par des équipes multidisciplinaires, en lien avec les services spécialisés, doivent être renforcés. La réorganisation des services de première et deuxième lignes autour des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des réseaux locaux d'accessibilité ainsi que le déploiement des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseaux sont porteurs d'un meilleur accès à la première et à la deuxième lignes et doivent être poursuivis.

Miser sur le développement de centres de chirurgie ambulatoire publics

- 3) Lorsque la capacité des infrastructures existantes est démontrée insuffisante, le gouvernement devrait investir dans la mise en place de centres publics de chirurgie ambulatoire, développés en lien étroit avec les centres hospitaliers. Ceci permettrait d'intégrer au système de santé, de manière efficiente, de nouvelles technologies et pratiques chirurgicales, de maintenir les opportunités d'enseignement et de formation pour la relève et d'alléger les blocs opératoires principaux d'un certain volume de procédures électives dédiées aux patients à faible risque de complications.

Mieux intégrer les cabinets privés déjà existants

- 4) Les services médicalement nécessaires doivent être intégralement financés de façon publique, sans frais pour le patient, que ceux-ci soient offerts à l'hôpital ou en cabinet privé de médecin participant. Afin d'appliquer ce principe de façon cohérente, les tarifs de la RAMQ devraient comprendre l'ensemble des frais inhérents aux traitements, chirurgies et actes diagnostiques pratiqués en cabinet privé et pour lesquels le patient n'a pas à payer à l'hôpital.
- 5) Une meilleure intégration entre les services offerts en cabinet privé de médecins participants et en centre hospitalier est souhaitable afin de permettre une plus grande continuité dans l'offre de service.

Éviter les formes de prestations privées potentiellement dommageables pour le système de santé

- 6) La nature juridique exacte des Cliniques spécialisées affiliées proposées par le gouvernement doit impérativement être clarifiée. Les cliniques spécialisées affiliées, très distinctes des cabinets privés de médecins prévus dans les lois actuelles, pouvant être des établissements à but lucratif et la propriété d'investisseurs divers, représentent un changement majeur dans l'économie générale de notre système de santé. Ces nouvelles formes de gestion et de propriété soulèvent d'importantes questions au plan de la qualité et des coûts des soins et ne semblent pas souhaitables à la lumière des données disponibles.

Maintenir l'étanchéité entre médecins participants et non participants

- 7) La distinction entre médecin participant et non participant doit être maintenue. Le statut de médecin non participant exclut que celui-ci soit payé par les fonds publics, au contraire de ce qui est avancé dans le projet gouvernemental. Les médecins non participants ne font partie d'aucune solution « durable » au problème de la pénurie de personnel dans le système public. Le gouvernement doit poursuivre l'effort visant à accroître le nombre total de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé. Lorsqu'un médecin choisit le statut de non participant, il devrait le faire pour une durée minimale d'un an.

L'assurance privée n'est pas une solution profitant à l'ensemble de la population

- 8) Les données actuelles ne permettent pas d'affirmer que l'ouverture à l'assurance privée duplicative permettrait de « désengorger les listes d'attente » dans le secteur public ou d'accroître l'accessibilité aux services pour l'ensemble de la population. Le recours à l'assurance privée ne devrait se limiter qu'aux médecins non participants. L'ouverture à l'assurance privée duplicative pour de nouveaux services devrait être approuvée par l'Assemblée nationale plutôt que par simple voie réglementaire.

Encourager la participation des citoyens au débat

- 9) Les citoyens doivent contribuer au choix et aux orientations du système de santé public dont ils assument collectivement les coûts. Ces priorités doivent être adaptées aux besoins locaux et régionaux et s'appuyer sur des données fiables. Notre système de santé doit être le reflet des valeurs, des besoins et de la démographie changeante de notre population.

Table des matières

Recommandations du groupe <i>Médecins pour l'accès à la santé</i>	4
I Introduction	7
1. Contexte des délais d'attente déraisonnables.....	7
2. Entre la perception populaire et les données empiriques.....	7
3. L'insatisfaction des citoyens amenée devant les plus hauts tribunaux.....	7
4. Le jugement de la Cour suprême du Canada	8
5. Un débat démocratique éclairé ?.....	9
6. La réponse du gouvernement québécois.....	10
II Position du groupe <i>Médecins pour l'accès à la santé</i>	11
III Première partie	
Éléments contre-productifs et dommageables pour le système de santé	12
1. Privatisation passive et reculs quant à l'équité d'accès.....	14
2. L'achat de volumes de soins par contrats.....	16
3. Établissements privés à but lucratif : une forme de prestation de soins à éviter	17
4. Garanties de soins dans le système actuel : distorsion de la pratique chirurgicale ...	19
5. Bris d'étanchéité entre médecins participants et non participants.....	19
6. Le développement du marché de l'assurance privée duplicative	21
7. Application des accords de commerce internationaux aux soins de santé.....	22
8. Marginalisation de la participation citoyenne à la gestion du système de santé.....	23
IV Deuxième partie	
Solutions aux délais d'attente déraisonnables	24
1. Mieux gérer les délais d'attente	26
1.1 Définir les délais d'attente à partir de la première ligne	26
1.2 Établir de façon transparente des cibles de délais d'attente.....	26
1.3 Réduire les délais d'attente par une gestion innovatrice.....	27
1.4 Réduire les délais grâce aux approches multidisciplinaires	28
2. Faire mieux avec les ressources existantes.....	29
2.1 Continuer à renforcer la première ligne	29
2.2 Meilleure utilisation des ressources existantes	29
3. Augmenter la capacité du système de façon cohérente.....	30
4. Exemple de marche à suivre pour améliorer les délais d'attente	32
V Conclusion	33
Liste des signataires	34

I Introduction

1. Contexte des délais d'attente déraisonnables

Au Québec comme ailleurs, malgré les chiffres rassurants des indicateurs de santé et l'augmentation constante de l'espérance de vie, les difficultés d'accès et l'attente qui marquent plusieurs niveaux de soins médicaux ont ébranlé la confiance de la population quant à l'avenir du régime public d'assurance maladie. Les années 1990 ont été particulièrement déstabilisantes pour le système de santé public québécois. La mise en œuvre, en 1995, de la réforme majeure nommée virage ambulatoire qui visait pertinemment à ne plus placer l'hospitalisation au centre des processus de soin a été clairement compromise par la diminution ou la stagnation des transferts fédéraux en matière de santé et la volonté simultanée du gouvernement québécois d'enrayer rapidement les déficits budgétaires provinciaux. La mise à la retraite prématurée et disproportionnée de personnel infirmier et médical, les démembrements d'unités de soins, les fermetures d'établissements et la perte plus importante que prévue de lits d'hôpitaux ont mis le système à rude épreuve.

2. Entre la perception populaire et les données empiriques

Dans ce contexte difficile, l'accessibilité et les temps d'attente ont provoqué une remise en question de la viabilité du système public de soins médicaux et hospitaliers. En 2003, près de 13 % des Québécois déclaraient présenter des besoins de santé non comblés, soit le pire niveau d'insatisfaction au Canada¹.

Le discours sur les « listes d'attente » doit pourtant être nuancé lorsqu'on considère l'absence de données fiables sur les temps d'attente réels et sur leurs conséquences sur la santé des patients. Plusieurs experts ont remis en question la validité méthodologique des sondages qui évaluent la perception des chirurgiens face aux délais d'attente, comme ceux que produit annuellement l'Institut Fraser². En 2004, le taux de réponse à ces questionnaires était de 21 % au Québec. Ce genre de données semblent peu utiles pour établir des politiques de santé cohérentes.

Il existe un écart important entre les données empiriques sur les délais d'attente et les perceptions négatives de la population et des médecins véhiculées dans les médias. Ainsi, l'attente pour certaines interventions spécialisées, comme les chirurgies de la hanche et de la cataracte, continue d'alimenter les débats publics malgré certains indicateurs montrant une amélioration du temps d'attente depuis quelques années. À l'inverse, d'autres soins tout aussi essentiels, comme la prise en charge de patients qui souffrent de maladies chroniques, les soins à domicile, les services de santé mentale et de réadaptation, demeurent résolument absents des médias malgré des difficultés d'accès notoires.

3. L'insatisfaction des citoyens amenée devant les plus hauts tribunaux

C'est suite à une chirurgie de pontages cardiaques, des remplacements bilatéraux de hanches, une cure de hernie et un traitement pour dépression majeure, traitements subis entre 1994 et 1997, qu'un homme a exprimé aux tribunaux son insatisfaction quant aux délais d'attentes rencontrés dans le système public³. L'impossibilité de recourir à des soins privés, en s'assurant privément pour les payer, paraissait contraire aux droits et libertés de la personne. Sa demande a été jumelée à celle d'un médecin, le Dr Chaoulli, qui demandait aussi au tribunal de lever l'interdiction de l'assurance privée pour les soins déjà couverts par le régime public.

¹ Institut national de santé public, 2005, source Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003. Statistique Canada.

² Institut Fraser, «Waiting your turn. Hospital waiting lists in Canada», 2004. Disponible à www.fraserinstitute.ca. Page consultée le 12 janvier 2006.

³ Informations tirées du jugement *Chaoulli et Zeliotis c. La Procureure générale du Québec* [2000] R.J.Q. 786.

Ce dernier pratiquait au Québec depuis 1986 et avait pris, depuis 1991, plusieurs initiatives de pratique médicale privée (services privés de médecine à domicile, projet d'ambulance privée, projet d'hôpital privé). La cause conjointe a d'abord été rejetée par la Cour supérieure du Québec en 2000, décision juridique confirmée par la Cour d'appel du Québec en 2002⁴, pour ensuite être portée à la Cour suprême du Canada.

4. Le jugement de la Cour suprême du Canada⁵

La Cour suprême du Canada a rendu, le 7 juin 2005, un jugement controversé⁶, à quatre juges contre trois, qui exige du Québec d'agir concrètement pour protéger son système de santé public et de réduire les délais d'attente déraisonnables⁷. Tous les juges reconnaissent que les moyens de résoudre les problématiques du système de santé public et la définition des politiques sociales relèvent des représentants élus et non pas des tribunaux. Quant à l'interdiction de l'assurance privée pour des soins déjà couverts par la RAMQ, elle est jugée contraire à la Charte québécoise des droits et libertés dans le contexte de délais d'attente déraisonnables. Par ailleurs, cette interdiction n'est pas jugée nécessaire pour garantir le bon fonctionnement du système public dans le contexte législatif actuel du Québec⁸. L'assurance privée n'est pas reconnue comme un moyen éprouvé de réduction des délais d'attente. Finalement, il est important de noter que ce ne sont pas les expériences personnelles des deux requérants, en terme de délais d'attente rencontrés dans le système public, qui leur ont permis d'obtenir la reconnaissance d'un intérêt juridique devant tous les tribunaux⁹.

