

# RETOUR SUR LE COLLOQUE DU MQRP\*

Véronique Nally, md

Directrice

GMF St-Louis-du-Parc

\*Médecins Québécois pour le Régime Public



Le 14 mai dernier s'est tenu à Montréal le deuxième colloque des médecins québécois pour le régime public (MQRP). Votre exécutif m'y avait mandatée afin de pouvoir vous rapporter les grandes lignes de ces débats. Malgré le discours dominant dont on nous rabâche les oreilles, de nombreuses études sur les différents systèmes de santé ont prouvé de façon très claire que la privatisation entraîne une augmentation des coûts et une augmentation de l'inégalité à l'accès aux soins sans que l'efficacité augmente significativement. Forts de ces prémisses, les différents conférenciers nous ont d'abord dressé un portrait de la situation et des dangers qui menacent notre système, puis ils nous ont fait part d'expériences intéressantes pouvant être des pistes pour l'avenir.

La première conférencière, Me Marie-Claude Prémont, professeure de droit à l'ENAP, nous a dressé un portrait de l'ère post jugement Chaoulli. La loi 33 qui en a découlé a semblé mettre des balises en limitant les actes chirurgicaux (cataractes, hanches, genoux) effectués dans les centres médicaux spécialisés (CMS). Dans les faits par règle-

ment gouvernemental, il existe des possibilités illimitées d'effectuer d'autres actes médicaux. Le présent règlement est du reste contesté devant les tribunaux. La loi 33 interdit également la pratique mixte dans le même lieu de pratique. Un projet de loi déposé par l'ADQ en avril dernier demande la levée de l'interdiction. Tout est donc en place pour qu'un réseau de CMS se développe avec offre d'assurance privée et pratique médicale mixte. Une cinquantaine de CMS sont en attente d'agrément pour septembre 2010.

Le rapport Castonguay semble avoir été mis sur une tablette, mais il ne dort pas tout à fait. Il est important d'en rappeler les grandes lignes : Les agences de santé et de services sociaux deviennent des acheteurs de services, les différents établissements sont mis en compétition, la gestion des hôpitaux est confiée au privé, les hôpitaux sont financés selon le mode « financement par l'activité », le panier de services est coupé et un ticket orienteur est mis en place dont le montant est déterminé par le revenu du patient. Ce qui revient à dire que c'est un ticket orienteur vers les services privés. Car le prix du ticket devient prohibitif pour les plus riches. Les impacts sur notre pratique seront importants :

diminution de l'autonomie professionnelle, disparité de la rémunération, perte de pouvoir de négociation des associations médicales comme la FMOQ ou la FMSQ. Il existe quelques petites raisons d'espérer : le ministre Bolduc a rejeté la proposition de sous-traitance du département d'ophtalmologie du CHUM, le projet de loi 34 vise à nouveau à limiter la liste des chirurgies effectuées dans des CMS, la pratique mixte en CMS serait réduite par rapport aux propositions précédentes, la structure corporative des CMS serait mieux encadrée afin de réduire les possibilités qu'un seul groupe possède tout un réseau de CMS.

La conclusion de cette conférence nous met en garde sur les implications de ces changements sur notre pratique, sur les dangers qu'un petit groupe du corps médical puisse s'opposer aux intérêts de la majorité. Nous sommes donc invités à participer à différentes tribunes pour alimenter le débat.

