

Pour se retrouver dans le dossier Castonguay
« En avoir pour notre argent »

Introduction	1
Extraits du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé	
1. Objectif central	3
2. Des valeurs et des principes	3
3. Des obligations	4
4. Diverses mesures touchant le financement	5
5. Des initiatives pour l'accès aux soins	7
6. Cliniques de santé de première ligne	8
7. Gouvernance, décentralisation, performance...	8
8. Une allocation des ressources incitative et stratégique	9
9. L'Institut national d'excellence en santé	9
Annexe 1. MSSS, Des suites au rapport Castonguay	10
Annexe 2. Les services médicaux privés	12
Annexe 3. Marie-Claude Prémont, Sésame, ouvre-toi!	13
Annexe 4. Rappel des positions de Médecins pour l'accès à la santé	15
Annexe 5. Bénins les frais afférents?	18

Introduction : Un rapport à prendre très au sérieux

Le Groupe de travail Castonguay a publié son rapport “En avoir pour notre argent” le 19 février 2008. Dans un premier temps, Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux, a réagi plutôt négativement en écartant certaines de ses recommandations, particulièrement impopulaires. Les médias se sont donc empressés d’en minimiser les retombées. Pourtant, dès le 11 mars, le même ministre annonçait que plusieurs recommandations seraient mises en place dès cette année et, à cette fin, il créait cinq chantiers de travail et d’implantation sur les sujets suivants :

L’accès aux médecins de famille;

La décentralisation et l’allocation des ressources;

La performance;

La création de l’Institut national d’excellence en santé.

Il nommait Castonguay à la tête du chantier stratégique qui supervisera la création de cette nouvelle créature gouvernementale (voir le Communiqué en Annexe 1).

L’ADQ, reconnaissant son programme dans l’orientation du rapport, l’appuie avec enthousiasme. Elle agit ensuite en déposant le projet de loi 392 amendant la Loi sur l’assurance maladie pour permettre la mixité de la pratique médicale. De son côté, le PQ, par la voix de son porte-parole en santé Bernard Drainville, appuie la hausse de la TVQ que son parti avait proposée en décembre, mais écarte l’imposition de toute franchise de même que le recours accru au privé « d’autant que l’accroissement constant de la proportion du privé au cours des dernières années n’est pas venu solutionner les problèmes de notre système de santé ». Il mise plutôt sur « divers mécanismes pour améliorer la productivité, assurer la transparence et mesurer la performance ».

Pour leur part, les trois fédérations syndicales de médecins FMSQ, FMOQ et FMRQ se disent rapidement plutôt favorables aux recommandations du rapport, y compris sur la révision du panier de services, avec des réserves surtout quant à la gouvernance. Comme Michel Venne, membre dissident du groupe Castonguay, sur ces trois points, la FMRQ émet des réserves sur les recommandations concernant la mixité de la pratique médicale, l’assurance privée et la gestion privée des hôpitaux. De plus, la FMSQ et la FMOQ appuient le projet de loi 392 déposé par l’ADQ sur la mixité de la pratique.

Le Collège des médecins du Québec appuie les grands principes du rapport, mais souligne que « plusieurs aspects du rapport interpellent directement la profession médicale, en particulier l’ouverture vers une pratique médicale mixte, la mise en place de contrats entre les médecins et les établissements de santé et surtout la désaffectation des futurs médecins à l’endroit de la médecine familiale ». Le 1er avril, le Collège publie aussi une mise en garde à ses membres au sujet des services médicaux privés (voir Annexe 2).

Les organisations syndicales et populaires remettent en cause, pour la majorité, l’analyse des problèmes de financement présentée dans le rapport et s’opposent à ses principales recommandations. Certaines d’entre elles souhaitent la récupération par le Québec de la baisse de TPS au fédéral afin de donner plus de moyens au réseau pour être en mesure de mieux

répondre aux besoins.

Nous croyons qu'il faut prendre le rapport Castonguay très au sérieux. Comme l'indiquent ses auteurs eux-mêmes,

*“Dans le cadre du contrat social qu'il propose, le groupe de travail identifie ainsi des changements qui s'inscrivent, sur le plan des principes, **dans la continuité d'efforts déjà entrepris et de virages déjà engagés.** Ces changements sont cependant majeurs. Le groupe de travail trace la voie à des transformations profondes, par rapport à nos façons de faire actuelles et aux obligations de chacun des citoyens vis-à-vis du système de santé. Elles s'inspirent des meilleures pratiques observées à travers le monde. Le groupe de travail recommande qu'elles soient mises en œuvre de façon ordonnée et progressive, en retenant à cette fin un horizon de cinq à sept ans ». (p.24 du Sommaire)*

Souhaitons-nous ces changements? En quoi peuvent-ils améliorer l'accès aux soins, leur qualité? Comment l'organisation de notre pratique risque-t-elle d'être affectée? Que penser du mode de budgétisation proposé, des rapports contractuels décentralisés des médecins avec les établissements, des transformations profondes de nos façons de faire?

