



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

**POSITION
DE LA FÉDÉRATION
DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC**

Modernisation, innovation et dépolitisation du système de santé

Transmis à la
Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

26 février 2002

Introduction

La Fédération des médecins spécialistes du Québec remercie la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada de l'occasion qui lui est offerte de s'exprimer sur un sujet qui est la préoccupation majeure des citoyens de l'ensemble du pays.

La Fédération regroupe 34 associations de médecins spécialistes représentant toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire exercées au Québec (Annexe 4). Au total, 7 500 médecins spécialistes, soit près du quart des médecins spécialistes du Canada, sont membres de la Fédération.

La Fédération collabore intimement à l'organisation des soins de santé au Québec. À ce titre, nous avons eu l'occasion d'intervenir à plusieurs reprises, devant différentes instances, afin de faire valoir notre point de vue et d'avancer des voies de solutions aux différents problèmes auxquels est confronté notre système de santé. Nous n'entendons pas reprendre ici dans les détails nos différentes interventions, mais vous référons plutôt en annexe aux mémoires plus détaillés que nous avons déposés devant les instances suivantes :

Commission sur le déséquilibre fiscal - Annexe 1

Mémoire déposé le 21 septembre 2001

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux - Annexe 2

Mémoire relatif au financement et à l'organisation des services de santé et des services sociaux, déposé le 21 septembre 2000

Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec - Annexe 3

Document déposé le 22 janvier 1999

Devant chacune de ces instances, la Fédération a eu l'occasion d'insister sur l'importance de maintenir les bases actuelles de notre système de santé. **Ainsi, nous croyons que la source première de financement de notre système de santé doit demeurer publique.**

Nous ne remettons pas en question les valeurs fondamentales de notre système de santé mais croyons cependant à la nécessité de favoriser l'innovation et de mieux adapter les modes de gestion et de financement du système aux réalités actuelles.

Dans le cadre de la présente commission, nous nous proposons donc de résumer la position de la Fédération et ce, sous l'angle du financement du système de santé et de certains des principes défendus par la Loi canadienne sur la santé.

1. LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les coûts du système de santé augmentent de façon vertigineuse à chaque année, la croissance des dépenses de santé étant plus forte que la croissance de la richesse collective. Qui plus est, le coût des soins de santé augmente autant, sinon davantage, en période de ralentissement économique.

L'escalade des coûts nous oblige à revoir les façons de faire. Le financement public doit être au premier plan mais il ne peut à lui seul suffire au financement du système de santé canadien.

Notre position se résume comme suit :

Sur le financement public

- Il faut augmenter le financement public du système de santé.

Le gouvernement fédéral doit rehausser de façon importante sa contribution au financement du système de santé.

Le fédéral doit en effet conserver son rôle de gardien des valeurs fondamentales de notre système de santé, rôle qui lui permet d'établir les normes nationales de soins de santé. Ces normes nationales doivent garantir que tous les soins de santé soient offerts de façon uniforme pour l'ensemble des citoyens canadiens, assurant ainsi aux patients une même accessibilité et une même qualité de soins. Afin de conserver ce rôle, la problématique du déséquilibre fiscal entre le fédéral et les provinces se doit d'être résolue.

- Le financement fédéral se doit d'être stable et indexé.
- Le financement fédéral en santé doit être identifié de façon spécifique. Il faut ainsi modifier les modalités du TCSPS afin d'identifier un financement séparé pour la santé.
- La juridiction des provinces dans le domaine de la santé doit être respectée. Toutefois, les provinces doivent s'engager à financer le système de santé de façon adéquate et ne peuvent utiliser à une autre fin le financement fédéral obtenu en santé.

Il faut ainsi s'assurer que chaque province dispose des ressources financières nécessaires pour offrir les services de santé selon les mêmes critères d'accessibilité et de qualité. En effet, l'offre de services de santé ne doit pas varier selon la richesse relative de chaque province. Or, à l'heure actuelle, il y a des variations importantes entre les provinces.

À ce titre, nous insistons également sur l'importance d'assurer des conditions de travail et de rémunération équivalentes pour les professionnels de la santé canadiens qui détiennent une même formation de pointe et qui sont appelés à prodiguer les mêmes services. Il faut ainsi corriger les écarts prévalant au niveau de l'accès aux plateaux techniques, de la disponibilité d'équipements médicaux de pointe et de la rémunération des médecins. Nous rappelons que l'accessibilité aux soins suppose d'abord de disposer de médecins en nombre suffisant. Or, la concurrence que se livrent les provinces à ce niveau entraîne des écarts importants et affecte le maintien de conditions uniformes d'accessibilité aux soins.

Sur le financement privé

- Il faut faire une plus grande place au financement privé, notamment au niveau des services médicaux, lequel est quasi-inexistant à l'heure actuelle.