La deuxième conférencière venait de Grande-Bretagne, Dre Jacky Davis, radiologue à Londres, membres fondatrice de la campagne « Keep our NHS public »

[Suite pages 12-13]

# COLLOQUE DU MQRP... ...SUITE ET FIN

Véronique Nally, md  
Directrice  
GMF St-Louis-du-Parc

(Keep our national health service public) ([www.keepournhspublic.com](http://www.keepournhspublic.com)) nous a dépeint un tableau plutôt sombre de ce qui nous attend si la privatisation va de l'avant au Québec. Elle nous a montré plusieurs dérives possibles. En Angleterre, les centres de traitements privés, équivalents au CMS d'ici, traitent des patients avec de l'argent public. Ces centres choisissent leurs patients, de préférences les moins malades, leurs tarifs sont plus élevés que dans le public, leur revenu est garanti, ils n'ont aucune obligation d'enseignement, ils font peu de « follow up », ils renvoient les patients qui ont des complications dans le système public, ils ne sont pas tenus de produire des statistiques, on a peu de données sur leurs productivités, ils peuvent marauder des employés du public ou employer des médecins étrangers. Leur création a entraîné la fermeture de 23 000 lits du secteur public. Le financement de ces établissements est fait par « payment by result » ou financement par l'activité. Ce type de financement entraîne une augmentation des activités médicales aux dépens de la qualité. Les patients sont étiquetés comme « profitable or non profitable » c'est-à-dire, rentables ou non

rentables. Ce mode de paiement entraîne également des conflits entre les intérêts du patient et ceux de l'hôpital et la possibilité d'une ingérence avec les décisions du médecin traitant d'où découle une perte d'indépendance pour les médecins, d'une ingérence dans la relation médecin-malade et finalement une augmentation des inégalités pour les patients. Il n'existe aucune preuve en Angleterre que la réforme a amélioré le système de santé. Au contraire, l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande du Nord ont abandonné l'approche marché.

En conclusion, Dre Davis nous enjoint fortement de résister à ces changements en adoptant plusieurs stratégies : en s'organisant entre médecins, en impliquant nos patients et le public en général et en impliquant nos syndicats, nos universitaires, etc. Elle nous suggère également d'infiltrer les associations médicales, par exemple l'AMC, afin de renverser la tendance.

L'après-midi du colloque fut consacré à l'exposé de quelques pistes de solutions.

Dr Alan Hudson, neurochirurgien recyclé (comme

un autre bien connu!) participe à titre de consultant à un comité qui conseille le gouvernement ontarien. (Lead, Access to services and Wait Time Strategy, Health Results Team for the Province of Ontario.)

Dans la province voisine, à la différence du Québec, le gouvernement a pris parti en faveur du système public et mène des réformes qui ont amené :

- 1) Une réduction importante des temps d'attente pour les fameuses chirurgies cataractes, hanches, genoux. (De plus de 400 jours à environ 100 jours)
- 2) Un désengorgement des urgences grâce à une meilleure gestion des patients admis ([www.patientflowtoolkit.ca](http://www.patientflowtoolkit.ca)).

Le rôle du privé a été fortement limité en Ontario. Les médecins, après avoir choisi de participer au système public, n'ont plus le droit de se désaffilier.

L'amélioration du système public est soutenue en jouant de transparence par la publication des résultats des différents établissements.

Toujours en Ontario, Danielle Martin, médecin omnipratricienne et présidente fondatrice de « Canadian Doctors for Medicare » est venue nous rappeler que tous les régimes publics sont menacés au Canada par différents mécanismes bien connus.

- 1) En réduisant le nombre de services assurés par le public.
- 2) En cantonnant le rôle de l'hôpital aux soins aigus et en remettant à la communauté (donc au privé) les soins de longue durée et de réadaptation.
- 3) En autorisant la construction d'hôpitaux en mode PPP.
- 4) En créant à l'intérieur du système public, des cliniques à but lucratif (avec une pression de plus en plus forte de la part de multinationales). Le financement par activité (pay by result) fait son entrée au Canada dans le but de développer le marché privé.

L'AMC mène une campagne vigoureuse pour le privé, défendue par son président le Dr Robert Ouellette. En Colombie-Britannique, un regroupement de cliniques privées a intenté une poursuite contre le gouvernement arguant que toute interdiction de recourir aux soins privés viole le droit du patient. Le gouvernement réplique par une poursuite contre ces cli-

niques qui violent la loi de la santé. Toutefois, il existe quelques bonnes nouvelles. Une clinique privée traitant des patients cancéreux a été réintégrée dans le système public en Colombie-Britannique, les PPP battent de l'aile un peu partout, les listes d'attente dans le public diminuent, un nouveau président plus ouvert au régime public se pointe à l'AMC.