Le plus haut tribunal conclut à l'incompatibilité entre la protection des droits de la personne et la prohibition de l'assurance privée duplicative¹⁰ après avoir noté l'importance de l'interdiction, pour un médecin québécois participant au régime public, d'être rémunéré directement par un patient. L'assurance privée duplicative ne pourrait donc être utilisée pour la rémunération des médecins non-participants au régime public. Cette « étanchéité » dans la rémunération des médecins participants et non-participants a été instaurée dès la mise en place du régime québécois d'assurance maladie¹¹.

⁴ *Chaoulli c. Procureur général du Québec* [2002] R.J.Q. 1205.

⁵ *Chaoulli c. Procureur général du Québec* [2005] 1 R.C.S. 791. Une analyse détaillée est sous presse au moment d'écrire ces lignes : Prémont, M-C. *L'affaire Chaoulli et le système de santé du Québec : cherchez l'erreur, cherchez la raison. Revue de droit de McGill* 2006;51:166-96.

⁶ La controverse nous semble tenir du fait que les trois juges dissidents, Binnie, LeBel et Fish, estiment que la question posée par les requérants n'en est pas une qui devrait être tranchée par les tribunaux.

⁷ Même l'opinion la plus radicale de la Cour, de la juge en chef McLachlin, du juge Major et du juge Bastarache, dit au paragraphe 155 : « Il est indéniable que le gouvernement a intérêt à protéger le régime de santé public. »

⁸ Techniquement, la levée de l'interdiction vise deux articles de lois québécoises. L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (L.R.Q., c. A-28) et l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29).

⁹ Dès le jugement de la Cour supérieure du Québec, la juge Piché notait : « Dr Chaoulli n'a jamais témoigné non plus à l'effet qu'il avait reçu des soins inadéquats ou que le système n'avait pas répondu à ses besoins personnels de santé. Il a des pénalités importantes encore en jeu avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Il a été désengagé (sic), est revenu dans le système public, n'est toujours pas satisfait. Tout ceci amène le Tribunal à se poser des questions sur les véritables motivations du Dr Chaoulli dans le présent débat. On ne peut qu'être frappé par les contradictions dans le témoignage et l'impression que le Dr Chaoulli s'est embarqué dans une croisade dont les enjeux lui échappent aujourd'hui. » (p. 795, supra note 3).

¹⁰ Ce type d'assurance privée est dit « duplicatif », puisque les soins sont déjà couverts par le régime public d'assurance maladie.

¹¹ Cette « étanchéité » n'est pas exigée en Ontario, au Manitoba et en Nouvelle-Écosse. Par contre, ces provinces exigent la parité des honoraires exigés par les médecins participants et non participants.

Malgré la portée juridique limitée de ce jugement¹², le fait qu'il renverse une mesure de protection du régime public, établie lors de sa création en 1970, a provoqué de vives réactions tant au Québec que dans le reste du Canada. Pour certains groupes, le jugement a été perçu comme le signal d'alarme pour mettre en œuvre nombre de mesures publiques et d'investissements mieux ciblés pour renforcer et adapter le système aux défis rencontrés¹³. Pour d'autres, la possibilité, pour certains, de cotiser pour de l'assurance privée duplicative a été perçue comme une importante victoire pour les libertés individuelles¹⁴.

5. Un débat démocratique éclairé ?

De nombreux groupes dans la société (partis politiques, milieu des affaires, compagnies d'assurances) croient qu'une chose importante à faire pour adapter le système de santé aux besoins de la population est de laisser fonctionner la logique du marché en le privatisant. Ces groupes occupent d'ailleurs un large espace médiatique.

Plusieurs perceptions fausses de la privatisation ont été largement diffusées dans les médias québécois. Par exemple, bien que l'affirmation contraire ait largement circulé, il est impossible de conclure, sur la base des expériences étrangères, que d'accroître le marché de l'assurance privée pour des soins déjà couverts par l'assurance publique permette de « désengorger les listes d'attente » à l'intérieur du système public¹⁵.

L'analyse des sondages d'opinion doit tenir compte de cet état de fait. Selon certains sondages, dans la mesure où le système public serait maintenu accessible et universel, le recours à l'assurance privée récolterait l'appui d'un peu plus de 50 % des citoyens canadiens. Par contre, des citoyens mieux informés par des démarches comme celle du « Rendez-vous stratégique sur la santé », organisé par l'Institut du nouveau monde à l'hiver 2005, acceptent plutôt les initiatives de prestations privées à but non lucratif et intimement intégrées au système public¹⁶.

¹² Pour les précisions sur la portée juridique du jugement, voir : Henri Brun, Diane Demers, Patrice Garant, Andrée Lajoie, Marie-Claude Prémont, Daniel Proulx, *Privatisation des soins de santé au Québec. Il n'y a pas d'« ordre » de la Cour suprême. Le Devoir*, jeudi le 17 novembre 2005, section Idées.

¹³ Au Québec, le regroupement multidisciplinaire « Groupe de réflexion sur l'avenir du système de santé du Québec » mettait de l'avant, en novembre 2005, des pistes de solutions concrètes en réponse au jugement Chaoulli (texte intégral actuellement hébergé sur le site de l'Institut santé société de l'UQAM, www.iss.uqam.ca/pages/ba-billard.asp). Voir aussi l'ouvrage collectif canadien : *Access to care, access to justice; the legal debate over private health insurance in Canada*. Flood, C.M, Roach, K and Sossin, L, editors, University of Toronto Press 2005, 611 pages.

¹⁴ Accueilli à la Heritage Foundation de Washington quelques jours après le jugement, le Dr Chaoulli concluait son allocution en disant : « *J'ai un rêve. Mon rêve est de montrer au monde comment se débarrasser d'une forme subtile et nouvelle de tyrannie cachée dans l'idée de l'État providence et d'un système de santé public obligatoire.* » *A Victory for Freedom : The Canadian Supreme Court's Ruling on Private Health Care. Heritage lectures*, No. 892, June 21, 2005.

¹⁵ Le groupe *Médecins pour l'accès à la santé* publiait récemment (Santé Inc, mars 2006, p.6-7), une mise au point sur certaines affirmations véhiculées par l'Institut économique de Montréal concernant l'assurance privée duplicative. L'analyse des références citées par l'IEDM montrait que ces affirmations étaient en contradiction avec certaines études citées par l'organisme.

¹⁶ À cet égard lire l'allocution de Mme Céline Saint-Pierre, rendue lors d'un colloque organisé par l'Institut du nouveau monde et le Réseau de recherche en santé des populations du Québec. http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/colloque_f.asp (mars 2006).

6. La réponse du gouvernement québécois

Le 16 février dernier, après avoir obtenu un délai d'un an (juin 2006) pour se conformer au jugement, le gouvernement québécois soumettait à la consultation publique le document « *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité* »¹⁷. Tel qu'attendu, le gouvernement rappelle son engagement à maintenir un système de santé public fort et guidé par les principes que nous partageons, tels l'universalité, l'équité, un mode d'organisation qui mise sur l'intégration des services, l'amélioration de leur qualité, la mise en place de solutions qui tiennent compte des ressources disponibles et le contrôle des coûts du système (p.40). Il réaffirme que « *l'accès aux services de santé doit reposer sur les besoins des personnes et non sur leur capacité de payer.* » Ce document ambitieux propose par ailleurs de miser davantage sur les mesures de prévention¹⁸ et d'explorer de nouveaux modes de financement du système.

Plus particulièrement en réponse au jugement de la Cour suprême, le document fait part de certains progrès accomplis à l'intérieur du système public en montrant que des solutions ciblées sont possibles et efficaces pour améliorer l'accès aux soins. Les assurances privées duplicatives (qui couvriraient les soins déjà assurés par le régime public) ne sont pas retenues comme moyen adéquat de répondre aux problèmes d'accès et de délais d'attente déraisonnables. Tirant des leçons des expériences étrangères, ces assurances, rapporte le document, « *comportent plusieurs risques et ne semblent apporter aucune garantie d'un meilleur accès global aux soins de santé, ni de gains d'efficacité dans l'ensemble d'un système* » (p.38)¹⁹.

D'autre part, les éléments concrets qui sont proposés, dans la cinquième section du document, pour réduire les délais d'attente dans trois domaines chirurgicaux (chirurgie de la cataracte et remplacements articulaires de la hanche et du genou), misent sur un rôle accru de la prestation et du financement privés et sur un mécanisme de garantie de traitement.

Trois composantes sont proposées : 1) la création de nouvelles cliniques spécialisées affiliées (CSA), 2) l'établissement de délais d'attente maximaux garantis pour offrir aux patients des traitements dans les nouvelles CSA, dans d'autres hôpitaux ou dans des cliniques de médecins non participants au régime public, puis 3) une ouverture à l'assurance privée pour les domaines qui font l'objet de la garantie de traitement.

On propose d'étendre graduellement, par règlement, l'application de cette formule à d'autres domaines médicaux.

¹⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec), 16 février 2006.

En ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca/index.php>

¹⁸ Le Québec, comparé aux autres provinces canadiennes, accuse un retard dans plusieurs domaines de prévention. Selon les données de l'Institut national de santé public de 2003, il arrive bon dernier pour le test PAP (dépistage de cancer du col de l'utérus) et deuxième avant-dernier pour l'administration de vaccin contre la grippe, mesure éprouvée de réduction des consultations saisonnières à l'urgence. Par ailleurs, un peu plus de 1 Québécois sur 4 est sédentaire durant ses loisirs, chiffre plus élevé que dans toutes les provinces à l'ouest du Québec.

¹⁹ Certains de ces risques ont été exposés dans : Constantinides P et Turcotte S. Privatiser est-il une solution?

Cyberpresse, 14 décembre 2005 et Actualité médicale 15 février 2006

<http://www.cyberpresse.ca/article/20051214/CPOPINIONS01/51214162&SearchID=7324132210312> (mars 2006)

II Position du groupe *Médecins pour l'accès à la santé*

Nous partageons les principes généraux du document « *Garantir l'accès* » voulant que l'amélioration du système repose sur le respect de principes de base comme l'universalité, l'équité, un mode d'organisation qui mise sur l'intégration et l'amélioration de la qualité des services, la mise en place de solutions qui tiennent compte des ressources disponibles et le contrôle des coûts du système (p.40). De plus, nous partageons l'interprétation faite du jugement Chaoulli qui demande d'agir concrètement pour éliminer les délais d'attente déraisonnables. Nous sommes d'accord avec le gouvernement lorsqu'il affirme que l'assurance privée duplicative ne constitue pas un moyen adéquat pour répondre à la problématique des délais d'attente.

Par contre, l'application graduellement élargie des mécanismes de garantie de traitement tels que formulés pour certaines chirurgies, réalisées dans des structures privées inédites de médecins participants et non participants, ainsi que l'ouverture à l'assurance privée duplicative pour les domaines ciblés par la garantie de traitement, pourraient ne pas servir les principes avancés en premier lieu et manquer de cohérence avec la lecture du jugement, dans la mesure où les mécanismes seraient étendus progressivement à plusieurs domaines médicaux ou chirurgicaux.