Pour préparer une réponse collective de notre organisation, nous souhaitons d'abord partager l'information sur l'orientation du rapport et certains aspects qui nous semblent particulièrement d'intérêt pour les médecins. (Et ... pour le ministre, si l'on en juge par les mandats des chantiers). C'est l'objectif du présent document. Des groupes de travail poursuivront l'analyse en tenant compte de l'orientation dessinée en 2006 après le jugement Chaoulli/Zeliotis et des quelques interventions qui ont suivi, notamment sur les frais afférents.

Nous souhaitons vivement qu'un débat s'amorce dans nos rangs, et plus largement dans la communauté médicale, avant que ne soient prises des décisions majeures pour nos patients et pour nous comme médecins.

Nous vous invitons donc à communiquer avec nous, si ce n'est déjà fait, pour vous impliquer dans cette réflexion qui s'amorce.

Pour contacter Médecins pour l'accès à la santé :

Charlotte Dussault

charlottedussault@mac.com

514-585-3879

Extraits du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé

1. Objectif central

Le groupe de travail considère que le Québec doit assurer la pérennité du système public de santé en augmentant sa productivité et en ajustant la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, et cela, tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services (p.3 du rapport)¹.

2. Des valeurs et des principes (p.10 du rapport)

Ce nouveau contrat social doit s'appuyer sur un certain nombre de valeurs et de principes.

Le groupe de travail en a identifié six, sur lesquels tous les citoyens devraient s'entendre.

— Le premier principe est celui de l'universalité : les modalités de financement du système de santé doivent favoriser la couverture universelle de la population.

— En deuxième lieu, toute personne doit avoir accès aux soins médicaux et hospitaliers requis par son état de santé, quel que soit son statut socioéconomique ou ses revenus. Il s'agit d'une question de solidarité : les plus démunis² doivent être protégés. Cette solidarité doit aussi s'exprimer entre les générations, autant auprès des plus âgés qui souffrent de conditions chroniques, qu'auprès des plus jeunes à qui la société n'a pas le droit de léguer pour l'avenir un fardeau financier indu.

— Le nouveau contrat social doit s'appuyer sur un troisième principe, celui de l'équité. L'équité est comprise ici comme l'équilibre entre ce que chacun est en droit d'attendre et ce qu'on est en droit d'attendre de chacun. Ainsi, si ceux qui ont une plus grande capacité de payer doivent contribuer davantage que ceux qui en ont moins les moyens, ces derniers ne peuvent pas non plus être entièrement dispensés de contribution – dans la mesure bien sûr où cette contribution est calibrée à la hauteur de leurs capacités.

— En quatrième lieu, le système doit respecter un principe d'efficacité. Concrètement, cela signifie que les citoyens doivent en avoir pour leur argent. Il faut que le système produise des services de qualité en quantité suffisante afin de répondre aux besoins, et cela au meilleur coût.

— Le cinquième principe identifié est celui de la responsabilité. Les modalités de financement doivent favoriser l'exercice de la responsabilité de chacun dans ce système – autant celle des patients qui ont un rôle à jouer à l'égard de leur santé personnelle que celle des dispensateurs de soins, qui ont des comptes à rendre.

— Le sixième principe proposé, et non le moindre, est celui de la liberté. Les modalités de financement doivent s'appuyer sur l'autonomie du patient, sur le respect de son intégrité et de sa dignité, ainsi que sur sa capacité et le droit qui lui est reconnu par la loi de choisir par qui, comment et quand il est traité. Ces modalités doivent également favoriser l'autonomie des gestionnaires et prendre en compte la liberté professionnelle des producteurs de soins.

¹ Nos résumés proviennent du Rapport, du Sommaire et du Communiqué puisque ces trois documents ne traitent pas tous les sujets de la même façon.

² Les soulignés sont de nous.

Pour le groupe de travail, il va de soi que ces six principes interagissent, et doivent être interprétés en relation les uns avec les autres.

— Par exemple, il faut que la liberté de choisir son médecin s'exerce de manière responsable, ce qui signifie que le système de financement doit inciter les personnes à utiliser le service le plus approprié pour tenir compte à la fois de la condition du patient et des coûts qui sont engendrés par ce service.

— Si le médecin jouit de la liberté professionnelle, il doit aussi agir de manière responsable et prodiguer les soins appropriés au meilleur coût possible. La liberté professionnelle du médecin est certes un principe important, mais dans des systèmes complexes comme ceux d'aujourd'hui, elle ne peut plus s'exercer sans aucune balise.

— De la même façon, l'universalité ne signifie pas que la couverture s'applique à l'ensemble des services disponibles sur le marché. Le système ne pourra pas produire les meilleurs services aux meilleurs coûts s'il paie par ailleurs pour des services coûteux dont l'efficacité est douteuse.

(À comparer avec les principes de la Loi canadienne sur la santé : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité, accessibilité).