En effet, le financement privé ne représente qu'un faible 1 % des dépenses en services médicaux alors qu'il occupe environ 30 % des dépenses totales de santé.

Le financement privé pourrait donc s'accroître davantage, favorisant ainsi une plus grande responsabilisation du patient. Ce financement pourrait se faire de différentes façons, dont :

- Par le retrait de certains services de la liste des services assurés (comme nous l'aborderons plus loin).
- Par la participation du patient (le concept d'utilisateur payeur) :
 - Au paiement de certains services de santé assurés;
 - Au paiement de frais accessoires à certains services de santé assurés (ex : frais d'ouverture de dossiers en cabinet privé).

2. L'ACCESSIBILITÉ

L'accessibilité aux soins de santé pour tous nos patients demeure au centre de nos préoccupations. Il s'agit là d'un principe fondamental de notre système de santé.

Or, l'accessibilité aux soins se traduit beaucoup trop souvent par une accessibilité aux listes d'attente! Ainsi, à défaut de parler d'une médecine « à deux vitesses », nous pouvons toutefois affirmer que les listes d'attente interminable dans les hôpitaux ont entraîné la création d'une véritable médecine « à petite vitesse ».

Tel que nous l'avons mentionné, l'offre de services de santé ne doit pas varier en fonction de la richesse relative de chaque province.

Notre position à ce niveau se résume comme suit :

- Nous devons d'abord mettre un terme aux pénuries d'effectifs médicaux qui persistent dans plusieurs spécialités et régions du Québec et ce, en assurant la formation de médecins spécialistes en nombre suffisant et en permettant une saine gestion de la répartition de ces effectifs spécialisés sur le territoire.
- Il faut prévoir un financement additionnel des hôpitaux afin de permettre aux médecins spécialistes d'avoir un accès adéquat aux plateaux techniques hospitaliers : disponibilité de temps opératoire, accès aux cliniques externes spécialisées, accès aux modalités d'investigation, etc. Le manque actuel de ressources nous empêche de profiter pleinement de l'expertise des médecins spécialistes et a pour effet de créer parfois une pénurie artificielle.
- Nous devons nous assurer du financement nécessaire pour former et soutenir un niveau adéquat de personnel de support. La pénurie de personnel infirmier, de technologues et autres professionnels paramédicaux est sans doute un élément majeur conditionnant l'accès de la population aux services de santé.
- Il faut valoriser l'expertise et favoriser la hiérarchisation des soins, laquelle est indispensable à l'accessibilité aux soins spécialisés dans un contexte de pénurie d'effectifs. Le médecin spécialiste devra concentrer sa pratique sur la médecine spécialisée.

- Il faut revoir les modalités de prestation des soins médicaux de première ligne, tout en favorisant l'interdisciplinarité et le partage des tâches avec les professionnels compétents.
- Il nous faut revoir certaines modalités de prestation de soins en favorisant le recours aux cabinets privés en complémentarité au milieu hospitalier.

Un partenariat entre le système public et les cabinets privés devrait prévoir le transfert d'activités au niveau des cabinets privés tout en maintenant un financement public. Nous croyons possible d'établir des contrats de services entre hôpitaux, régies régionales et cabinets privés, afin de confier à ces derniers des prestations de soins ne nécessitant pas le plateau technique hospitalier et pouvant donc être dispensés à meilleur coût en raison d'une infrastructure moins lourde et par conséquent moins dispendieuse et plus personnalisée. On retrouve déjà ce partenariat dans les cabinets privés d'imagerie où certaines activités sont assurées dans le contexte d'une gestion privée.

En somme, c'est ce mélange de financement accru et de modernisation des pratiques qui permettra d'améliorer l'accessibilité.

3. L'INTÉGRALITÉ

Notre position à ce niveau se résume comme suit :

- Il faut revoir la liste des services assurés.

Il existe déjà, dans chacune des provinces, une liste de services de santé non assurés dont le coût doit être défrayé par le patient. De plus, souvent le patient

dispose d'une assurance privée pour assumer ces coûts. Devant la croissance importante des coûts du système de santé, il importe de reconsidérer le panier de services assurés et de faire assumer directement par le patient le paiement de certains services de santé non médicalement requis.

Certains diront que seuls des frais modestes peuvent être récupérés à ce titre. Toutefois, il importe de faire tous les efforts requis, aussi modestes soient-ils, pour assurer le financement de notre système de santé.

4. LA GESTION PUBLIQUE

Notre position à ce niveau se résume comme suit :

- Oui à une gestion publique mais dépolitisée.

Un trop grand nombre de décisions en matière de santé sont influencées par des considérations politiques. La gestion de notre système de santé doit reposer sur des bases plus objectives.