1. **Ces nouveaux modes de soins pourraient introduire plusieurs éléments contre-productifs et dommageables pour le système de santé.** En effet, lorsqu'on maintient, comme le font les pays développés, un financement majoritairement public des soins de santé, diverses formes de financement et de prestation privées co-existent. Certaines formes peuvent être bénéfiques, d'autres sont toutefois à éviter, non pas pour des raisons morales, mais à cause de leur impact autant économique que sur la qualité des soins offerts à la population. **Nous y consacrons la première partie de ce mémoire.**

En cherchant d'entrée de jeu « *quel rôle doit jouer le secteur privé pour nous permettre d'accroître la capacité du système à répondre aux attentes et aux besoins de la population* » (p.34), le gouvernement semble établir comme prémisse que les délais d'attente déraisonnables résulteraient d'une capacité insuffisante du système public à offrir certains soins ou d'un financement insuffisant.

2. Nous considérons par ailleurs que la réduction des délais d'attente et le développement de la prestation et du financement privés ne vont pas nécessairement de pair. Après avoir démontré que des progrès importants ont été accomplis dans le système public, le livre blanc introduit une contradiction majeure lorsqu'il avance que le statu quo en matière de financement « *ne laisse entrevoir aucun progrès significatif quant à l'amélioration de la rapidité d'accès aux services et à la diminution des délais d'attente* » (p.42).

À l'analyse, nous croyons plutôt que les problèmes d'accès et d'attente dépendent d'abord de certaines failles dans l'organisation du système de santé et, en particulier, de toute la mécanique entourant la gestion des délais d'attente lorsqu'ils deviennent déraisonnables. D'autre part, l'accès problématique à plusieurs soins nécessaires est souvent la conséquence de ne pas avoir poursuivi le « virage ambulatoire » entrepris il y a quelques années.

La deuxième partie du mémoire est donc consacrée aux solutions innovatrices et éprouvées qui pourraient être mises en place pour améliorer l'accès aux soins et éviter les délais d'attente déraisonnables à l'intérieur du système public.

PREMIÈRE PARTIE

Éléments contre-productifs et dommageables pour le système de santé

De nouvelles façons de faire doivent être introduites dans le système public. Les innovations qui rendent possible le traitement efficace des patients en mode « ambulatoire » ou en court séjour, pour des soins médicaux et chirurgicaux nécessaires, sont souvent perçues comme étant le privilège des entrepreneurs privés. Le virage ambulatoire n'ayant été réalisé que partiellement, plusieurs formes de privatisation passive, qui posent de sérieuses questions d'équité et d'accessibilité, ont vu le jour à l'intérieur du système public. Pourtant, loin de faire ce diagnostic, le gouvernement ouvre la porte à l'émergence d'éléments contre-productifs et dommageables qui pourraient mettre en péril la poursuite des innovations amorcées ou attendues pour le système de santé.

Nous présentons ici brièvement ces éléments contre-productifs et dommageables :

1. Privatisation passive et reculs quant à l'équité d'accès
2. L'achat de volumes de soins par contrats
3. Établissements privés à but lucratif : une forme de prestation de soins à éviter
4. Garanties de soins dans le système actuel: distorsion de la pratique chirurgicale
5. Bris d'étanchéité entre médecins participants et non participants
6. Le développement du marché de l'assurance privée duplicative
7. Application des accords de commerce internationaux aux soins de santé
8. Marginalisation de la participation citoyenne à la gestion du système de santé

1. Privatisation passive et reculs quant à l'équité d'accès

La pratique de la médecine a changé rapidement au cours des dernières décennies. Plusieurs facteurs permettent de raccourcir la durée d'hospitalisation ou de l'éviter, comme de nouveaux médicaments, la miniaturisation des instruments chirurgicaux, la possibilité d'opérer à l'aide de caméras vidéo sans faire de grandes incisions, la digitalisation des radiographies, l'accès à ces images et aux résultats de laboratoire à distance grâce à l'informatique, etc. Au Québec, en 2004–2005, il y a eu environ 700 000 hospitalisations pour des soins de courte durée et plus de 450 000 chirurgies d'un jour (qui ne nécessitent pas d'anesthésie majeure et l'hospitalisation des patients)²⁰. Depuis 1998–1999, cette façon dite « ambulatoire » de pratiquer la chirurgie a connu une hausse de 11 %. Le perfectionnement fulgurant de l'imagerie médicale (tomodensitométrie (scanner), imagerie par résonance magnétique (IRM), etc.) a placé ces technologies souvent au centre du processus diagnostique. Ces examens peuvent largement être réalisés à l'extérieur de l'hôpital, phénomène favorisé par la diminution, avec le temps, du coût de ces appareils perfectionnés.

La médecine ambulatoire nous force à ne pas restreindre la définition des soins médicalement nécessaires à ceux qui sont rendus dans l'hôpital. Cette nuance fondamentale ne transparait pas d'elle-même dans les lois actuelles, initialement formulées il y a plus de trente ans, qui encadrent le financement et le fonctionnement du système de santé.

Or, la tentative d'effectuer un « virage ambulatoire » dans un contexte de coupures budgétaires radicales a favorisé l'émergence de diverses formes de privatisation « passive » de l'offre de soins médicaux. Ainsi, la prestation de certains « services de santé a quitté le monde de l'universalité et de l'assurance maladie sans franchise pour un monde où les sources de financement privé jouent un rôle beaucoup plus important. »²¹ Ces problématiques varient beaucoup d'une région à l'autre, au gré du caractère aléatoire des disponibilités des ressources publiques, créant des iniquités entre patients de diverses régions et même entre certains quartiers de Montréal. De plus, cet état de chose crée parfois des problèmes déontologiques où le médecin qui pratique dans un hôpital et qui détient par ailleurs des intérêts financiers dans ces cliniques privées se place en situation de conflit d'intérêt.

Nous constatons que le retard d'ajustement du système public aux nouvelles formes de pratiques médicales a fait en sorte que des frais supplémentaires considérables sont exigés des patients pour des soins médicalement nécessaires. Ce constat est, aux yeux de notre groupe, un des facteurs essentiels dans l'analyse de la détérioration actuelle de l'accessibilité aux soins nécessaires et, en même temps, un des indicateurs les plus précieux capables de nous orienter vers des solutions innovatrices.

Nous exposons ici quelques exemples qui touchent à l'imagerie médicale et à la pratique actuelle de chirurgie ambulatoire, bien que la problématique affecte d'autres domaines médicaux.

Imagerie médicale

La couverture publique a exclu d'emblée de certains examens d'imagerie médicale du moment qu'ils se pratiquaient hors hôpital. Au même moment que le recours aux interventions telles l'échographie, la tomographie (scanner), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) s'est accru, l'acquisition des appareils diagnostiques pour la prestation privée a été favorisée par les politiques publiques (financement, subventions, fiscalité).

20 Institut national de santé publique 2005.

21 Rapport sénatorial Flood, Stabile et Tuohy, 2001, p.24.

Lorsque l'état de santé d'un patient requiert ces examens, le médecin traitant n'a souvent d'autre option que de placer son patient devant le choix difficile d'attendre des semaines avant de subir l'examen à l'hôpital ou de déboursier de sa poche des montants de l'ordre de plusieurs centaines de dollars afin d'avoir un accès plus rapide en clinique. Bien sûr, beaucoup de patients inquiets de leur état de santé sont prêts à tout faire pour obtenir un diagnostic le plus rapidement possible.

Chirurgie ambulatoire

Actuellement, les chirurgies urgentes, majeures et mineures, sont souvent réalisées dans le bloc opératoire principal d'un hôpital, et les listes d'attente individuelles des chirurgiens ne sont pas intégrées dans un processus de gestion collective. Bien que tous les milieux parviennent à réaliser des « chirurgie d'un jour », il existe rarement des infrastructures plus légères que les blocs opératoires principaux pour pratiquer un plus haut volume de ce type de chirurgies. Pour parvenir à mieux gérer leurs listes d'attente, un certain nombre de chirurgiens participants au régime public ont mis sur pied des cliniques privées de chirurgie d'un jour.

Ce n'est pas le fait de réaliser des chirurgies ambulatoires en clinique hors hôpital, par des médecins participants au régime public, qui pose problème, mais plutôt que des frais couverts par le système public à l'hôpital sont alors chargés au patient. Ces frais peuvent comprendre les médicaments et les agents anesthésiants²² que l'assurance médicament devrait couvrir. De plus, des tarifs horaires importants sont souvent exigés des patients opérés. En 2005, pour une procédure arthroscopique du genou de 30 à 40 minutes, ce tarif se chiffrait à 300 \$ par tranche de 10 minutes.

Autres frais

Une autre forme plus subtile de facturation supplémentaire des patients se déroule aussi dans les établissements publics. À titre d'exemple, on place les patients qui sont opérés pour la cataracte devant deux options : 1) se faire remplacer le cristallin sans frais par une lentille conventionnelle et rigide, qui nécessite une incision un peu plus grande ou 2) payer quelques centaines de dollars pour une lentille pliable, dite « supérieure », qui demande une incision plus petite, mais qui est exclue de la couverture publique. Dans les faits, ces lentilles pliées sont manufacturées pour un coût d'environ 25 \$ et sont vendues généralement 3 à 10 fois ce prix, selon le pouvoir de négociation de l'acheteur²³. Aussi, l'acte chirurgical se pratique maintenant en moins de 15 minutes.

Aussi, de plus en plus de frais d'ouverture de dossier ou d'abonnement à un cabinet privé sont rapportés²⁴. Les patients, souvent en position de vulnérabilité, ne sont pas bien placés pour questionner ces pratiques.

De façon surprenante, le projet gouvernemental semble encourager l'émergence de ces phénomènes, dont le levier serait la réinterprétation de ce qui est « médicalement nécessaire ». Dans le document de consultation, nous notons « [qu']il demeure toujours possible de s'assurer dans le secteur privé pour couvrir d'autres frais supplémentaires permettant d'obtenir des biens ou des services médicaux, au-delà de ce qui est médicalement nécessaire [...]. Par exemple, l'assurance privée supplémentaire pourrait couvrir des services dont le tarif excède ce qui est accordé par le système public, par exemple pour des prothèses très sophistiquées. » (p.50)

²² Règle 2. Frais de pratique. En cabinet privé, le médecin spécialiste peut demander au malade compensation pour certains frais de pratique, que détermine ce tarif. Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques. Entente MSSS-FMSQ, nov 2005.

²³ Allan B. Intraocular lens implants (Editorial). *British Medical Journal* 2000;320(7227):73-4.

²⁴ Coopératives de santé de la région - Arrêtez tout! Claude Pinard redoute que Shawinigan devienne le symbole de la médecine à deux vitesses, *Le Nouvelliste* (Trois-Rivières) 18 mars 2006, p. 5.

