

## **Communication de Dre Saïdeh Khadir Présidente de Médecins québécois pour le régime public**

### **MQRP dans l'action : priorités d'intervention**

On a pu voir au cours des présentations de nos collègues britannique et français que le Québec n'est pas une exception. Avec la mondialisation des marchés, la plupart des pays de l'OCDE expérimentent des défis similaires en santé, particulièrement le manque d'accessibilité aux soins. Partout, le marché se fraie un chemin dans les systèmes de santé avec la même rhétorique, sans apporter les résultats promis au départ et créant les problèmes inhérents au commerce et au profit sur la maladie.

Au cours de l'après-midi, on a pris connaissance de l'efficacité des solutions publiques pour résoudre les difficultés d'accès. L'exemple de l'Ontario nous montre comment il est possible d'appliquer ces solutions sur une large échelle, au bénéfice de la population entière, quand un gouvernement a la volonté politique nécessaire. Au Québec, grâce au leadership avisé de certains de nos anesthésistes et gestionnaires, nous voyons aussi que le rehaussement de la prestation des soins est possible par une meilleure gestion publique avec peu de ressources additionnelles.

Je ne reviendrai donc pas sur les enjeux de la privatisation et de la primauté des solutions publiques.

#### **Priorités d'intervention**

Dans la prochaine année, MQRP a choisi de se concentrer sur des priorités d'action visant à assurer la pleine couverture du système public des soins médicaux, qui s'est progressivement effritée avec les années.

La priorité première de MQRP, une de ses raisons d'être, est de ramener dans la couverture publique tous les soins médicalement requis et d'amener le gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour que ces soins soient également accessibles à toute la population. Nous poursuivrons également nos actions entamées, notamment celles qui visent la construction des hôpitaux universitaires en mode conventionnel plutôt qu'en partenariat public privé (PPP).

Nous continuerons aussi d'insister pour que les services publics de santé utilisent les fonds publics pour améliorer leur fonctionnement, se moderniser, et ainsi réaliser leur plein potentiel plutôt que de contractualiser avec les cliniques médicales spécialisées (CMS).

## **Les fondements de notre système public de santé**

Pour donner tout leur sens à ces positions, je crois utile de revenir sur les fondements de notre système public de santé au Québec.

La santé est une condition essentielle à la jouissance même de la vie, à la possibilité de vivre ensemble, de participer à la société et d'exercer des choix individuels et collectifs. L'égalité devant la maladie s'inscrit comme un principe essentiel dans une société démocratique. Ces observations donnent sa raison d'être au système de santé public et universel.

Certes, le meilleur système de santé ne suffit pas pour assurer l'égalité devant la maladie. Pour reprendre les mots d'un récent rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, « les inégalités tuent à grande échelle ». Ces inégalités sont antérieures aux soins et conditionnent le niveau de santé des populations. Ce que les systèmes de santé peuvent faire cependant, c'est d'agir sur les effets de ces inégalités. Les soins de santé accessibles à tous, indépendamment de la capacité de payer, diminuent grandement les effets délétères des inégalités sociales. Leur privatisation ne peut que les aggraver.

Les soins de santé peuvent coûter très cher, nul n'est à l'abri du risque maladie. Quand on pense que les premières causes de mortalité sont les maladies cardiovasculaires et le cancer, on imagine ce que le coût des soins peut représenter dans le budget des ménages. Le traitement pour ces maladies courantes peut coûter au-delà des 400 000 \$. Une infime proportion de la population, moins de 0.5 pourcent, pourrait se payer les soins nécessaires.

On a donc besoin d'assurances. Le moyen le plus puissant conçu après la Seconde guerre mondiale pour dispenser des soins efficacement à toute la population a été l'assurance publique, financée par l'impôt. C'est ce que nous avons obtenu au Québec assez tardivement (1961-1970) après une majorité de pays européens et même des provinces canadiennes.

Comme cliniciens au Québec, nous avons l'expérience que, depuis les 40 années du système de santé public et jusqu'aujourd'hui, la majorité de nos patients reçoivent des soins humains d'excellente qualité, des soins qui se comparent avantageusement à ceux de la majorité des pays. Nos indicateurs de santé le confirment. Du côté des dépenses en santé, nous sommes au Québec parmi les provinces canadiennes et en comparaison avec les pays de l'OCDE, l'un des endroits où l'on dépense le moins par habitant.

## **Les difficultés actuelles**

Abordons maintenant les difficultés qui motivent notre présence ici ensemble aujourd'hui afin d'envisager des solutions.