3. Des obligations

Citoyen (p.11)

Le premier engagement d'un citoyen devrait être d'assumer sa part de responsabilité à l'égard de sa propre santé, en adoptant de saines habitudes de vie et en consultant régulièrement les services de santé.

Ce même citoyen doit contribuer au financement du système de santé en fonction de ses moyens, et de façon complémentaire, en relation avec sa consommation de soins.

Ces recommandations [...] ont pour objet d'inciter les citoyens à assumer leurs responsabilités par la prévention et par l'inscription auprès d'une clinique de santé et d'un médecin de famille.

Professionnel (p.12)

[...]

Le rapport du groupe de travail contient de nombreuses recommandations visant à inciter les professionnels de la santé à assumer ces responsabilités, telles que l'adoption de protocoles de soins et de guides de pratique ou la conclusion de relations contractuelles avec les établissements et les agences régionales.

Gestionnaire (p.12)

[...]

Le groupe de travail recommande ainsi des changements fondamentaux dans la manière de faire circuler l'argent dans le système public de santé, de façon à récompenser la performance et à sanctionner l'inefficacité.

Gouvernement (p.13)

— Une fois établie une politique de santé de bien-être déterminant les priorités des années à venir, le gouvernement aura à redéfinir un panier de services médicalement requis qui soit clair, bien délimité et révisé sur une base régulière.

— Après avoir établi les limites de l'engagement du système public, le gouvernement devra prendre les moyens pour tenir ses promesses.

— Le gouvernement devra également vérifier la qualité des services dispensés, évaluer la performance du système et mettre en place les incitatifs nécessaires à cet égard.

[...]

Le gouvernement fédéral doit assouplir les exigences contenues dans la Loi canadienne sur la santé.

4. Diverses mesures touchant le financement

(Liste non exhaustive, on en trouve dans différentes parties du rapport)

La croissance annuelle prévue des dépenses de santé, selon les projections établies par le secrétariat du Conseil du trésor, s'établiraient pour la période 2008–2018 à 5,81% par année (p.7 du Sommaire).

Selon les prévisions effectuées par le ministère des Finances à l'automne 2007, la croissance moyenne de l'économie et des revenus du gouvernement devrait être de l'ordre de 3,9% par année d'ici 2017–2018 (p.8 du Sommaire).

Ralentir la croissance des dépenses de programmes de sorte qu'elle n'excède pas celle de notre richesse collective demeure l'une des recommandations centrales du rapport. Le groupe propose ainsi de ramener de 5,8 % à 3,9 % la croissance des dépenses publiques de santé sur un horizon de cinq à sept ans (p. 1 du communiqué).

La croissance des dépenses publiques de santé et de services sociaux devra passer de 6,5% en 2008–2009 à 3,9% sur un horizon de cinq à sept ans, soit une croissance ramenée au rythme de l'augmentation de la richesse collective telle qu'établie par la prévision économique du ministère des finances à l'automne 2007 (p.19 du sommaire).

(Difficile de démêler richesse collective et revenus de l'État, ex. p. 33 du rapport.)

— Les différentes recommandations [...] permettraient de réduire les dépenses publiques de santé de 42,0 milliards\$ à 37,9 en 2017–2018 (p.22 du Sommaire).

— Les recommandations [...] auraient pour effet de porter les revenus consacrés à la santé de 35,0 milliards à 37,7 en 2017–2018 – [l'augmentation provenant du Fonds consolidé augmenté des revenus provenant du Fonds de stabilisation dédié à la santé] (p.22 du Sommaire).

(En résumé : Dépenser moins et faire payer davantage par les usagers)

Comme les (autres) mesures proposées n'auront pas leur plein effet dans l'immédiat, le groupe recommande la mise en place d'un fonds de stabilisation dédié à la santé. Ce fonds serait financé par l'utilisation d'une portion de la taxe de vente du Québec (TVQ), soit 1/2 % ou 1 %, et par une franchise variant selon les revenus et l'utilisation des soins médicaux (p.1 du Communiqué).

Limite quantitative à la couverture du régime public (p.10 du Sommaire) (*mandat confié au nouvel Institut d'excellence en santé, dont Castonguay est déjà nommé président*) et révision de la Loi canadienne sur la santé (p. 24 du Sommaire).

- La franchise (p.247)

Des impacts positifs

La franchise recommandée par le groupe de travail aurait de nombreux avantages.

- Sur le plan financier, elle permettrait de diriger vers le système public les sommes que les citoyens sont capables de payer.
- Elle sensibiliserait les citoyens aux coûts du système de santé. Elle les inciterait à demeurer en santé.
- La mécanique proposée prendrait en compte les besoins particuliers des malades chroniques, qui doivent visiter un médecin plus souvent que les autres personnes, puisqu'elle comprendrait un plafond correspondant à un pourcentage du revenu annuel de la personne concernée.

La franchise ne serait pas un obstacle à l'obtention des soins

Selon le groupe de travail, la mise en place d'une franchise respecterait les principes d'universalité et d'intégralité qui gouvernent notre système de santé.