En résumé, les formes de privatisation passive des soins, tolérées ou imposées au Québec par l'exclusion de services médicalement nécessaires, entraînent des frais supplémentaires importants et des formes de pratiques aberrantes. Ceci n'est ni cohérent ni acceptable, dans la mesure où les politiques publiques de santé ne doivent pas mettre le patient dans une situation où il doit, dans les faits, payer pour un service que son état de santé requiert. Dans ce mémoire, nous n'entendons pas seulement dénoncer cette situation, mais nous proposons des solutions qui nous semblent à portée pour y remédier.

2. L'achat de volumes de soins par contrats²⁵

L'idée que d'acheter des soins à contrats serait pour l'État une manière « d'économiser en santé » est populaire à première vue. Pourtant, il pourrait bien s'agir de la façon la plus certaine d'augmenter le coût des soins achetés. En Angleterre depuis 2003, certains hôpitaux sont liés par contrats à des cliniques de chirurgie d'un jour, appelées Independent Sector Treatment Centres (ISTC), qui pourraient être similaires aux CSA proposées par le gouvernement québécois. Après l'engouement initial, on annonçait l'année suivante que les coûts payés par le gouvernement pour les opérations dans les ISTC dépassaient de 50 % le prix payé pour une opération similaire dans le National Health Service²⁶.

Quelques raisons expliquent ce phénomène :

Ne pas comparer des pommes et des oranges

L'impression que les coûts d'une chirurgie faite en clinique privée sont moindres qu'à l'hôpital est basée sur la comparaison de deux actes chirurgicaux différents. Si l'on comparait les coûts d'une chirurgie ambulatoire publique, effectuée dans une structure plus légère que le bloc opératoire principal, pour le même genre de patients, à ceux d'une chirurgie identique en clinique privée, les coûts pourraient bien être inférieurs du côté du public.

Acheter maintenant, payer plus tard

Attribuer des contrats à une clinique bâtie et gérée par des intérêts privés apparaît séduisante à première vue. On pense que le gouvernement n'aurait qu'à « acheter les soins » sans payer pour la construction de l'infrastructure et l'achat d'équipements. Dans les faits, le prix des soins achetés par contrat comprend aussi, forcément, une composante pour amortir le capital investi par l'entreprise privée pour la construction de la bâtisse et l'acquisition des équipements, une composante pour les frais administratifs et de roulement, en plus de la marge de profit nécessaire si la clinique est à but lucratif. En misant sur ces façons de faire à long terme, le gouvernement paie beaucoup plus que ce qu'il en aurait coûté pour construire et gérer l'infrastructure lui-même.

Le « Partage » du risque

D'autre part, l'avantage des négociations se situe du côté du vendeur de soins privés. On pense que « l'achat de soins est souple ». En fait, pour être viable, le privé exige un volume garanti de patients, coûte que coûte. On ne négocie pas l'achat de soins à la pièce, mais par volumes de soins. Les délais d'accès garantis par le projet gouvernemental sont donc aussi des garanties de volume de soins.

²⁵ Pour une documentation plus exhaustive de ces enjeux, voir Evans RG et al. *Private highway, one-way street : the decline and fall of Canadian medicare?* Center for Health Services and Policy Research, March 2000.

²⁶ Timmins N. «NHS pays private sector 50 % more for operations» *Financial Times*, Londres, 4 fév. 2004.

De plus, comme nous ne savons pas, présentement, à cause de la structure de financement des hôpitaux, combien coûte un épisode chirurgical entier (sauf pour certaines chirurgies précises), la négociation des tarifs reposera essentiellement sur les qualités de persuasion des personnes autour de la table de négociation. Dans une structure privée, qui n'est pas soumise à la loi sur l'accès à l'information, et où la RAMQ n'a aucun pouvoir d'enquête, si ce n'est sur la tarification des médecins, le privilège de l'information restera propriété des administrateurs de la clinique.

L'achat de volumes de soins à contrat pourrait donc clairement être une façon plus coûteuse de dispenser des soins de santé.

3. Établissements privés à but lucratif : une forme de prestation de soins à éviter²⁷

On laisse souvent croire que le mode de prestation et la structure économique des institutions importent peu sur les coûts et la qualité des soins, tant que le financement des services demeure public. « *Puisque les Québécois présenteront leur carte soleil, qu'est-ce que ça change si la clinique est privée?* »

Or, un équilibre bien humain existe entre professionnalisme et appât du gain, et les pratiques médicales changent selon les structures de pratiques et de gestion des établissements. Ainsi, une étude de l'Association des hôpitaux américains démontrait clairement que dans les cliniques privées où le médecin était actionnaire, il se faisait plus de tests d'imagerie et d'interventions que partout ailleurs, soulevant le spectre de dépenses inutiles et d'interventions dont l'indication était douteuse.²⁸

La question de l'imputabilité du propriétaire face à la qualité des soins se pose de façon d'autant plus aiguë lorsque la propriété d'une clinique est assumée par des actionnaires détachés de la pratique médicale. Les professionnels de la santé qui y pratiquent sont au moins soumis à leur code déontologique. Cette situation est présentement inexistante au Québec. Un projet de loi prévoit notamment que les médecins demeurent titulaires d'au moins 50 % des actions d'un cabinet privé.

Par ailleurs, il semble largement présumé par une bonne partie des patients, des politiciens et des médecins, que les institutions à but lucratif rendraient le système plus efficace (meilleure qualité, meilleurs coûts). On prétend que la logique du marché, appliquée aux soins de santé, expliquerait ces gains. Or, la grande majorité des études attestent exactement du contraire²⁹. Ce genre de cliniques a peu de chances de réduire les coûts à moins de couper sur la qualité des soins.

Qualité des soins et survie

La faculté de médecine de l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario, a développé une expertise d'envergure internationale dans les études de type « méta-analyse », qui combinent, selon une méthodologie rigoureuse, les résultats des données déjà publiés dans des études indépendantes. Appliquées aux taux de mortalité de chaque type d'institutions, ces analyses ont démontré des taux de

²⁷ Une revue exhaustive de cette littérature scientifique dépasse le cadre de ce mémoire. Des auteurs canadiens experts dans ce domaine l'ont fait mieux que nous pourrions le faire. Voir notamment Taft, K and Stwerd, G (2000). *Private profit or the public good : the economics and politics of the privatization of health care in Alberta*, Edmonton, Alberta : Parkland Institute.

²⁸ American Hospital Association. *Impact of limited-service providers on communities and full-service hospitals*. Trend Watch 2004;6(2).

²⁹ Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. *À bas les mythes : les établissements à but lucratif rendraient le système de santé plus efficace*, mars 2004.

mortalité plus élevés dans les centres à but lucratif que dans les centres à but non lucratif³⁰. Dans un domaine plus pointu, les patients américains en insuffisance rénale terminale, pour qui la dialyse est assumée par les régimes publics Medicaid ou Medicare, présentent une moins bonne survie quant les soins sont obtenus des centres à but lucratif^{31, 32}. En étendant les données à tous les Américains dialysés, les auteurs chiffrent à 2500 le nombre de décès prématurés qui pourraient être dus au fait d'être dialysé dans des centres à but lucratif.

Contrôle des coûts

L'étude la plus complète sur le sujet fait l'analyse des données de 149 autres études réalisées sur une période de 20 ans. Examinées sous l'angle de l'accès, de la qualité des soins et de la rentabilité, 88 études concluent que les centres à but non lucratif ont un meilleur rendement, 43 concluent à un rendement égal, et seulement 18 études concluent à une supériorité des centres à but lucratif³³.

Par ailleurs, quant à la capacité de contrôler les coûts de santé à plus long terme, les chercheurs américains ont démontré, toujours à partir des données des régimes publics d'assurance, que les dépenses de santé dans les collectivités desservies par des hôpitaux à but lucratif augmentaient plus vite que dans celles desservies par les hôpitaux publics³⁴.

Qui en profite ?

Lorsque les centres à but lucratif parviennent à réduire leurs coûts d'opération sans trop endommager la qualité des soins, les gains réalisés profitent avant tout aux actionnaires plutôt qu'à l'amélioration des soins des patients. Si l'on veut maintenir une qualité de soins semblable au système public et proposer en plus des salaires attractifs pour attirer du personnel médical compétent, les gains s'effectuent alors en coupant dans les autres catégories de travailleurs et en sélectionnant les cas les plus simples tout en :

1. négociant au payeur public des prix de gros en volumes chirurgicaux en exagérant la complexité des procédures
2. diversifiant les sources de revenus, en chargeant des frais accessoires aux patients, en offrant des traitements « supérieurs » et plus rapides selon le paiement direct ou à l'aide d'assurances privées.

Loin d'être hypothétique, ce genre d'aménagement qui rassemblerait sous un même toit des médecins participants et non participants a été proposé dans les quelques jours qui ont suivi l'annonce du projet gouvernemental de création des CSA³⁵.

³⁰ Devereaux, P.J., Peter TL, Choi, P.T. et al. A systematic review and metaanalysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *Canadian Medical Association Journal* 2002;166(11) : 1399-406.

³¹ Garg P.P., Frick K.D, Diener-West, M. et al. Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation. *New England Journal of Medicine* 1999;341(22) :1653-60.

³² Devereaux P.J., Schunemann HJ, Ravindran, N et al. Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers : a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2002;288(19) :2449-57.

³³ Vaillancourt, Y., Rosenau, P. et Linder, S.H. Two decades of research comparing for-profit and non-profit health provider performance in the United States. *Social Science Quarterly* 2003;84(2) :219-41.

³⁴ Silverman, E.M. et al. The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending. *New England Journal of Medicine* 1999;341(6) :1523-28.

³⁵ Le groupe OPMEDIC Inc., dont les actions sont négociées à la Bourse de Toronto sous le symbole "OMG", propriétaire au Québec, entre autres, de la clinique de fertilité Procrea, annonçait, dans un communiqué de presse, le 21 février 2006, le genre d'aménagements que nous décrivons et l'ouverture, pour avril 2006, de sa première clinique dédiée à la de chirurgie.

En résumé, le problème pour un système de santé de miser sur des établissements à but lucratif n'est pas d'ordre moral, mais d'abord et avant tout économique et médical. Les compagnies en question ont des obligations légales et financières envers leurs actionnaires. Ensuite, la loi de l'offre et de la demande ne peut s'appliquer quand le vendeur fournit un service absolument essentiel. Rien, selon les données disponibles, ne montre que les institutions à but lucratif ont apporté un quelconque bénéfice dans l'univers des soins de santé. Au contraire, en cherchant à maximiser la profitabilité, elles grèvent les fonds publics et fournissent des soins souvent de qualité inférieure pour le bien-être des patients, cette forme de prestation des soins doit être écartée par le gouvernement québécois.

