

Communication de D^{re} Danielle Martin
Présidente de Canadian Doctors for Medicare
Au colloque MQRP, Montréal, 14 mai 2009

Soins de santé : Service public ou marché?
Pour qui travailleront les médecins?

Merci beaucoup de m'avoir invitée aujourd'hui. MQRP suscite l'admiration de vos collègues de tout le pays en raison de ce que vous faites pour protéger le régime public et pour encourager des changements positifs qui sont à l'avantage de **tous** nos patients.

Il est vrai que le Québec mène quant à la privatisation des soins de santé au Canada, mais tous les régimes provinciaux de santé sont exposés à des menaces.

Ces menaces prennent plusieurs formes, je traiterai ici des quatre principales.

1. Les provinces réduisent la taille de notre système de santé public et le gouvernement fédéral ne réagit pas.
 - Elles retirent des services de la liste des services assurés. Ainsi, depuis 10 à 15 ans, elles ont retiré la physiothérapie, les examens de la vue, et elles réduisent la couverture de l'assurance médicaments. L'Alberta est la dernière province à ce jour à annoncer un projet de réaménagement qui éliminera d'importants services de sa liste.
 - Les administrations cantonnent le rôle de l'hôpital à celui de fournisseur de soins aigus et, de la sorte, font passer au secteur privé les soins aux patients atteints de maladies chroniques, la physiothérapie, la réadaptation et d'autres services.
2. La croissance des partenariats public privé, les « PPP »
 - On compte en ce moment 38 hôpitaux en construction ou prévus selon ce modèle, dans quatre provinces (Colombie-Britannique, Ontario, Québec et Nouveau-Brunswick). Deux autres provinces (Nouvelle-Écosse et Saskatchewan) étudient la possibilité d'hôpitaux en PPP.
3. Les employeurs du domaine de la santé confient tout ou partie de leurs établissements à des sociétés à but lucratif.
 - Dans un rapport paru l'automne dernier, la Coalition ontarienne de la santé a brossé un portrait de la croissance rapide des cliniques médicales à but lucratif spécialisées dans les interventions chirurgicales, les services diagnostiques et les services de soins primaires. Les résultats de la recherche montrent que 130 cliniques sont établies dans neuf provinces et qu'elles ont probablement violé la *Loi canadienne sur la santé* à 89 reprises.

Depuis que des multinationales se sont établies au Canada, les pressions se font plus fortes et plus de provinces adoptent cette formule.
4. Les systèmes de gouvernance et d'administration sont en voie d'être commercialisés.
 - Une proportion plus élevée de membres des conseils régionaux de la santé, des conseils d'administration des hôpitaux, ou nommés aux conseils d'administration de divers organismes gouvernementaux, provient du secteur privé.

- Le financement par activités (selon lequel chaque acte est tarifé) fait son entrée au Canada dans le but de faciliter la passation de marchés et la concurrence.
- On procède maintenant par appel d'offres. L'exemple le plus probant est celui du secteur des soins de santé à domicile en Ontario, où des organismes sans but lucratif établis de longue date comme les Infirmières de l'Ordre de Victoria n'ont plus leur place.

Dans ce cadre, la médecine organisée (au niveau canadien) est elle-même engagée dans sa propre campagne pour la croissance du rôle du secteur privé dans le système de santé. Le président de l'AMC, le D^r Robert Ouellet, mène une campagne nationale très vigoureuse en faveur d'une transformation des soins de santé. Il répète qu'il est nécessaire de s'inspirer du « modèle européen » pour transformer les soins de santé, ce qui, pour lui, veut dire un accroissement de la prestation de soins privés, le financement par activités et la concurrence plutôt que la collaboration au sein du système de santé.

La province la plus fermement engagée dans la voie de l'expansion des services de santé privés, hors Québec, est sans doute la Colombie-Britannique. C'est dans cette province qu'on a annoncé une contestation du régime de santé public provincial devant les tribunaux, ce que bon nombre appellent « Chaoulli 2 ». L'issue de cette cause aura assurément des répercussions dans tout le Canada et je crois qu'il est essentiel que les Québécois soient au courant.