Le Dr. Pierre Fiset, anesthésiste à l'hôpital de Montréal pour enfants (MCH) et président de l'association canadienne des anesthésistes, nous a fait part de l'amélioration de la productivité en salles d'opération dans plusieurs hôpitaux de première ligne au Québec. Depuis janvier 2008, un comité itinérant multidisciplinaire a visité 21 hôpitaux pour faire une analyse d'un jour. Par des mesures simples et à très faible coût, la productivité des salles d'opération a augmenté de 10 % suite à ces visites. (Le document complet se trouve sur le site de MQRP)

Le Dr Marc Zaffran, alias Martin Winkler, alias Dr Sachs, a déploré que les médecins français (formés à exercer la médecine comme ils l'entendent) considèrent les patients comme des êtres inférieurs et ne sont pas du tout solidaires du système public. En France, 23 % des hospitalisations pour des chirurgies simples sont faites

dans le privé. Les statistiques comparant les systèmes public-privé comparent donc des systèmes incomparables. La compétition dans le système de santé est non éthique pour le Dr Zaffran, car la relation de soins n'est pas une relation de pouvoir.

Pour conclure, Dr Saïdeh Khadir, urgentiste à l'hôpital Saint-Luc et présidente des Médecins Québécois pour le régime public, nous a rappelé qu'au Québec, les indicateurs de santé sont bons, donc les soins sont adéquats et que le coût par habitant est le plus bas au pays. Il faut prioriser une assurance publique et gratuite pour tous services médicalement requis. Nous sommes à l'heure 11 avant l'érosion irréversible du système de santé et le 13 juin prochain, la RAMQ fêtera ses 40 ans. Pour paraphraser un président célèbre, Dr Khadir veut nous recruter pour le sauvetage du système de santé public.

L'AMCLSCQ a adhéré à titre d'association au mouvement des médecins pour le régime public, mais je vous incite à le faire à titre individuel et à militer dans vos milieux pour la promotion et le maintien du régime public.■

# Tribune du MQRP

## La solidarité assiégée



Marie-Claude Goulet, md  
Présidente  
MQRP

**M**édecins québécois pour le régime public dénonce les mesures Bachand sur le financement des soins de santé : le fondement même de l'assurance-maladie est dorénavant remis en cause.

Au Québec, nous nous sommes battus pour obtenir, au début des années 1970, une assurance-maladie universelle et publique, comme la plupart des pays industrialisés où les soins sont dispensés, non pas en fonction du portefeuille, mais bien des besoins. Pourquoi? Par solidarité sociale, parce que la très grande majorité des gens, même assez fortunés, ne peuvent assumer véritablement les coûts reliés aux soins de santé à un moment ou l'autre de leur vie. Il s'agissait de partager collectivement les risques associés à la maladie individuelle.

C'est cela, et bien d'autres choses, que ce nouveau budget remet essentiellement en question : le principe de « l'utilisateur-payeur » est contraire au système d'assurance-maladie universelle et à la solidarité dont elle s'inspire.

Imposer à toute la population, peu importe ses revenus, la même taxe santé constitue une mesure aussi régressive qu'injuste. Riche ou pauvre, chacun va payer le même montant, appauvrissant ceux qui sont déjà en difficulté.

On ajoute l'insulte à l'injure en ajoutant une « franchise santé » ou « ticket modérateur » dissimulé sous le vocable « ticket orienteur », applicable selon le nombre de visites médicales

ou même selon l'endroit où l'on consulte. Comme si on avait vraiment le choix. Cette mesure lamentable véhicule le préjugé commun que beaucoup de gens consultent « pour rien » ou ne vont pas « à la bonne place ». Des études sérieuses démontrent pourtant l'effet délétère d'un tel « ticket », les gens les plus malades et les plus démunis consulteront moins, non pas parce qu'ils en auront moins besoin... mais parce qu'ils n'auront pas l'argent pour le faire; lorsqu'ils consulteront finalement... les coûts pourraient être plus élevés : l'hospitalisation sera plus fréquente et souvent prolongée, comme cela a bien été démontré aux États-Unis.