4. Garanties de soins dans le système actuel : distorsion de la pratique chirurgicale

La garantie de soins telle que proposée actuellement ne semble pas tenir compte du processus de décision médical qui fait en sorte qu'un patient puisse ou non être opéré sans être hospitalisé, en mode « ambulatoire ». La possibilité d'être opéré dans une structure plus légère que le bloc opératoire principal d'un hôpital dépend certes, du type d'intervention, mais surtout du risque que la procédure représente pour un patient donné. Les personnes âgées, principalement concernées par les remplacements articulaires qui feraient l'objet de la garantie, présentent souvent des problèmes de santé concomitants et ne sont pas de bons candidats à opérer loin des unités d'hospitalisation.

En replaçant le patient au centre du processus, on s'aperçoit que la décision d'être opéré en mode ambulatoire plutôt que dans le bloc opératoire hospitalier conventionnel n'a rien à voir avec un temps d'attente garanti. Pour respecter la bonne pratique médicale tout en poursuivant l'objectif de réduire les délais d'attente, on devrait proposer aux patients à faible risque de complications (jeunes et aptes à gérer leur convalescence à partir de chez eux) d'être opérés en mode ambulatoire dès les premiers temps d'attente et non pas après six mois.

Le mécanisme de délais garantis doublé des contrats de volumes établis avec des cliniques proposé actuellement par le gouvernement pose de sérieux risques. La prolifération d'actes médicaux non pertinents en est un qui est réel et documenté dans plusieurs systèmes où prévalent des incitatifs rigides du même ordre.

5. Bris d'étanchéité entre médecins participants et non participants

Pour assurer un service efficace et complet dans le système public, il est essentiel que les gouvernements offrent des moyens d'améliorer la pratique publique et incitent à partager les responsabilités hospitalières. Ne pas le faire revient à encourager la fragmentation de l'offre de services en de multiples pratiques certes plus lucratives, mais moins aptes à répondre aux besoins de la population dans son ensemble. Les médecins non participants n'ont aucune obligation d'assurer la prise en charge des patients les plus malades ou des tâches d'enseignement, contrairement aux médecins participants (notamment assujettis aux Activités Médicales Particulières). De plus, ces médecins peuvent s'établir dans n'importe quelle région du Québec : actuellement, plus de 80 % des médecins non participants pratiquent en périphérie de Montréal³⁶.

³⁶ Régie de l'assurance-maladie du Québec, «Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec», décembre 2005.

La nécessité de maintenir l'étanchéité de la pratique médicale pour la conservation d'un réseau public fort est annoncée dans le document « *Garantir l'accès* ». Pourtant, des brèches sont ouvertes à deux endroits dans la proposition gouvernementale :

1. Après neuf mois d'attente, les patients pourront être traités dans des cliniques privées de médecins non participants, aux frais du système public;
2. « Les cliniques spécialisées affiliées devraient fournir des services exclusivement (ou principalement) pour les besoins des établissements affiliés, selon des conditions définies par l'entente. » (p.49)

Il a été dit que le recours aux médecins non participants serait exceptionnel. Pourtant, le projet actuel propose que soient prises « *des dispositions de nature réglementaire ou contractuelle entre le système public et le dispensateur privé* » (p.50) de médecins non participants. Par ailleurs, si le système public est simplement maintenu tel quel et n'est pas outillé pour mieux répondre aux demandes de soins, la quantité de patients qui attendent plus de neuf mois, qui se situe actuellement entre 2000 et 3000 patients pour les trois chirurgies ciblées par les garanties, a toutes les chances de rester identique ou de s'accroître.

En proposant d'avoir recours aux médecins non participants au régime public après un délai d'attente de neuf mois, le gouvernement encourage la non-participation et redirige les fonds publics vers des formes de prestation en marge du système.

De plus, en indiquant que les cliniques spécialisées affiliées devraient fournir des services *principalement* pour les besoins de l'établissement public rattaché, on laisse planer la possibilité que soient rassemblés, sous le toit des CSA, des médecins non participants payés directement par l'assurance privée ou de la poche des patients et des médecins participants payés par la RAMQ. Dans cette situation, il n'y a plus qu'un petit pas à franchir pour établir une pratique médicale mixte, où le médecin participant au régime public peut aussi être rémunéré de manière privée. D'autre part, si les intérêts économiques des médecins des deux statuts sont liés pour la propriété de la clinique, l'argent public se déverse encore vers les pratiques de médecins non participants

Règles qui encadrent le passage entre le statut de médecin participant à celui de non participant

Actuellement, les médecins participants qui souhaitent se retirer du système public doivent fournir un avis de 30 jours à la RAMQ pour devenir non participants et 8 jours d'avis avant de réintégrer le système public³⁷. Ces dispositions législatives permettent, dans les faits, aux médecins participant de pratiquer de façon « hybride » en travaillant dans le système public quelques mois par année. Afin d'éviter qu'une pratique publique à temps partiel ne serve indirectement à subventionner l'amortissement des coûts de transition du passage vers une pratique entièrement privés, ces délais devraient être allongés.

Par ailleurs, on mentionne souvent que l'article 30 de la Loi sur l'assurance maladie pourrait s'appliquer si le nombre de médecins participants devenait insuffisant dans un domaine médical ou une région donnée.

³⁷ R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 1, a. 29.

Néanmoins, cet article ne ramène pas les médecins non participants dans un régime public qui serait jugé déficient³⁸. Il fait simplement en sorte, que les tarifs chargés par les médecins non participants soient les mêmes que les tarifs des médecins participants, et ce pour une période de trois mois.

Pratique mixte et délais d'attente dans le système public

Certains affirment que de permettre aux médecins d'être rémunérés à la fois de manière privée et publique, ce qui est appelé la pratique médicale mixte ou hybride, serait bénéfique pour améliorer l'accessibilité. Or, ces formes de pratiques mixtes, passablement expérimentées en Angleterre et en Australie, drainent systématiquement les fonds et les ressources humaines du système public au profit du système privé. Le médecin est essentiellement placé dans une situation où les incitatifs financiers du privé encouragent le maintien de longues listes d'attente dans le système public. Celui-ci peut alors réduire ses heures de travail et conserver le même revenu. Cet état de choses a été illustré récemment au Manitoba, où la pratique mixte est permise. Sans surprise, l'expérience des ophtalmologistes manitobains démontre que ceux qui pratiquent dans les systèmes privé et public contribuent à allonger les listes d'attente du côté public³⁹.

Les deux portes entrouvertes, en termes d'étanchéité des pratiques, doivent donc être refermées si on poursuit le but de maintenir un système public fort.

6. Le développement du marché de l'assurance privée duplicative

Selon le document gouvernemental, les assurances privées duplicatives (qui couvriraient les soins déjà assurés par le régime public) ne sont pas retenues comme moyen adéquat pour répondre aux problèmes d'accès et de délais d'attente, puisque, tirant des leçons des expériences étrangères, elles « *comportent plusieurs risques et ne semblent apporter aucune garantie d'un meilleur accès global aux soins de santé, ni de gains d'efficacité dans l'ensemble d'un système.* » (p.38) Nous partageons cette lecture de la littérature disponible sur ce sujet. Effectivement, rien ne permet d'affirmer que l'ouverture à l'assurance privée duplicative permettrait de désengorger les listes d'attente dans le secteur public ou d'accroître l'accessibilité aux services pour l'ensemble de la population. Pourquoi alors coupler le recours à l'assurance privée duplicative aux domaines visés par les garanties d'accès ?

L'ouverture d'un marché interne pour l'assurance privée pourrait encourager la non-participation des médecins au régime public, exacerbant la problématique des délais dans le système public. Quoi qu'il en soit, les décisions d'ouvrir le recours à l'assurance privée ne devraient pas être prises par simple voie réglementaire, mais par l'intermédiaire d'un débat démocratique à l'Assemblée nationale.

³⁸ L'article 30 de la L.R.Q., chapitre A-29, se lit comme suit : « Lorsque le ministre estime que le nombre de professionnels qui sont des professionnels non participants dans l'ensemble du Québec ou dans une de ses régions, ou que le nombre de ceux qui exercent un même genre d'activités et qui sont des professionnels non participants dans l'ensemble du Québec ou dans une de ses régions est trop considérable pour que les services assurés puissent continuer à être rendus selon des conditions uniformes, il doit faire publier un avis à la Gazette officielle du Québec faisant état de la situation. À compter du huitième jour de la publication de l'avis, le gouvernement peut, par règlement, décréter que les professionnels de la santé visés dans l'avis ne peuvent exiger ni recevoir, à compter de la date de l'entrée en vigueur du règlement, pour les services assurés qu'ils fournissent à des personnes assurées, aucune autre rémunération que celle prévue à une entente en vigueur. La Régie doit rembourser aux personnes assurées le coût des services assurés qu'elles reçoivent de ces professionnels. Le décret [...] est pour une période d'au plus 90 jours à compter de l'entrée en vigueur du règlement. »

³⁹ De Coster et al. Medical Care 1999;37(6):S187.

7. Application des accords de commerce internationaux aux soins de santé⁴⁰

La raison d'être de l'accord de libre-échange nord-américain (ALENA) conclu en 1994 se formule simplement : lever les obstacles qui nuisent au commerce international des biens et des services de toute forme, incluant les soins de santé. L'accord général sur le commerce des services (AGCS ou GATS en anglais), qui fait l'objet de négociation à l'OMC, renforce l'application des règles de l'ALENA, entre autres par son dispositif de règlements de conflits économiques⁴¹.

L'exception de l'application des règles de l'ALÉNA aux services de santé publics actuels dépend de leur caractère « social » et de leur « intérêt public ». ⁴² Cette disposition repose sur un consensus diplomatique et l'interprétation canadienne large de ces termes ne correspond pas nécessairement à celle des Américains, qui a le mérite d'être claire : « *where commercial services existed, that sector no longer constituted a social service for a public purpose* ». ⁴³

La logique inhérente à ces accords, telle qu'inscrite dans l'article 19 de l'AGCS, est d'atteindre progressivement le plus haut niveau de libéralisation économique. Une fois un verrou levé, la primauté de la souveraineté des états est renversée. Des entités étrangères seraient en droit d'obtenir les mêmes subventions que les entreprises québécoises. Par ailleurs, si un gouvernement décide de rétablir un service public, l'article 11 de l'ALENA prévoit qu'une compagnie peut engager des poursuites contre l'État et exiger des dédommagements importants pour les parts de marchés dont elle aura été privée.

Les mécanismes de règlement de conflits sont prévus, mais les décisions prises à partir de critères économiques s'enfangeront-elles dans les considérations sociales qui caractérisent les soins de santé ? Le récent conflit en matière de bois d'œuvre entre les États-Unis et le Canada illustre bien les rapports de forces existants.

On trouvait aux États-Unis, en 2004, 3735 « Ambulatory surgical centers », en grande partie privés à but lucratif, qui affichaient une croissance estimée de 6 % par année⁴⁴. Ouvrir le marché québécois des soins chirurgicaux ambulatoires sans tenir compte de ces disproportions et des conditions des accords commerciaux n'est pas réconciliable avec l'objectif de maintenir un système de santé intégré et efficient.