Toujours du point de vue des cliniciens que nous sommes, nous avons l'expérience quotidienne et palpable que, depuis la quinzaine d'années suivant les coupures drastiques imposées par le déficit zéro, les soins ne sont plus comme avant, ils sont sur une pente

descendante. En temps réel, un nombre inquiétant de nos patients attendent et souffrent sur les listes d'attentes. Leur santé et leur qualité de vie sont parfois dangereusement compromises.

Je pense à mes patients cancéreux qui font face à des délais d'attente interminables, tantôt pour leurs examens, tantôt pour leurs traitements. Parfois on doit même recommencer un scan parce qu'après les trois longs mois qu'a pris l'investigation, le premier rapport n'est plus révélateur de l'état du cancéreux.

Ces cas sont encore rares, mais on commence même à voir des cliniciens qui en viennent à opter pour des traitements moins adéquats parce que les examens radiologiques et les ressources opératoires ne sont pas disponibles de façon suffisante et en temps opportun.

Dans le quotidien, lorsque l'état de santé d'un patient requiert certains examens de radiologie, comme médecins traitants, nous n'avons d'autre option que de placer notre 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, voire quelques milliers de dollars pour un PETscan, par exemple, afin d'avoir un accès plus rapide au traitement. Bien sûr, beaucoup de patients inquiets de leur état de santé sont prêts à tout faire pour obtenir un diagnostic le plus rapidement possible. Parallèlement, ceux qui ne peuvent pas payer voient leurs délais d'attente augmenter de façon inéquitable puisque ceux qui auront payé obtiendront leur diagnostic et leur traitement avant eux.

De la même façon, de plus en plus, certains de nos chirurgiens vont opérer dans des centres privés de chirurgie ambulatoire, car ils n'obtiennent que deux journées opératoires ou moins par semaine dans le réseau public. Ils le font même souvent à contrecœur parce que les conditions de la pratique chirurgicale pourraient être inférieures et moins sécuritaires que dans un hôpital.

Pouvons-nous reprocher à nos patients ou empêcher nos chirurgiens de se tourner vers le privé pour recevoir ou dispenser les soins dans les délais requis? Bien sûr que non.

### **Des solutions publiques**

C'est pour soulager les patients de leurs souffrances inutiles et intolérables liées au manque d'accessibilité aux soins requis, pour redresser ces situations intolérables qui enlèvent toute cohérence à notre système public de santé, que nous proposons les priorités d'action suivantes dans la prochaine année :

#### **1. Éliminer les exclusions de l'assurance publique pour tout examen de radiologie diagnostique**

Plus précisément, nous demandons que les examens radiologiques actuellement exclus par règlement soient couverts par la RAMQ, y compris quand ils sont faits dans les cliniques hors hôpital.

Pendant que tous semblent d'accord pour reconnaître qu'il est nécessaire d'inclure tous ces examens, même à l'extérieur de l'hôpital, plusieurs hésitent devant les coûts que cela pourrait représenter pour le trésor public. Pour peu qu'on se penche sur la problématique, on surpasse la barrière du coût.

D'abord il y a un fort coût social, humain et économique à retarder la guérison des patients qui souffrent, manquent leur travail et voient leur qualité de vie personnelle et familiale diminuée.

De plus, quand on analyse les faits, on se rend compte que le public défraie déjà largement les coûts reliés à ces examens. D'abord, l'acquisition et l'entretien de ces appareils radiologiques en cliniques privées ont été favorisés par les politiques publiques (financement, subventions, fiscalité ...). Ensuite le coût des assurances privées et les frais d'examens défrayés par les contribuables sont souvent déductibles d'impôt.

On sait de plus que les plus grands clients de ces cliniques de radiologie sont la SAAQ et la CSST. Ce sont encore des organismes publics qui financent donc les ressources privées de radiologie. Un dernier argument de nature déontologique s'ajoute. Les médecins qui exercent dans ces cliniques radiologiques ont *de facto* une pratique mixte, autorisée par le règlement d'exclusion de certains actes. Ces médecins ont-ils intérêt à écarter la liste d'attente au public, ce qui réduirait la demande au privé?

L'inclusion des examens radiologiques à l'extérieur de l'hôpital est tout à fait réalisable. Il y a quelques années, dans une situation similaire, l'Alberta a choisi de les inclure dans la couverture publique. Depuis deux ans, l'Ontario a même racheté des appareils de radiologie privés pour les intégrer au public.