L'État doit continuer de garantir l'accessibilité, établir les standards de pratique, financer le système. Il ne doit plus être le prestataire, le gérant des institutions et son propre évaluateur de la performance.

L'État doit être garant et non gérant du système.

CONCLUSION

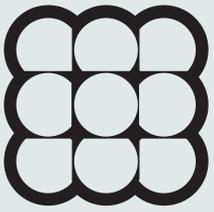
La Fédération des médecins spécialistes du Québec croit fermement aux valeurs fondamentales telles qu'exprimées dans la Loi canadienne sur la santé. Il faudra cependant pallier aux ressources insuffisantes et prévoir un meilleur partage des ressources. L'accessibilité aux soins pourra notamment être favorisée par une plus grande complémentarité entre les milieux hospitaliers et les cabinets privés de médecins.

Il faut rehausser le financement public en assurant une participation plus importante du gouvernement canadien par le biais de transferts fédéraux stables, indexés et spécifiques en santé. Le financement privé doit également prendre une place plus importante par le biais d'une plus grande participation du patient au paiement de certains frais ou par la désassurance de certains services.

La modernisation, l'innovation et la dépolitisation du système de santé sont les prémisses de l'avenir des soins de santé au Canada.

ANNEXE 1

**Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec
présenté à la *Commission sur le déséquilibre fiscal***



**FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC**

Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

**Commission sur le
déséquilibre fiscal**

Le 21 septembre 2001

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	2
2. DÉSÉQUILIBRE FISCAL : CONSTATS GÉNÉRAUX	3
2.1 La situation privilégiée du fédéral.....	3
2.2 Champs de compétence	4
2.3 La diminution des transferts fédéraux	4
2.4 La croissance des dépenses en santé	4
2.5 L'unanimité des provinces	4
2.6 Le déséquilibre fiscal propre au Québec.....	5
3. LES SOINS DE SANTÉ À LA POPULATION : D'UN OCÉAN À L'AUTRE	7
3.1 La formation médicale.....	7
3.2 La Loi canadienne sur la santé	7
3.3 Le système de santé québécois.....	8
4. POSITION DE LA FÉDÉRATION	10
4.1 Le maintien de normes nationales	10
4.2 Financement du gouvernement fédéral.....	10
4.3 Transparence dans les transferts fédéraux	11
4.4 Respect du champ de compétence des provinces	11
5. CONCLUSION	13

1. INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 34 associations de médecins spécialistes représentant toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire exercées au Québec. Au total, 7 500 médecins spécialistes sont membres de la Fédération.

La mission de la Fédération est de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres. Au-delà de cette vocation, la Fédération est aussi fermement convaincue de son rôle social et politique et, dans ce contexte, participe activement au maintien d'une accessibilité des soins de santé pour tous les Québécois.

Devant les tensions qui ébranlent notre système de santé, la Fédération des médecins spécialistes du Québec se sent directement interpellée à participer à tout effort pouvant contribuer à l'amélioration du modèle québécois en matière de santé. Intervenante privilégiée du milieu, la Fédération se fait l'écho de ceux et celles qui sont au cœur du réseau de la santé en proposant une vision éclairée et des moyens d'action qui reflètent une pratique moderne de la médecine spécialisée.

C'est donc sous l'angle des soins de santé à la population que la Fédération souhaite intervenir dans le cadre des discussions concernant l'actuel déséquilibre fiscal entre le gouvernement fédéral et celui du Québec.

2. DÉSÉQUILIBRE FISCAL : CONSTATS GÉNÉRAUX

Dans un premier temps et afin de mieux situer le contexte des commentaires de la Fédération, nous souhaitons faire état des constats généraux suivants, lesquels ressortent notamment des documents fournis par la Commission.

2.1 La situation privilégiée du fédéral

Au niveau des revenus :

Les revenus autonomes du gouvernement fédéral étaient en 2000-2001 de 179 milliards de dollars contre 164 milliards de dollars pour l'ensemble des provinces.

L'impôt des particuliers représentait 47 % des revenus autonomes du gouvernement fédéral comparativement à 30 % des revenus autonomes des provinces. Dans le cas spécifique du Québec, le gouvernement fédéral occupe 58 % du champ de taxation de l'impôt des particuliers, tandis que le gouvernement du Québec en occupe 42 %. Or, l'impôt des particuliers est le champ de taxation qui offre le potentiel de croissance le plus élevé.

Au niveau des dépenses :

Les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation génèrent des dépenses fort importantes pour les provinces. En 2000-2001, elles s'élevaient à 122 milliards de dollars représentant plus des trois quarts des dépenses des provinces (160 milliards de dollars).

En comparaison, l'ensemble des dépenses fédérales étaient, cette même année, de 120 milliards, soit moins que les dépenses pour les trois programmes de juridiction provinciale.