⁴⁰ Voir des articles plus exhaustifs sur ces enjeux : Crawford M. Interactions : trade policy and healthcare reforms after Chaoulli v Quebec. *Health Care Policy* 2006;1(2) : 90-102. Aussi : Tracey Epps and David Schneiderman. Opening Medicare to our neighbours or closing the door on a public system? International trade law implications of Chaoulli v. Quebec. In *Access to care, access to justice; the legal debate over private health insurance in Canada*. Flood, C.M., Roach, K and Sossin, L, Editors, University of Toronto Press 2005, p. 369-89.

⁴¹ Voir notamment au sujet du GATS et plus particulièrement sur ses mécanismes de règlements de conflits : Frédéric Viale : *Convoitises sur les services* dans le dossier spécial sur la dernière rencontre de l'OMC à Hong-Kong, *Le Monde diplomatique*, décembre 2005.

⁴² Le libellé se lit comme suit : *Le Canada se réserve le droit d'adopter ou de maintenir toute mesure concernant les services d'application du droit public et les services correctionnels, ainsi que les services suivants dans la mesure où ils constituent des services sociaux établis ou maintenus à des fins d'intérêt public : sécurité ou garantie des revenus, sécurité ou assurance sociale, bien-être social, éducation publique, formation publique, santé et garde d'enfants.* (ALENA, Annexe II, Réserves aux mesures futures, secteur service sociaux)

⁴³ Déclaration faite en 1995 par l'« Office of the United States Trade Representative ». Tiré de : Appleton B (1999). *International agreements and national health plans : NAFTA*, in D. Drache and T. Sullivan, Editors. *Market limits in health sector : public success, private failure*, London : Routledge, pp. 87-104.

⁴⁴ American Hospital Association. Impact of limited-service providers on communities and full-service hospitals. *Trend Watch* 2004;6(2).

L'interprétation rigide et réelle des termes de l'ALENA, que l'AGCS renforce⁴⁵, demande à ce que les nouvelles initiatives en termes de services de santé demeurent explicitement et exclusivement hors ententes commerciales. L'établissement de contrats entre les établissements publics et de multiples entités privées, envisagé dans le projet gouvernemental, est inacceptable à cet égard.

8. Marginalisation de la participation citoyenne de la gestion du système de santé

Les citoyens ont traditionnellement été laissés à l'écart des discussions entourant le choix des services de santé qui sont assurés publiquement. Ces décisions ont plutôt été le fait de négociations entre les corporations professionnelles et le gouvernement, ce qui explique certaines incohérences dans la définition actuelle des services assurés. Comment expliquer par exemple que la psychothérapie, lorsque pratiquée par un médecin, est entièrement remboursée par la RAMQ alors que le même service, offert par un autre professionnel de la santé, n'est remboursé qu'en certaines circonstances bien précises (lorsque ces professionnels pratiquent en CLSC, par exemple)?

La proposition gouvernementale est silencieuse sur les questions de participation citoyenne et de gouvernance. Récemment, la création des CSSS a aussi éliminé la présence des représentants de la population sur différents conseils.

Nous croyons que les citoyens doivent contribuer à définir les orientations d'un système de santé dont ils choisissent d'assumer collectivement les coûts, entre autres en ce qui concerne les délais d'attente jugés déraisonnables. La satisfaction et la confiance de la population en un système de santé pourraient en dépendre.

⁴⁵ Une note de l'OMC de 1998 clarifiait les paramètres en mentionnant que les pays dont les établissements de santé sont de propriété privée et publique et dont le financement dépend d'assurances privées ou des frais aux usagers ne peuvent se prévaloir de l'exemption de l'application des règles de l'AGCS. L'article en question 13.1 exempte les « services gouvernementaux », définis comme n'étant pas offerts sur une base commerciale, concurrentielle, avec un ou plus d'un prestataire. Tiré de : Evans, R.G. et al. *Private highway, one-way street : the decline and fall of canadian medicare?*, Centre for Health Services and Policy Research, Mars 2000.

DEUXIÈME PARTIE

Solutions aux délais d'attente déraisonnables

Comment peut-on venir à bout des délais d'attente déraisonnables ? Le document «Garantir l'accès» propose certaines solutions éprouvées. Pour la radio-oncologie et la cardiologie par exemple, un mode de gestion informatisé qui regroupe et centralise les listes d'attentes, l'établissement de corridors de services, la prolongation temporaire d'heures de travail et des investissements ciblés pour augmenter la capacité du système ont fait fondre les délais déraisonnables. Il s'agit d'une démonstration convaincante de la capacité du système de santé à réduire les délais d'attente grâce à des solutions publiques ciblées et efficaces.

Nous proposons d'innover et d'aller plus loin dans cette direction. Une approche systématique et méthodique s'impose pour répondre aux problèmes d'accès et d'attentes, non seulement dans les domaines des chirurgies du genou, de la hanche et de la cataracte, mais à tous les niveaux du continuum de soins et de services de santé où ceci s'avère nécessaire. Ceci permettra de dégager un ensemble de solutions susceptibles d'éviter les dérives prévisibles que nous avons décrites dans la première partie de ce mémoire.

Nos propositions se font selon 3 axes et se concluent sur un exemple de marche à suivre :

1. Mieux gérer les délais d'attente

- 1.1 Définir les délais d'attente à partir de la première ligne
- 1.2 Établir de façon transparente des cibles de délais d'attente
- 1.3 Réduire les délais d'attente par une gestion innovatrice
- 1.4 Réduire les délais grâce aux approches multidisciplinaires

2. Faire mieux avec les ressources existantes

- 1.1 Continuer à renforcer la première ligne
- 1.2 Mieux intégrer les ressources actuelles

3. Augmenter la capacité du système de façon cohérente

4. Exemple de marche à suivre pour améliorer les délais d'attente

1. Mieux gérer les délais d'attente

1.1 Définir les délais d'attente à partir de la première ligne

La définition des délais d'attente est à revoir puisque le document ne prend en compte, dans le calcul du délai, que le temps entre le diagnostic et l'intervention chirurgicale. Pourtant, le patient commence à attendre chez lui. L'accès à un médecin de famille marque le premier délai d'attente problématique, au Québec, avant même d'être inscrit sur toute liste.

L'attente du patient se divise en au moins 4 temps, dont l'ordre peut varier ou recommencer en boucle. La plupart du temps, l'attente s'arrête toutefois par la prise en charge du patient dès la première ligne.

Temps 1	De l'apparition des symptômes jusqu'à la consultation d'un médecin généraliste de première ligne
Temps 2	De la première ligne jusqu'au rendez-vous avec un spécialiste ou un autre professionnel de la santé
Temps 3	Attente pour les tests et l'imagerie diagnostiques
Temps 4	Des tests diagnostiques à l'intervention souhaitée: chirurgie ou toute autre intervention

À travers ce parcours, l'attente pour des tests de laboratoire et d'imagerie diagnostique prescrits par le médecin de famille ou le spécialiste contribue à prolonger l'attente d'un traitement définitif. Le projet gouvernemental ne concerne que le temps 4, et prend partiellement en compte l'attente pour l'investigation (le document parle de réinvestissement dans la technologie d'imagerie, p.50) pour un nombre limité de chirurgies.

Pour se rapprocher du temps d'attente réel et pouvoir conceptualiser des solutions d'ensemble, l'analyse des délais doit prendre en compte tous les niveaux du parcours d'un patient et parvenir à identifier les facteurs d'engorgement qui limitent son cheminement vers l'intervention souhaitée. Le calcul du délai d'attente commence à partir de l'accès à la première ligne.

Finalement, ce processus doit tenir compte du fait que les besoins et priorités ne sont pas les mêmes d'une région à l'autre. Tous les Québécois attendent pour des services de santé, mais ils n'attendent pas nécessairement pour les mêmes. Les priorités d'investissement devraient donc pouvoir être établies à l'échelle locale et régionale.

1.2 Établir de façon transparente des délais d'attente raisonnables

Au-delà des trois chirurgies ciblées par le livre blanc, il y a une foule d'autres problèmes de santé sérieux qui nécessitent des soins de base et spécialisés et pour lesquels il est urgent d'établir des consensus sur la durée d'attente raisonnable. Par exemple, quel délai est raisonnable lorsqu'un patient souffre de dépression majeure réfractaire au traitement général avant de voir un psychiatre? Quel délai est acceptable avant qu'une personne âgée en perte d'autonomie ait accès aux services d'une équipe de soins à domicile ou qu'un patient diabétique puisse être évalué par une équipe multidisciplinaire en première ligne?

Puisqu'il existe peu d'études qui rapportent l'incidence d'effets indésirables physiques, émotionnels et économiques, dus à l'attente de soins de santé⁴⁶, l'élaboration de ces points de repère doit se faire non seulement à partir d'un consensus médical, mais de façon plus large. Elle interpelle plusieurs acteurs sociaux : la notion de délais « raisonnables » varie effectivement selon qu'on est un gestionnaire, un politicien, un contribuable en bonne santé, un patient inquiet, un médecin ou un propriétaire de clinique privée.

L'inscription d'un patient sur une liste d'attente est importante pour la gestion subséquente de la liste et pour l'équité dans l'accès. Elle doit se faire selon des critères cliniques d'inclusion stricts (conformes aux guides de pratique). Les critères de priorisation, qui font en sorte qu'un patient peut changer de rang dans la liste selon l'évolution de ses symptômes, doivent aussi être strictement établis. Plusieurs modèles sont actuellement développés et adaptés aux différentes maladies; la version québécoise du système de gestion de l'accès aux services (SGAS), appliqué à la radio-oncologie et à la chirurgie cardiaque, est présentement à l'essai.

1.3 Réduire les délais d'attente par une gestion innovatrice

Une fois les cibles d'attente établies, il y a nécessité d'établir, par établissement et par région, les temps d'attente réels dans les secteurs d'activité médicale problématique. Comme les délais d'attente sont dynamiques, qu'ils varient tout au long de l'année à cause de multiples facteurs (vacances, saisons, départ ou arrivée de médecins dans une région, etc.), il faut les réexaminer de façon périodique. À cette fin, un système intégré de surveillance des délais d'attente et de leurs conséquences sur la santé devrait être instauré en coordination avec les agences régionales. Une fois mis en place, un tel système intégré permettrait d'identifier les véritables goulots d'étranglement sur le continuum de soins et de mieux y remédier.⁴⁷

La révision régulière du « contenu » est un moyen simple et éprouvé pour réduire les délais. Elle permet d'éviter que les listes ne soient gonflées artificiellement par des patients qui n'ont plus besoin de l'intervention, qui l'ont déjà reçue ailleurs, qui ne la veulent tout simplement plus ou qui ne savent même pas qu'ils y sont inscrits! Certaines études démontrent qu'il peut y avoir jusqu'à 31 % de patients inutilement inscrits sur les listes d'attente.⁴⁸ Une telle façon de faire permet aussi d'éviter les cases vides. Le temps prévu pour quelqu'un qui ne se présente pas est perdu à jamais. À une clinique de chirurgie de Halifax, un taux de 10 % de rendez-vous perdus représentait une perte de 1400 échographies par année⁴⁹.