## **2. Éliminer les frais accessoires chargés aux patients par les cliniques pour des soins médicaux médicalement requis effectués par des médecins participants**

Ces frais dits « accessoires », chargés aux patients pour des opérations subies en dehors de l'hôpital par des chirurgiens participants, sont normalement couverts par l'assurance publique, mais il s'est développé des pratiques inacceptables dans certaines cliniques. Le chirurgien participant est payé par la RAMQ (à un taux supérieur à celui qu'il recevrait pour le même soin à l'hôpital) et des cliniques privées chargent en plus au patient des frais « accessoires » allant jusqu'à quelques milliers de dollars.

Cette pratique, tout à fait contraire à la loi, est actuellement tolérée. En effet, l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec* 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* ».

Elle est également contraire 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.

Encore là, un argument de nature éthique s'ajoute aux interdictions prévues dans les lois. Les médecins investisseurs dans ces cliniques chirurgicales privées n'ont aucun intérêt à écourter la liste d'attente au public puisque la rémunération au privé, dans ce cas, est plus avantageuse pour la clinique.

Les organismes publics qui tolèrent cette pratique interdite par la loi, en particulier la RAMQ, participent à une « privatisation passive » du système de santé. La correction de cette situation s'impose, elle est aussi possible. En début d'année 2009, le Manitoba a annoncé que cette province aller payer tous les frais accessoires pour les procédures effectuées en dehors de l'hôpital et a rappelé l'interdiction de toute facturation aux patients.

Si nos deux propositions étaient acceptées, combinées à l'augmentation de la capacité du système public dans la prestation des soins, cela pourrait apaiser beaucoup la souffrance de nos malades affligés par des listes d'attente interminables en plus de leur maladie.

### **PPP et CMS**

Avant de terminer, je reviens sur les interventions que nous avons entamées et que nous comptons poursuivre.

MQRP a cru important d'initier un mouvement contre la construction des méga hôpitaux en mode PPP et d'exprimer son désaccord. Cette démarche a eu comme résultat extrêmement positif de susciter le débat et de créer des alliances dans la société civile pour défendre les intérêts de la formule publique. Plusieurs membres et organisations ont exprimé leur opposition au projet PPP. Le gouvernement dit malgré tout vouloir poursuivre les PPP.

Une large coalition s'apprête à réitérer la demande de construction des hôpitaux en mode conventionnel. Un site Internet sera mis en place et diverses actions se planifient pour les semaines à venir.

Par rapport aux CMS, nous savons qu'il n'y a pas dans ces cliniques les mêmes mesures pour la protection des malades, que le coût unitaire des interventions serait plus élevé, et que ces structures ont le grave défaut de drainer de précieuses ressources humaines - principe des vases communicants- déjà en pénurie dans le public. Nous réitérerons donc notre demande que les hôpitaux investissent les fonds publics qui leur sont alloués pour améliorer leur fonctionnement, se moderniser, améliorer les conditions de travail des personnels, et ainsi à développer leur plein potentiel pour améliorer le réseau de santé à long terme pour tous.

### **Conclusion**

La privatisation des soins dans toutes ses formes, qu'il s'agisse du financement ou de la prestation des soins, ne résiste pas à l'analyse fondée sur les données probantes.

D'innombrables contributions par des chercheurs, praticiens et gestionnaires de la santé dans les dernières années permettent d'affirmer que le système public est plus avantageux pour la population et qu'il peut être amélioré de l'intérieur par l'innovation. Quelques fois ces améliorations ne requièrent aucune ou peu de ressources additionnelles, mais quelques fois, elles nécessitent un investissement ciblé pour rehausser durablement la qualité des soins.

Nous sommes à l'heure onze avant l'érosion irrécupérable de notre système de santé québécois, causée par une privatisation active et d'autre part par l'inaction et le laisser-aller, donc par une privatisation passive.

Gouvernement, gestionnaires, médecins, travailleuses et travailleurs de la santé, nous ne devons plus perdre de temps pour arrimer nos efforts dans un objectif commun d'offrir des soins de qualité à tous de façon durable et sans égard à la capacité de payer.

Le 13 juin prochain est le 40<sup>e</sup> anniversaire de la création de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Cette assurance maladie et ses principes qui sont la fierté de notre société sont aujourd'hui trop mis à mal,

**MAIS ...** nous pouvons agir ensemble pour préserver et améliorer le système public au bénéfice de toute la population.