- La franchise ne constituerait pas un obstacle à l'obtention d'un service lorsque s'en exprime le besoin. En effet, elle serait perçue l'année suivant ce service.
- La franchise constituerait un mécanisme équitable
- À revenus égaux, une personne utilisant davantage le système de santé contribuerait davantage à son financement qu'une personne l'utilisant moins.
- À revenus différents, une personne bénéficiant d'un revenu plus élevé contribuerait davantage au financement du système de santé qu'une personne ayant un revenu plus faible, dans la mesure où cette dernière verrait sa contribution atteindre la franchise maximale plus rapidement.
- La franchise ne serait pas versée au producteur de soins, mais transiterait par Revenu Québec ».

La franchise serait utilisée pour orienter le patient vers certains services (ticket orienteur) (p.21 du Sommaire).

(Voir simulation, surtout les tableaux p. 252 et 255 du rapport. Une simulation des différentes options illustre qu'avec un revenu familial de plus de 125 000 et un total de sept visites médicales dans l'année, la franchise pourrait dépasser 2 000\$).

- Frais accessoires (p.34–35 du Sommaire)

Le groupe de travail recommande de résoudre la question des frais accessoires de la façon suivante :

- Les frais accessoires pour les cliniques de santé de première ligne devraient être supprimés, dans le cadre d'une entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens et le ministère de la Santé et des Services sociaux. (*Voir ci-haut cotisation annuelle*)
- Dans les cliniques médicales associées, les frais entourant la dispensation des services devraient être inclus dans les ententes négociées entre l'établissement et la clinique médicale.

— Dans les cliniques médicales spécialisées, les frais accessoires actuels devraient être remplacés par un régime de tarification établi conjointement par le gouvernement et par les fédérations médicales.

- Révision de la liste des médicaments, dont les médicaments d'exception (p.15 du Sommaire)

[...] resserrer les règles relatives à l'application des mesures d'exception prévues au Régime général d'assurance médicaments en tenant compte impérativement des avis du Conseil du médicament (p. 151 du rapport).

[...] modifier les paramètres du Régime public d'assurance médicaments de manière à ce que les adhérents assument l'intégralité du coût du régime pour leur groupe d'assurés.

Cette mesure aurait pour effet d'établir clairement le principe d'assurance pour ce groupe, en opposition au principe d'assistance qui s'applique aux plus démunis et aux personnes âgées de 65 ans et plus. (p.154 du rapport)

- Implication financière des utilisateurs de soins de première ligne sous forme de **cotisation annuelle aux cliniques de santé** (p. 13 du Sommaire).

- Frais administratifs et tarification

Mise en œuvre d'un programme permanent de **réévaluation des frais administratifs** et de révision de la **tarification** des services (p.36 du Sommaire).

L'évaluation en argent des scénarios de révision des frais administratifs et de tarification examinés (p.295 du rapport).

[Soumettre] l'admissibilité aux crédits d'impôt [à] un test de revenus (p.29 du Sommaire)

5. Des initiatives pour l'accès aux soins (p.13 du Sommaire)

Pour le groupe de travail, une réflexion sur l'organisation des soins est indissociable de toute analyse de la question du financement de la santé. Une organisation des soins plus efficace contribuera aux solutions à y apporter. La priorité que le gouvernement doit assurer à la première ligne ne sera pas suffisante si on veut améliorer de façon significative l'organisation des soins. Il faut également introduire dans notre système de santé plusieurs initiatives qui ont déjà fait leurs preuves à l'étranger.

Des étapes ont été franchies à cet égard. Il faut cependant aller encore plus loin.

Le groupe de travail a analysé et retenu quatre innovations à ses yeux pertinentes et prometteuses. Le groupe de travail propose ainsi :

- des relations plus transparentes avec les cliniques médicales associées;
- un décloisonnement circonscrit de la pratique médicale (dissidence de Michel Venne);
- l'élargissement de la possibilité pour les citoyens de contracter une assurance privée (dissidence de Michel Venne);
- une utilisation accrue des équipements hospitaliers, en ouvrant la possibilité pour les hôpitaux publics de bénéficier de sources de revenus privées.

6. Cliniques de santé de première ligne

Voir document séparé : Examen sommaire pour amorcer la réflexion du groupe de travail de Médecins pour l'accès à la santé sur les services de première ligne

7. Gouvernance, décentralisation, performance... (p.30 du Sommaire)

La gouvernance : une nouvelle culture à implanter

Quatre principes de gouvernance : 1) clarification des missions, 2) différenciation des rôles, 3) droits et obligations précisés dans des ententes contractuelles, 4) un certain nombre d'orientations, telles que la décentralisation, l'autonomie, ainsi que des exigences touchant à l'imputabilité, à la responsabilité et à l'évaluation (p.170 du rapport).

