

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) 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).

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.■