Présentement, presque chaque chirurgien québécois tente de gérer, seul, sa propre liste d'attente. Réduire le nombre de listes et les centraliser est un moyen éprouvé de réduction des temps d'attente. Par exemple, une clinique externe d'endoscopie britannique qui employait 10 gastro-entérologues avec 10 listes d'attente séparées avait 16 semaines d'attente. Lorsqu'elle a regroupé les listes d'attente de ses 10 médecins en une seule, les temps d'attente ont diminué de 75 %.⁵⁰

⁴⁶ McDonald P et al. *Waiting Lists and Waiting Times for Health Care in Canada : More Management! More Money?* July 1998.

⁴⁷ Trottier L-H, Contandriopoulos A-P, Champagne F. *Les délais d'attente dans le système de santé*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 6 février 2006. http://www.santepop.qc.ca/docs/chaoulli/delais_attente.pdf.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ Site internet de la Nouvelle Écosse : <http://www.gov.ns.ca/health/waittimes/WhatYou-CanDotoImproveWaitTimes.pdf>. (décembre 2005).

⁵⁰ Rachlis MM. *Public Solutions to Health Care Wait Lists*. Centre canadien de politiques alternatives, Décembre 2005. www.policyalternatives.ca

De même, si un patient montréalais est dirigé à la première unité de gastro-entérologie qui offre une place pour un examen initial, le temps moyen d'attente pour l'endoscopie à Montréal va chuter de façon significative. Ceci favorise une meilleure équité régionale dans l'accès aux soins, comme les listes d'attente varient actuellement de quelques jours à plusieurs mois selon les établissements.

Les informations tirées des listes centralisées peuvent être mises à profit pour mieux informer et référer les patients à travers les ressources existantes. Ces derniers se voient donner une information plus réaliste du temps qu'ils devront attendre. Parfois, le sentiment d'abandon et la frustration de ne pas savoir est pire que le délai en temps que tel.

1.4 Réduire les délais grâce aux approches multidisciplinaires⁵¹

Les équipes multidisciplinaires améliorent de façon significative l'accessibilité aux soins. Le patient qui s'aventure dans les dédales du système de soins doit souvent effectuer une véritable course à obstacles pour passer de la consultation initiale chez le généraliste jusqu'à l'intervention finale chez un spécialiste. Il est possible de prévoir les « séquences classiques » d'utilisation des soins ou de consultations de différents professionnels. Ensuite, les « séquences » en plusieurs lieux et moments distincts doivent être remplacées par la « simultanéité », où les interventions nécessaires sont obtenues lors d'une unique visite. Sans être des façons plus coûteuses de pratiquer, ces approches demandent un meilleur partage des responsabilités entre professionnels et une meilleure coordination des épisodes de soins.

Voici quelques exemples tirés d'expériences canadiennes et étrangères :

- Des études récentes effectuées à la Clinique Mayo au Rochester (Minnesota) démontrent ainsi que dans le cadre d'équipes multidisciplinaires, un même nombre de médecins pouvaient prendre en charge jusqu'à 6 fois plus de patients que des médecins travaillant sans équipe.⁵²
- À Hamilton, la création d'équipes de santé mentale multidisciplinaires composées d'omnipraticiens, de psychiatres et de divers thérapeutes a permis de diminuer les références en 2^{ème} ligne à la clinique régionale de psychiatrie de 70 % tout en augmentant de 900 % le nombre de patients traités pour des problèmes de santé mentale.
- Dans le cas du cancer du sein, une patiente qui doit passer une mammographie doit d'abord attendre une première fois. Puis, advenant que cela soit nécessaire, elle doit ensuite attendre une deuxième fois pour subir une biopsie. Une solution très simple à ce dédoublement de l'attente réside dans l'intégration, pour les femmes dont la mammographie est positive, de l'autre intervention diagnostique lors de la même visite. Ce genre de solution ne requiert aucun argent supplémentaire et a commencé à être appliqué avec succès dans plusieurs cliniques.

⁵¹ Rachlis MM. Public Solutions to Health Care Wait Lists, Centre canadien de politiques alternatives, Décembre 2005.

⁵² Goodman D, Wennberg J, Chang C, Stukel T. Health Affairs, mars/avril 2006.

2. Faire mieux avec les ressources existantes

2.1 Continuer à renforcer la première ligne

L'investissement dans la première ligne devrait, selon nous, cibler les modes d'organisation des services qui favorisent la continuité des soins et la prise en charge multidisciplinaire des patients. D'une part, le patient devrait pouvoir identifier aisément une porte d'entrée dans le système de santé et celle-ci devrait être offerte par la première ligne. D'autre part, le patient devrait avoir accès à un praticien de première ligne dans un temps raisonnable. En ce sens, les services de première ligne offerts par des équipes multidisciplinaires, en lien avec les services spécialisés, doivent être renforcés. La réorganisation des services de première et deuxième lignes autour des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des réseaux locaux d'accessibilité ainsi que le déploiement des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseaux sont porteurs d'un meilleur accès à la première et à la deuxième lignes et doivent être poursuivis.

2.2 Meilleure utilisation des ressources existantes

Avant de proposer de créer de nouvelles cliniques, il faut d'abord démontrer que la capacité du système dans un certain type de soins est insuffisante. Ainsi, les cabinets privés de médecins participants en chirurgies orthopédiques et ophtalmologiques qui ont résulté de la privatisation passive du système depuis 15 ans devraient être mieux intégrés au reste du réseau pour pouvoir accroître de façon cohérente l'offre de soins du système de santé. À cet effet :

- Le régime public devrait payer pour les services médicalement requis (chirurgies, imagerie diagnostique, etc.) qu'ils soient pratiqués en milieu hospitalier ou en cabinet privé de médecins participants.
- Les cabinets privés de médecins participants devraient être pris en compte dans le calcul de la capacité actuelle du système.
- Le développement de ces cabinets privés ne devrait pas se faire au détriment du partage des responsabilités hospitalières (garde, activités administratives, etc.) et d'enseignement auprès des futurs médecins.

3. Augmenter la capacité du système de façon cohérente

Les avantages des centres de soins ambulatoires publics

Le projet du gouvernement propose d'augmenter la capacité du système en matière de chirurgie ambulatoire. Advenant qu'une meilleure gestion des listes d'attente et intégration des ressources actuelles confirment que nous sommes en face d'un problème de capacité dans ce domaine, une solution avantageuse pour y répondre demeure un investissement ciblé dans un centre public de chirurgie ambulatoire, développé en lien étroit avec un centre hospitalier.

- Les centres de chirurgie ambulatoire constituent une solution innovatrice, qui permet l'adaptation du système public aux progrès de la médecine moderne.
- Ils permettent d'éviter les éléments dommageables qui ont fait l'objet de la première partie de ce mémoire.

On peut s'inspirer des expériences ontarienne et manitobaine, provinces qui ont misé sur les centres ambulatoires publics⁵³. Ces cliniques sont rattachées aux infrastructures publiques et sont intégrées aux programmes d'enseignements des facultés de médecine.

En 2001, le gouvernement manitobain a acheté à son propriétaire la clinique de chirurgie privée Pan-Am de Winnipeg. Cet homme continue à administrer la clinique, bien que le statut soit maintenant celui d'un sans but lucratif, en se rapportant directement à la régie régionale concernée. Sur 20 000 pieds carrés, il s'y pratique entre autres, par année, en mode « chirurgie d'un jour », 5250 chirurgies orthopédiques et 500 chirurgies de la cataracte. En plus de la chirurgie, il s'y trouve un service d'imagerie médicale et de traitement urgent des blessures mineures.

À Toronto, la fusion administrative du Mississauga Hospital et d'une clinique située à cinq kilomètres de distance a permis de transformer cette dernière en le plus grand centre de chirurgie d'un jour à but non lucratif en Amérique du Nord, le Trillium Queensway Surgicenter. Il s'y pratique, avec huit salles d'opération sur 23 000 pieds carrés, 20 000 chirurgies par année, dont 3 500 chirurgies de la cataracte, en plus des procédures orthopédiques, du sein et laparoscopiques (ex : vésicule biliaire). Il y a aussi d'autres soins ambulatoires pour les patients diabétiques et insuffisants cardiaques, des soins urgents entre 8h et 22h et une gamme de procédures diagnostiques.

Au Québec, par contraste, bien que l'utilisation d'hôpitaux comme centres dédiés à certaines chirurgies, dont la cataracte et les remplacements articulaires, a donné d'excellents résultats en terme de réduction de délais d'attente, la volonté politique de continuer dans cette direction semble s'éroder.

Le centre ambulatoire construit par l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont au début des années 2000 nourrit cette inquiétude. Alors qu'il aurait pu être pleinement fonctionnel, pour la chirurgie ambulatoire, depuis déjà trois ans, l'administration nous a rapporté qu'il ne l'était pas encore faute de budgets conséquents. La fragmentation de l'offre de chirurgies ambulatoires, que laisserait entrevoir le développement de CSA sur le territoire de cet hôpital qui dessert un bassin de population aussi important, en nombre, que la ville de Québec, n'apparaîtrait pas judicieux.

⁵³ Rachlis MM. Public Solutions to Health Care Wait Lists. Centre canadien de politiques alternatives, décembre 2005.

Plusieurs avantages résultent des centres de chirurgie ambulatoires :

- Un volume de patients à faible risque chirurgical est dirigé hors les blocs opératoires conventionnels, ce qui libère du temps opératoire pour la chirurgie majeure.
- La décision de proposer au patient une « chirurgie d'un jour » est prise au moment où le chirurgien traitant pose le diagnostic, détermine le type de chirurgie nécessaire et évalue les facteurs de risque du patient. La prise de décision pour la chirurgie ambulatoire n'est pas corrompue par un dispositif de « délai maximal garanti » ou limitée à certains actes chirurgicaux.
- L'évaluation préopératoire et le suivi postopératoire peuvent se faire dans les infrastructures déjà existantes de l'hôpital public.
- Ces centres sont avantageux pour les chirurgiens car ils se situent à proximité de l'hôpital principal où sont hospitalisés les patients sous leur responsabilité et où ils partagent les tâches hospitalières essentielles (gardes, urgences, activités pédagogiques et de recherche, etc.).
- Advenant des complications pendant ou après l'intervention, le support hospitalier est facilement accessible.
- Des infirmières assurent le suivi systématique des patients par téléphone le lendemain de la procédure.
- L'évaluation de la qualité des soins procède par les méthodes publiques déjà existantes.
- La structure de financement et de rémunération ne place pas les médecins en situation de conflit d'intérêt.
- L'enseignement des chirurgies mineures n'est pas compromis pour la relève.
- Le travail du personnel infirmier et des travailleurs de la santé demeure diversifié et le droit à la syndicalisation est respecté.
- Les coûts administratifs et ceux des procédures sont inférieurs à ceux pour les mêmes actes dans les structures privées indépendantes.
- Le coût réel des actes chirurgicaux peut être évalué et connu des autorités publiques, servant à la planification budgétaire indispensable.