Recommandations (p.30 du sommaire) (Recommandations numérotées par nous pour faciliter la discussion)

Le groupe de travail recommande :

1. que la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux soit recentrée sur l'établissement de la politique et des objectifs de santé, la définition des services assurés, l'établissement de standards nationaux, l'allocation des ressources aux fins d'immobilisation et de fonctionnement entre les agences régionales, l'établissement des indicateurs de performance, et l'évaluation et l'agrément par l'intermédiaire des organismes désignés.
2. que le ministère de la Santé et des Services sociaux se désengage de la production des soins proprement dite.
3. au gouvernement que les agences régionales aient pour mission de traduire la politique et les priorités nationales en stratégies d'implantation sur leurs territoires, en tant qu'acheteurs de services auprès des fournisseurs de soins et de services, et qu'elles bénéficient à cette fin d'une large autonomie.
4. que les CSSS et les autres établissements bénéficient d'un large degré d'autonomie et des moyens d'assumer leurs responsabilités, et qu'en contrepartie, ils soient pleinement responsables de leur gestion.
5. que les cliniques de santé soient pleinement responsables de leurs ressources financières et de leur personnel professionnel et technique et qu'en contrepartie, elles soient entièrement imputables de leur gestion.
6. que le système de santé soit fondé sur les droits et obligations de tous les intervenants, y compris les médecins, au moyen d'ententes contractuelles.
7. que chaque agence régionale et chaque établissement soit chapeauté par un conseil d'administration, dont la responsabilité est d'assurer une gestion efficace des ressources qui leur sont confiées.
8. qu'à cette fin, les conseils d'administration soient composés d'un nombre limité de membres indépendants, choisis en raison de leur compétence, et qu'ils soient rémunérés.
9. qu'un programme bien structuré, complet et systématique soit mis en place afin d'évaluer la performance des établissements par rapport aux objectifs de santé ainsi qu'aux points de vue clinique et économique – ce programme évaluant également la satisfaction des patients.

10. que les résultats des évaluations soient publicisés périodiquement.

11. Le groupe de travail considère que la mise en œuvre de projets de démonstration visant à tester d'autres modes de gestion d'hôpitaux permettrait d'identifier de nouvelles voies fructueuses et d'effectuer d'intéressantes comparaisons au niveau de l'efficacité et de la performance à différents niveaux (Dissidence de Michel Venne).

8. Une allocation des ressources incitative et stratégique

1. Le groupe de travail recommande que pour le financement des établissements, la méthode des budgets historiques soit remplacée par la méthode de l'achat de services.

2. Le groupe de travail propose que l'implantation de la méthode de l'achat de services soit effectuée de manière progressive, en commençant par une région pilote, afin de laisser un temps suffisant à la formation et à l'acquisition des outils d'information nécessaires.

9. L'Institut national d'excellence en santé (p.32 du Sommaire)

Un organisme crédible et indépendant pour assumer un rôle stratégique : L'Institut national d'excellence en santé

Le groupe de travail recommande le regroupement, au sein d'un Institut national d'excellence en santé, du Conseil du médicament du Québec, de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et du Commissaire à la santé et au bien-être, afin de confier à un organisme indépendant et crédible un rôle stratégique à l'égard de la pertinence et de la qualité des services de santé.

L'Institut devrait notamment :

- Formuler périodiquement des recommandations sur la composition du panier des services assurés par le régime public.
- Évaluer les nouvelles technologies de la santé, incluant les médicaments, pour en recommander l'inclusion sur la Liste des médicaments ou dans le panier des services assurés.
- Réviser la pertinence de conserver dans la Liste et dans le panier des services assurés les technologies et les médicaments actuellement couverts.
- Assurer une vigie des nouvelles technologies et des nouveaux modes d'intervention apparaissant sur le marché afin d'identifier les plus pertinents.
- Produire des protocoles cliniques et des guides de pratique.

Annexe 1. MSSS, Des suites au rapport Castonguay

DES MESURES IMMÉDIATES AFIN D'AMÉLIORER LA PRODUCTIVITÉ ET LA PERFORMANCE DU RÉSEAU DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

<http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Mars2008/11/c2874.html>

QUÉBEC, le 11 mars /CNW Telbec/ - Rappelant que le gouvernement s'était engagé à donner rapidement suite au rapport Castonguay, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, a annoncé aujourd'hui que plusieurs recommandations comprises dans le rapport seront mises en application dès cette année. Pour ce faire, le ministre a commandé la mise en place de cinq chantiers de travail et d'implantation. Ces derniers toucheront l'accès aux médecins de famille, la décentralisation et l'allocation des ressources, la performance et la création de l'Institut national d'excellence en santé. Le ministre s'est d'ailleurs réjoui que monsieur Claude Castonguay ait accepté de présider le chantier qui supervisera la création de l'Institut. «Nous mettons rapidement en oeuvre plusieurs recommandations visant une meilleure productivité et une meilleure performance de notre réseau de santé et de services sociaux. Je suis heureux d'annoncer que dès cette année, des changements importants se produiront. Nous poursuivons notre travail afin d'offrir aux Québécois un système de santé moderne et efficace», a précisé le ministre.