On tente également de nous faire croire qu'il faut appliquer les règles du marché à notre système de santé et qu'on doit mettre les établissements en compétition et les financer ensuite en fonction de leur productivité et de leurs résultats. On sait pourtant pertinemment que les règles du marché sont invalides lorsqu'appliquées à la prestation de soins de santé. Favoriser de telles règles conduit à multiplier les interventions « rentables », souvent inutiles, dans la population la moins malade... et à mettre de côté les clientèles chroniques et âgées. On parle de soigner des malades...pas de vendre son produit! Pourquoi ne pas miser sur la collaboration, qui a fait ses preuves, plutôt que la compétition?

Et si on parle d'argent...parlons-en sérieusement. Peut-on réellement demander aux usagers de se vider les poches pour payer le système de soins de santé, tout en ne leur offrant pas plus

# Messages des membres

## Des nouvelles de MQRP



*Véronique Nally, md  
GMF St-Louis du Parc*

Le budget Bachand a provoqué une onde de choc dans la communauté médicale. En particulier la proposition du fameux ticket modérateur (alias franchise santé) est apparue comme une mesure totalement contre-productive et inacceptable. En effet, l'introduction de la notion d'utilisateur payeur contredit celle de solidarité, fondement même de l'assurance maladie. Sans parler non plus de la taxe santé qui n'est pas régressive.

En réponse au budget Bachand, le CA de MQRP a décidé d'inviter la plus large coalition de médecins possible autour d'une déclaration commune afin de protester haut et fort contre le ticket modérateur.

C'est ainsi que par l'intermédiaire du Dr Sylvain Dion, le Dr Louis Godin et la FMOQ ont été approchés et ont décidé de soutenir cette initiative. Ce qu'ils ont fait de façon magistrale et efficace.

Le 28 avril dernier, une conférence de presse a eu lieu dans les bureaux de la FMOQ réunissant les Drs Marie-Claude Goulet, présidente de MQRP, Louis Godin, président de la FMOQ, Sylvain Dion, président de l'AMCLSCQ, Guillaume Charbonneau, président du Collège Québécois des médecins de famille, Yann Dazé, président de la FMRQ, Jean-François Lajoie, président de AMQ, Myriam Auclair, présidente de la FMEQ, Pierre Durand, doyen de la faculté de médecine de Laval. Les doyens des facultés de Sherbrooke et Montréal ont aussi été signataires.

Une déclaration commune a été lue, ([www.mqrp.qc.ca](http://www.mqrp.qc.ca)) suivie d'une période de questions avec les journalistes. La couverture médiatique a été excellente autant dans la presse écrite que télévisuelle.

Toutefois, l'impact de cette sortie en force de la communauté médicale sur le gouvernement est encore difficile à mesurer.

La récente décision du gouvernement Charest de faire adopter le budget sous le bâillon n'est pas de très bon

augure. Pour le moins qu'on puisse dire, l'écoute ne semble pas être au rendez-vous.

Pour l'organisme MQRP, l'heure n'est pas à l'attente. Dans le contexte morose actuel, il s'agit d'embrasser un nouveau cheval de bataille, plus général et plus vaste : lancer dans la société civile une grande campagne pour se porter à la défense d'un système de santé public accessible, universel et gratuit.

Médecins québécois pour le régime public veut impliquer différents acteurs de la société tels les syndicats, groupes de pression, groupes communautaires, patients, etc., dans cette campagne qui fera la promotion d'un système public de santé, qui sensibilisera la population à la sournoise privatisation de grands pans de notre système de santé et qui l'invitera à réagir.