En bref, un groupe de cliniques privées de chirurgie de Colombie-Britannique et une association nationale de cliniques privées ont intenté une poursuite dans laquelle ils allèguent que toute interdiction de recourir à une clinique privée viole les droits des patients. Le D^r Brian Day et sa clinique, le *Cambie Surgery Center*, ont pris la tête du mouvement. Les tribunaux n'ont pas encore entendu la cause, mais on s'attend à ce que des exemples de cas comme celui de M. Zeliotis soient présentés à l'appui de cette thèse.

Il est intéressant de constater que le gouvernement de la province a déposé une plainte notamment à l'encontre du *Cambie Surgery Center* parce qu'il contrevient à la loi à plusieurs égards, par exemple :

- avoir des pratiques de facturation illégales, dont la facturation tant au public qu'au privé;
- faire opposition aux demandes d'information et refuser au gouvernement l'accès à sa comptabilité;
- obliger les patients à signer des accords de confidentialité sur le montant qui leur est facturé et sur les actes facturés.

La poursuite suit son cours et il faudra attendre de voir quand elle sera entendue.

CDM collabore dans ces causes avec des organismes qui partagent nos vues et nous tenterons de participer en tant qu'intervenants dans le cas.

Je ne veux pas vous laisser l'impression qu'il n'y a que des mauvaises nouvelles. En fait, beaucoup d'éléments positifs suscitent de l'espoir. En voici quelques exemples.

- En Ontario, on a mis fin au contrat d'un centre de traitement du cancer à but lucratif et les services qu'il offrait ont réintégré le régime public après que le Vérificateur

général de la province ait constaté que les coûts étaient plus élevés.

- L'Alberta et l'Ontario ont mis fin à des marchés avec des cliniques privées d'IRM et ont augmenté la capacité des hôpitaux publics de fournir ce service.
- Les partenariats public privés ont très mauvaise presse et de nombreux projets sont maintenant interrompus, faute d'avoir pu réunir les fonds nécessaires.
- Un rapport récent de l'ICIS montre que les listes d'attente raccourcissent de manière notable dans la plupart des provinces, surtout dans les cas d'arthroplasties et de chirurgies de la cataracte.

Dans le domaine de la médecine organisée, l'élection au poste de président de l'AMC pour 2010-2011 du D^r Jeff Turnbull, qui s'est récemment tenue en Ontario, nous a franchement réjouis. Le D^r Turnbull défend avec fermeté la possibilité d'apporter des améliorations au sein du régime public. CDM a participé activement à la campagne du D^r Turnbull.

C'est dans ce cadre que Médecins canadiens pour le régime public œuvre : des gouvernements provinciaux qui sont plus ou moins engagés envers le régime public; une minorité très visible de médecins qui appellent à la privatisation du haut de la tribune de notre association nationale; des lueurs d'espoir malgré diverses contestations devant les tribunaux.

Notre organisme s'est fixé pour but cette année non seulement de continuer à faire connaître les données probantes à l'appui du régime public, mais aussi de défendre avec fermeté et de manière positive les types de changement dont notre système de santé a besoin, comme nous le savons tous. Il est impératif que nous ne soyons pas perçus comme des tenants du statu quo. Nous devons en fait être des médecins pour un meilleur régime public, un régime qui relève les défis bien réels auxquels nous sommes confrontés dans notre pratique quotidienne sans que l'équité soit sacrifiée pour autant. Voilà le véritable rôle de CDM/MCRP, de même que celui de MQRP à mon avis : maintenir l'équilibre entre l'opposition aux forces du marché qui menacent les fondements même de notre système tout en œuvrant à l'améliorer. Nous avons le très grand avantage de pouvoir compter les uns sur les autres pour assurer à tous les membres de la société canadienne de meilleurs soins de santé.