Accès aux médecins de famille

L'accélération du déploiement de cliniques de santé afin d'assurer à chaque Québécois l'accès à un médecin de famille sera au coeur des travaux du premier chantier. Le territoire québécois compte déjà plus de 150 GMF où plus d'un million de Québécois sont inscrits et 27 cliniques-réseau. Afin d'offrir un accès encore plus large aux services de première ligne, le Ministère et ses partenaires travailleront à l'élaboration de différents projets pouvant offrir encore plus de souplesse. Selon les territoires visés et les besoins des clientèles, de nouvelles formules pourront voir le jour dans les prochains mois.

Décentralisation et allocation des ressources

Le ministre a indiqué qu'un deuxième chantier s'est ouvert grâce à la volonté du gouvernement de permettre à trois régions pilotes d'assumer des responsabilités accrues en matière de gestion du système de santé et de services sociaux. Ainsi, dès l'année financière 2008-2009, les régions de la Capitale-Nationale, de l'Estrie et du Saguenay-Lac-Saint-Jean orienteront leurs relations entre le Ministère et leurs établissements dans une perspective d'achat de services. En contrepartie, ces régions bénéficieront d'une plus grande autonomie et seront pleinement responsables de leur gestion. Trois programmes seront d'abord touchés soit les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, l'accès à la chirurgie et les tests diagnostiques d'imagerie médicale.

Aussi, la table d'allocation des ressources du ministère de la Santé et des Services sociaux supervisera quant à elle un chantier qui veillera à introduire la notion de coût de revient au sein de l'administration des établissements du réseau afin de remplacer les budgets historiques par l'achat de services.

Performance.

Conformément à la volonté de miser sur une efficacité et une productivité accrues du système de santé, un quatrième chantier sera lié au développement accéléré d'outils de performance et d'évaluation. Les travaux de ce chantier devront mener à une évaluation plus complète des performances des établissements des points de vue clinique et économique, de manière à connaître et déployer les façons de faire les plus efficaces. Les outils développés devront aussi viser l'évaluation de la satisfaction des patients face aux services obtenus.

Création de l'Institut national d'excellence en santé (INES)

Enfin, un dernier chantier présidé par Claude Castonguay devra préciser quant à lui le mandat et les fonctions du nouvel organisme indépendant qui naîtra de la fusion de l'actuel Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). L'Institut national d'excellence en santé (INES) aura pour fonction d'évaluer les technologies de la santé, les modes d'intervention, l'efficacité clinique et le rapport coûts-efficacité des nouveaux médicaments, l'élaboration des guides des protocoles sur l'utilisation des médicaments et la composition du panier de services. Monsieur Castonguay et les membres du comité d'implantation du nouvel organisme devront établir la structure générale d'organisation de l'INES afin que ce dernier soit fonctionnel le plus rapidement possible.

Le ministre a conclu en précisant qu'il s'attend à ce que ces chantiers portent fruit au cours de la prochaine année et que d'autres recommandations du rapport Castonguay, toujours à l'étude présentement, soient mises en application prochainement. «Le ministère de la Santé et des Services sociaux est fermement engagé dans un processus de modernisation. Plusieurs actions bénéfiques ont été menées depuis 2003 sous l'impulsion de notre gouvernement. Le travail doit se poursuivre. Le rapport Castonguay nous a donné des pistes sérieuses et intéressantes. Nous sommes déterminés à offrir aux Québécois un système de santé et de services sociaux qui répond à leurs besoins et, une fois de plus, nous saisissons l'occasion qui nous est donnée.»

-30-

Annexe 2. Les services médicaux privés

Montréal, le 1 avril 2008

Le Collège des médecins du Québec met en garde ses membres et craint l'effondrement de la première ligne si le gouvernement ne fait pas preuve de souplesse

Depuis l'arrêt de la Cour suprême de juin 2005 dans la cause Chaoulli-Zeliotis, de plus en plus de médecins sont contactés par des promoteurs afin qu'ils offrent leurs services via certains services médicaux privés. Devant le nombre croissant de ces offres, le Collège des médecins du Québec a indiqué, en conférence de presse, qu'il mettra en garde ses membres contre certaines de ces pratiques. Dans un message que leur président leur fera parvenir, ce dernier insistera sur la nécessité de contacter leur ordre professionnel avant de s'engager auprès de ces promoteurs.

« Ces offres de services privées sont d'inégale valeur et certaines sont propres à discréditer ou dénaturer le rôle du médecin, de la consultation médicale et, ultimement, de la profession médicale. Avant de s'engager dans de tels projets, il est important de bien évaluer leur conformité avec les obligations légales et déontologiques du médecin. Voilà pourquoi nous demanderons à nos membres de faire preuve de prudence et de nous contacter avant de s'engager auprès de ces promoteurs » de préciser le président du Collège des médecins, le Dr Yves Lamontagne.