Tout compte fait, les risques et les désavantages auxquels la création des nouvelles CSA pourrait exposer le système, couplée à un mécanisme de garantie de soins, doivent être mis en relief avec les avantages considérables des centres ambulatoires publics.

4. Exemple de marche à suivre pour améliorer les délais d'attente

En guise de synthèse, voici une séquence proposée pour réduire les délais d'attente à partir d'un système mieux intégré de surveillance et de gestion. La séquence est bonne pour chaque type de services pour lesquels l'accès est jugé problématique :

1. Faire une évaluation rationnelle de la capacité d'une unité de soin ou d'un territoire à répondre aux besoins de la population desservie;
2. Identifier les facteurs dynamiques d'engorgement qui limitent l'accès (première ligne) ou le parcours des patients dans l'ensemble des étapes qui le mènent au service ou suivi médical définitifs;
3. Mettre en place les solutions de gestion éprouvées pour éliminer les facteurs d'engorgement, comme :
 - la réduction au minimum du nombre des listes d'attente et une gestion centralisée,
 - épurer les listes et éliminer les cases vides par un processus de réévaluation périodique,
 - fixer les rendez-vous pour les nouvelles consultations à la première case horaire disponible de l'unité de soin d'un groupe de médecins,
 - éliminer la consultation en « séquence » et opter pour la multidisciplinarité, en regroupant dans un même lieu et en rendant disponible lors d'une unique consultation l'ensemble des procédures ou consultations requises par la condition des patients;
4. Établir un plan de rattrapage à court terme pour éliminer la liste de patients qui subissent un délai d'attente inacceptable en utilisant les ressources disponibles (augmenter, par exemple, la journée de travail de quelques heures pour réaliser quotidiennement une intervention requise supplémentaire pendant une période donnée);
5. Et finalement, si l'offre de services est jugée insuffisante malgré la mise en place de ces mesures, augmenter, pour ajuster l'offre de soins aux besoins, la capacité du système de façon constructive et cohérente, en ressources humaines ou en nouvelles infrastructures.

Notre groupe pense qu'un modèle de ce genre devrait être mis à l'épreuve d'une analyse fonctionnelle dans le but d'en universaliser la pratique.

V Conclusion

Il appartient au régime public de santé que tous les services médicalement requis soient couverts, et qu'ils le soient dans un délai raisonnable, selon la Cour suprême. Il faut donc se doter des outils et des moyens pour évaluer où et quand, à l'heure actuelle, se manifestent des délais inacceptables et y répondre de manière ciblée, efficace et dynamique. Il faut par ailleurs rappeler que nul système ne peut (ni ne doit) totalement éliminer les attentes, au risque de surdimensionner le système et d'en exagérer les coûts au détriment d'autres services de santé prioritaires.

1. Nous sommes en accord avec les principes formulés par le gouvernement pour guider les améliorations à apporter au système de santé.
2. Par contre, l'application graduellement élargie des mécanismes de garantie de traitement tels que formulés pour certaines chirurgies, réalisées dans des structures privées inédites, ainsi que l'ouverture à l'assurance privée duplicative pour les domaines ciblés par la garantie de traitement, pourraient introduire plusieurs éléments contre-productifs et dommageables pour le système de santé dans son ensemble. Ce message contradictoire risque de semer la confusion, tant auprès des médecins que de la population.
3. La mise en place de solutions éprouvées, tant du point de vue économique que de la qualité des soins, pour éliminer les délais d'attente déraisonnables, rendrait inutile l'assurance privée duplicative.
4. Le gouvernement aurait avantage à s'attaquer aux formes de privatisation passives qui ont entraîné, au fil des ans, de sérieux problèmes d'équité quant à l'accès aux soins, puisque des soins médicalement nécessaires sont devenus en partie payants.
5. Une analyse méthodique et systématique de la gestion des soins de santé, élaborée à partir de modèles disponibles rend possible la formulation de solutions à l'intérieur des paramètres actuels du système et permettrait de combler le retard observé pour la pratique de soins ambulatoires médicalement nécessaires.
6. Le volume et la qualité des ressources actuelles du système de santé ainsi que les données disponibles quant aux expériences nationales et internationales ne justifient pas d'envisager de facto le recours à des structures de soins à but lucratif et de favoriser l'émergence d'un marché d'assurances privées duplicatives. Tout mouvement dans cette direction ne peut faire abstraction des règles imposées par les accords de commerce internationaux.

Le jugement de la Cour suprême laisse au Québec toute la marge de manœuvre nécessaire pour répondre aux problèmes d'attente et d'accès aux soins de santé. À la croisée des chemins, la pérennité du système dépendra avant tout de notre aptitude à éviter les pièges et à choisir les solutions les plus avantageuses pour l'ensemble de la population.

Rédaction :

Simon Turcotte

Prométhéas Constantinides

Antoine Boivin

Simon Dufour-Turbis

Martin Plaisance

Signataires (3 mai 2006)

Accès aux soins de santé : éviter les pièges, trouver les solutions

www.med.umontreal.ca/santeacces

Jean-Pierre Arsenault, résident, chirurgie générale, Montréal
Elias Abulnour, chirurgien vasculaire, Montréal
Pierre L. Auger, médecine du travail, Québec
Louise Authier, médecin de famille, Montréal
François Aumond, médecin de famille, Longueuil
Marie-Ève Bascaron, résidente, médecine familiale, Montréal
David Barbeau, Chef de médecine, CLSC des faubourgs, Montréal
Marie-Hélène Baron, médecin de famille, Chicoutimi
Gilles Beauchamp, Directeur du département de chirurgie de l'Université de Montréal et chirurgien thoracique
Marie-Dominique Beaulieu, Professeur titulaire, Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale, Centre de recherche du CHUM, Montréal
Nicolas Bergeron, psychiatre, Montréal
Antoine Boivin, médecin de famille, Rouyn-Noranda
Daniel Bordeleau, psychiatre, Montréal
Jacinthe Bordeleau, étudiante en médecine, Université de Montréal
Sylvie Bourassa, étudiante en médecine, Université de Montréal
Alain Brissette, urgentologue, Montréal
Georges-Étienne Cartier, psychiatre, Montréal
Louise Chantal, médecin généraliste, Rouyn Noranda
Nataly Clément, médecin, Kuujjuak
Richard Cloutier, psychiatre, Montréal
Prometheas Constantinides, psychiatre, Montréal
Eric Dagher, Omnipraticien, CHUM St-Luc, Montréal
Ève Darcy, résidente, médecine familiale, Amos
Sandra Davar, étudiante en médecine, Université de Montréal
Stephen DiTommaso, Directeur du programme prégradué, Département de médecine familiale, Université de Montréal
Marie-Dominic Debroux, médecin de famille, Granby
Pauline Desrosiers, médecin de famille, Montréal
Serge Dubé, chirurgien colorectal, Montréal
Simon Dufour, étudiants en médecine, Université de Montréal
Anne-Marie Dutrissac, étudiante en médecine, Université Laval
Michel Fallaha, chirurgien orthopédiste, Montréal
Marquis Fortin, médecin de famille, Montréal
Sophie Galarneau, médecin de famille, chargée d'enseignement de clinique à l'UMF du CLSC des Faubourgs de l'Université de Mtl
Mathieu Gaudet, étudiant en médecine, Université de Montréal
Jacques Gagnon, médecin de famille, Lévis
Camille Gérin, résidente, médecine familiale, Université de Montréal
Lynda Gormley, urgentologue, Montréal
Marie-Ève Goyer, médecin de famille, Montréal
Caroline Grégoire, étudiante en médecine, Université de Montréal
Marie-Claude Goulet, résidente, médecine familiale, Montréal
Eve Guillote, résidente, médecine familiale, Montréal

Olivier Haeck, résident, microbiologie et infectiologie, Université de Montréal
Michel Hébert, étudiant en médecine, Université de Montréal
Réjean Hébert, Doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Roger Hobden, médecine du sport, Montréal
Valérie Hurlou, urgentologue, Montréal
Marc Isler, chirurgien orthopédiste, Université de Montréal
Geraldine Jacquemin, psychiatre, Montréal
Vania Jimenez, médecin de famille, Montréal
Andrée Ann Jolibois, résidente, médecine familiale CLSC des Faubourgs, Montréal
Philippe Karazivan, médecin de famille, Montréal
Saideh Khadir, urgentologue, Montréal
Catherine Kissel, gériatre, CHUM
Julie Lajeunesse, médecin de famille, Montréal
Raymond Lalande, Vice-doyen, Faculté de médecine, Université de Montréal
Alexia Lam, urgentologue, Montréal
Yves Lambert, médecin de famille, Centre jeunesse de la Montérégie
François Lamontagne, résident, médecine interne, Sherbrooke
Pierre Lauzon, médecin de famille, Montréal
Stéphanie Langevin, étudiante en médecine, Université de Montréal
François Lehmann, Directeur du département de médecine familiale, Université de Montréal
Paul Lévesque, urgentologue, Montréal
Marie-Eve Marcotte, étudiante en médecine, Université de Montréal
Jesse McLaren, résident, médecine familiale, Université McGill
Nico Mihic, urgentologue, Montréal
Gabriel Munoz, urgentologue, Montréal
Véronique Nally, médecin à la GMF St-Louis-du-Parc, affiliée au CSSS Jeanne-Mance
Marie-Jo Ouimet, médecin de famille, Montréal
Marie-Josée Paquin, médecin de famille, Rouyn-Noranda
Bruno Pelletier, omnipraticien, Montréal
Luce Pélissier-Simard, médecine de famille, Longueuil
Martin Plaisance, néphrologue, Sherbrooke
Simon Plourde, chef du département régional de médecine générale (DRMG) de l'Abitibi
Témiscamingue, médecin de famille, Rouyn-Noranda.
Pierre Pluye, chercheur, Professeur adjoint, Département de médecine familiale, Université McGill
François Proulx, étudiants en médecine, Université de Montréal
Marie-France Raynault, Directrice du département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
Jacynthe Rivest, résidente en psychiatrie, Université de Montréal
Diane Roger-Achim, médecin de famille, Montréal
Alain Roy, médecin de famille, Montréal
Maude St-Onge, étudiante en médecine, Université de Montréal
Julia Sohi, médecin de famille, Rouyn-Noranda
Julio C. Soto, Chef du département de médecine préventive et de santé publique du CHUM
Geneviève Soucy, résidente en chirurgie, Université de Montréal
Xia Hoe Tran, urgentologue, Montréal
Geneviève Turcotte, médecin de famille, Sherbrooke
Simon Turcotte, résident en chirurgie, Université de Montréal
Constantin Tranulis, résident en psychiatrie, Université de Montréal
Ramzy Wahhab, étudiant en médecine, Université de Montréal