*La tâche est immense et les troupes trop peu nombreuses.*

C'est pourquoi j'interpelle tous ceux et celles que ces questions préoccupent et les invite à adhérer à MQRP ([www.mqrp.qc.ca](http://www.mqrp.qc.ca)). Comme médecins de CLSC, nous nous devons de défendre un système de santé public et accessible à tous. Il ne faut pas sous-estimer l'impact que peut avoir sur le gouvernement un groupe de médecins qui se mouille politiquement.

MQRP a actuellement un membership de 300 à 350 médecins, situés majoritairement à Montréal. Il faut être plus nombreux, non seulement pour les tâches à accomplir, mais aussi pour l'impact des actions. Il est important d'avoir également une présence en région. Et comme le financement ne dépend que des cotisations, l'effectif est d'autant plus important.

Même si vous n'avez pas beaucoup de temps à y consacrer, c'est faire œuvre utile que d'y adhérer.

Sans oublier qu'ultimement, ce combat est mené pour qu'il reste une justice dans l'accès à ce droit fondamental qu'est la santé.



*Sylvain Dion, md  
président AMCLSCQ*

# Des nouvelles de MQRP

## Célébration du 40e anniversaire de la R.A.M.Q.

Le 30 octobre dernier, l'organisme Médecins québécois pour le régime public (MQRP) soulignait le 40e anniversaire de la loi sur l'assurance maladie. Cette activité, à laquelle 300 personnes ont participé à la Grande bibliothèque, a été organisée conjointement avec plusieurs instances syndicales (CSN, CSQ, FTQ, UPA). Elle avait pour objectif de réaffirmer l'importance d'un régime public universel et accessible. Différents orateurs sont intervenus pour souligner les brèches déjà créées à l'intérieur de notre régime et les mises en garde qui s'imposaient.

Votre président, de même que notre déléguée au Conseil d'administration de MQRP, la Dre Véronique Nally, étions de ceux qui ont signé la déclaration commune visant à assurer le maintien de notre régime public. Dans cette déclaration, le gouvernement et la Régie d'assurance maladie du Québec sont interpellés. Nous reproduisons ici une partie de cette déclaration (le texte intégral est disponible sur le site internet de MQRP):

*Nous réaffirmons donc la nécessité absolue et la supériorité d'un système public universel de soins et de services de santé, offert à l'ensemble de la population et financé par l'État, en adressant aux pouvoirs publics les revendications qui suivent :*

### **1) Que le gouvernement du Québec :**

- ★ assure la consolidation et le développement du système de santé public en garantissant une offre de soins et de services adéquate, gratuite et universelle;
- ★ s'engage à couvrir l'ensemble des services de santé et des services sociaux nécessaires à la population, sans exclure arbitrairement certains actes médicaux requis, notamment l'échographie, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique;
- ★ alloue les ressources nécessaires aux établissements pour leur permettre d'accomplir pleinement leur mission de fournir les services assurés de façon adéquate sans recours à la sous-traitance;
- ★ réintroduise les mécanismes de participation des usagers, de la communauté, des médecins et du personnel dans les établissements et les associe à toutes les décisions concernant l'organisation des services;
- ★ assure le financement du système de santé par un impôt progressif, sans recours à un ticket modérateur ou à une taxe santé régressive;
- ★ cesse de favoriser la création des centres médicaux spécialisés (CMS) à investisseurs privés, les partenariats public-privé ainsi que le développement d'agences privées de main-d'oeuvre.

### **2) Que la Régie de l'assurance maladie du Québec :**

- ★ assume pleinement son rôle de gardienne de la Loi sur l'assurance maladie;
- ★ sanctionne toutes les pratiques qui s'attaquent aux valeurs qui sous-tendent notre système de santé public et à la gratuité des services assurés.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des commentaires ou à rallier les rangs de MQRP en vous rendant sur leur site internet à <http://www.mqrp.qc.ca>.