Selon l'ordre professionnel, les contraintes bureaucratiques que le gouvernement impose aux médecins ne sont pas étrangères à l'intérêt envers les services privés. Voilà pourquoi le Collège des médecins demande au gouvernement de faire preuve de souplesse dans sa gestion administrative des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM et PEM). « Nous rencontrons souvent de jeunes médecins frustrés. Ils ont des conjoints qui ne peuvent que travailler dans des centres urbains alors que le gouvernement les oblige, eux, à aller travailler en région. Éventuellement, si nous ne faisons rien, nous pourrions assister à l'effondrement de la première ligne. Voilà pourquoi le gouvernement se doit d'intervenir » d'expliquer le secrétaire du Collège des médecins, le Dr Yves Robert.

Lors du Sommet de la santé, le Collège des médecins avait identifié l'importance de revoir les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM et PEM). Tel qu'il s'était donc engagé, il demande au gouvernement d'assouplir ces plans et de s'inspirer des recommandations du Sommet afin de réduire les contraintes bureaucratiques des médecins. Le Collège des médecins est l'ordre professionnel des médecins québécois. Sa mission est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger la population et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois.

– 30 –

Renseignements : Mme Anne Roy Service des communications Collège des médecins du Québec
514 915-2170 aroy@cmq.org

Annexe 3. Marie-Claude Prémont³, Sésame, ouvre-toi!

Le rapport Castonguay encourage l'ouverture des marchés dans le régime de soins de santé du Québec

Article paru dans *Relations*, no. 724, mai 2008

Les médias ont vite fait de classer l'affaire dès le lendemain de la publication du Rapport Castonguay sur le financement des soins de santé, intitulé *En avoir pour son argent* et dévoilé le 19 février 2008. Le ministre Couillard et son gouvernement avaient rejeté les principales conclusions des trois membres du Groupe de travail, nous disait-on. Les journaux titraient en chœur que les principales recommandations du rapport, les plus innovantes, avaient été mises au rancart de façon péremptoire. Nous pouvions donc être rassurés, le système de santé du Québec ne subirait aucune réforme susceptible de soulever des inquiétudes de la part de la population et du milieu de la santé : notre bienveillant gouvernement y veillait.

Il est vrai que le gouvernement a écarté l'introduction d'une franchise calculée selon la consommation de soins et le revenu du patient. Cela ne traduit pourtant pas une position héroïque lorsqu'on sait que la mesure est de toute façon contraire à la politique du gouvernement Harper et aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Le rejet d'abord catégorique de la pratique mixte des médecins dans le réseau public comme dans le privé a vite été modulé par le ministre qui se dit prêt à l'étudier lorsque le temps opportun sera venu. Le rejet de l'augmentation de la TVQ ne devrait surprendre personne se rappelant la promesse électorale du gouvernement libéral minoritaire de ne pas alourdir le fardeau fiscal de la classe moyenne. Mais là ne se situe pas l'essentiel du rapport, contrairement à la lecture qui en a été proposée.

La grande caractéristique de ses recommandations centrales réside dans la poursuite des objectifs lancés par la loi 33 qui a fait suite à la décision Chaoulli de la Cour suprême du Canada, en vue de créer un environnement propice à l'éclosion et à la croissance d'un régime privé de financement et de prestation de soins de santé. Les conditions ne sont pas encore réunies pour la pleine éclosion du financement privé des soins. Il faut d'abord travailler à la préparation du réseau en favorisant la *prestation privée* fournie par des sociétés par actions. Là se situe le cœur du rapport Castonguay qui sera bel et bien mis en œuvre. Les autres mesures viendront en leur temps.

La prochaine étape consiste donc à créer des marchés internes au sein même du système public et à convertir en mode marché son fonctionnement. Les agences régionales de la santé doivent devenir de simples « acheteurs » de soins dans un marché où seront, à terme, mis en compétition les fournisseurs publics entre eux et avec les fournisseurs privés. Il faut noter que la structure juridique des fournisseurs privés est en pleine mutation avec la création de centres médicaux spécialisés et de sociétés par actions. Le rapport invite en outre le ministère de la Santé et des Services sociaux à se retirer totalement du champ de la prestation des services de santé, pour le ravalier à une mission minimale de responsable de l'arbitrage de la compétition qui pourra

³ L'auteure est professeure de droit à l'École nationale d'administration publique.

s'engager sur le terrain. La volonté de rendre autonomes les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les cliniques de santé a aussi pour véritable objectif de délester les pouvoirs publics de leur capacité de gestion dans l'intérêt public, en prenant en considération bien d'autres aspects que la simple rentabilisation d'opérations dans un marché. De plus, les mesures proposées font du patient une source de revenus, et donc un *objet de pertes*, lorsque son état de santé est plus lourd que le prix moyen.

Le rapport est totalement silencieux sur les effets documentés et sérieux qu'ont eus ces mesures implantées au Royaume-Uni au début des années 1990 par le successeur de Margaret Thatcher, John Major, comme la sélection des patients et la baisse de qualité de certains soins. Le rapport ne dit pas un mot concernant les répercussions de ces transformations au sein de l'Union européenne : ses pays membres découvrent de plus en plus que les services publics doivent plier l'échine devant les règles du marché unique européen. Le rapport ignore tout de l'impact plausible des recommandations avancées face aux règles du commerce international auxquelles le Canada est déjà lié par l'ALÉNA et l'OMC, sans parler d'une éventuelle union économique avec l'Europe, projet chéri par Jean Charest. Le rapport, enfin, plaide pour l'adoption de règles d'appels d'offres pour les multiples relations contractuelles dont il fait la promotion, tout en ignorant que l'Assemblée nationale a déjà adopté, en 2006, une *Loi sur les contrats des organismes publics* qui vise notamment le réseau sociosanitaire québécois et n'attend qu'un simple décret gouvernemental pour entrer en vigueur.

Le volumineux rapport fait l'impasse sur toutes ces questions cruciales pour l'avenir du régime public de soins de santé. Dans sa préface et sa conclusion, il livre certes un vibrant appel à l'adaptation du système à la mondialisation. Et pourtant, des quelque 280 pages qui séparent ces deux extrémités du rapport, émerge un silence éloquent sur le sens profond de cette adaptation alors que tout se met progressivement en place pour que les multinationales de l'industrie de la santé puissent se donner en partage l'un des derniers services publics de nos sociétés.

Faut-il s'étonner que les tenants d'un tel rapport, qui accusent facilement les autres de refuser le débat, fassent aujourd'hui l'impasse totale sur ces enjeux démocratiques?

Annexe 4. Rappel des positions de Médecins pour l'accès à la santé

Synthèse du mémoire sur le document de consultation « Garantir l'accès » déposé à la Commission des Affaires sociales du Québec, le 31 mars 2006

Médecins pour l'accès à la santé partage les principes généraux du document « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience 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 mettre en relief cependant 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 dans trois domaines, les mécanismes de garantie de traitement réalisées dans des structures privées inédites de médecins participants et non participants au régime public ainsi que l'ouverture faite à l'assurance privée dans les domaines qui font l'objet de la garantie 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 d'abord 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, tels l'achat de volume de soins chirurgicaux par contrat et 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.

Annexe 5. Bénins les frais afférents?

Texte signé par 58 personnes, dont 21 médecins québécois

Paru dans *Le Devoir* et *The Gazette* (en anglais)

Le 2 février 2007

Le système québécois de santé est depuis plusieurs années engagé dans un lent mais profond mouvement de privatisation. Un système à deux vitesses prend forme, avec la complicité des pouvoirs publics. Qui dispose des moyens de payer une contribution additionnelle passe devant les autres.

L'adoption de la Loi 33 en décembre dernier aggrave cette tendance. De nouveaux joueurs entrent en scène, facturent des frais importants pour des services de santé financés par les fonds publics et testent allégrement les limites du système. Le battage médiatique autour de la clinique RocklandMD révèle l'étendue et la perversité du double jeu menaçant l'existence de notre système de santé qui repose sur le principe de l'accès aux soins en fonction des besoins et non de la capacité de payer.

Notre système qui était en quasi totalité public, gratuit et universel glisse vers un système hybride, où le semi-privé, le privé et le public s'interpénètrent dans des méandres d'une complexité telle que même les plus informés s'y perdent. Puisque le glissement s'accélère, il faut rappeler certains points méconnus du public qui sont volontairement ignorés par nos gouvernements.

L'article 22 de la Loi sur l'assurance maladie énonce qu' « il est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré ». L'inaction des pouvoirs publics ne légitime pas les pratiques douteuses. La Cour supérieure du Québec a confirmé l'été dernier que la désassurance de services accessoires à des services assurés, introduite par règlement ou par entente avec les Fédérations médicales, était inopposable aux patients. La politique de l'autruche doit cesser.

Ces pratiques heurtent la structure du régime public de soins de santé prévue par la législation québécoise. Elles sont également contraires à la Loi canadienne sur la santé qui interdit les frais modérateurs et la surfacturation pour les soins assurés et exige que les soins financés par les fonds publics le soient selon des modalités uniformes pour tous. Le Gouvernement fédéral pourrait être appelé à intervenir par une réduction des transferts de santé si le Québec persistait dans cette voie. Qui portera l'opprobre d'une réduction du financement public pour créer une voie d'accès accélérée pour certains?

Les décisions des prochains mois seront cruciales pour l'avenir du système de santé au Québec. Un système de santé semi-privé, réservé à ceux qui disposent de moyens, tout en étant largement subventionné par les fonds publics, constitue le pire des scénarios. Il constitue aussi un renoncement honteux aux principes sur lesquels s'est bâti le système de santé québécois. L'actuel gouvernement a pourtant été élu sur la promesse contraire.