Au niveau des surplus :

Depuis plusieurs années déjà, le gouvernement fédéral dégage d'importants surplus budgétaires.

Le solde budgétaire fédéral est passé de 3,5 milliards de dollars en 1997-1998 à 12,3 milliards de dollars en 1999-2000, à 15 milliards de dollars en 2000-2001 et est prévu à 7,3 milliards de dollars en 2001-2002.

Du côté des provinces, si on exclut l'Alberta, ce n'est qu'à partir de 1999-2000 que le solde est devenu excédentaire à 0,1 milliard de dollars, de 4,9 milliards de dollars en 2000-2001 et de 1,1 milliard de dollars en 2001-2002.

2.2 Champs de compétence

En vertu de la Constitution canadienne, ce sont les provinces qui ont la compétence de trois programmes majeurs, soit la santé, l'éducation et les services sociaux.

2.3 La diminution des transferts fédéraux

Il est important d'insister sur la baisse notable des transferts fédéraux en espèces aux provinces.

Après avoir consacré plus du quart de ses revenus aux paiements de transferts en 1983-1984, le gouvernement fédéral n'y consacrait plus que 14 % en 1999-2000.

Pour le Québec, la part des transferts fédéraux en espèces ne représente plus que 16 % de ses revenus comparé à 28 % en 1983-1984.

Dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation, la part financée par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) du fédéral est passée de 23 % en 1985 à 11 % en 1998-1999. Soulignons que le montant qui est versé par le fédéral est déterminé à chaque année de manière discrétionnaire.

2.4 La croissance des dépenses en santé

Le secteur de la santé est un secteur des plus névralgiques en raison notamment des besoins actuels de la population.

C'est dans ce secteur que les dépenses augmentent le plus rapidement, soit 47,9 % entre 1990-1991 et 2000-2001.

Au Québec, malgré toutes les mesures mises en place, les dépenses dans le secteur de la santé continuent à croître à un rythme supérieur à 4 % par année.

2.5 L'unanimité des provinces

La question du déséquilibre fiscal, notamment dans le secteur de la santé, fait l'unanimité des provinces. À la suite de la Conférence annuelle des premiers ministres provinciaux de 2000, les ministres des finances des provinces et territoires ont préparé le document « S'attaquer au déséquilibre fiscal » qui présente diverses propositions de réforme afin de réduire de manière durable les déséquilibres fiscaux horizontaux et verticaux au Canada. On y indique :

« Les ministres des finances se sont entendus sur un ensemble de solutions à examiner, lesquelles réduiraient les déséquilibres fiscaux entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le gouvernement fédéral enregistre des surplus de plusieurs milliards de dollars. Par conséquent, il a amplement les moyens de

financer davantage les programmes qui comptent le plus pour les Canadiens, tout en écartant les risques de déficit fédéral. »

Ce document a servi de base de discussion à la Conférence annuelle 2001 des premiers ministres provinciaux qui s'est tenue à Victoria, du 1^{er} au 3 août dernier. Les premiers ministres ont traité tout particulièrement de la question de la santé et, à la fin des discussions, ont officiellement demandé au fédéral la mise en place de différentes mesures permettant de hausser le financement du fédéral aux provinces pour la santé. Le communiqué officiel mentionnait :

« Les premiers ministres ont souligné que le système actuel de soins de santé a été conçu il y a quelque 40 ans en prenant pour acquis que ces coûts seraient partagés en parts égales entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux-territoriaux. La part de la contribution fédérale pour les services de santé des provinces et des territoires a diminué de façon importante au cours des 25 dernières années. Tous les premiers ministres conviennent que ce problème doit être revu et corrigé par une augmentation des paiements de transferts fédéraux. »

Une rencontre spéciale des premiers ministres aura lieu à la mi-janvier 2002 pour faire progresser un plan d'action interprovincial-territorial visant à améliorer la gestion des coûts de santé.

Il est intéressant de noter que le Canada n'est pas le seul pays à devoir se questionner concernant les arrangements financiers intergouvernementaux. Le document « Arrangements financiers intergouvernementaux : Allemagne, Australie; Belgique; Espagne; États-Unis; Suisse » préparé par la commission cite de nombreux exemples de pays qui ont examiné cette problématique et certains qui ont déjà agi à ce sujet.

2.6 Le déséquilibre fiscal propre au Québec

Il est impossible de parler de déséquilibre fiscal sans mentionner le déséquilibre qui existe actuellement entre la fiscalité des particuliers au Québec et celle des autres provinces.

La Commission des finances publiques a tenu en 1999 une consultation publique sur la réduction de l'impôt des particuliers. La Fédération avait alors fait connaître son point de vue par le biais d'un mémoire présenté devant la Commission qui faisait notamment valoir que:

- Le fardeau fiscal des québécois est trop élevé;
- L'impôt des particuliers représente une partie trop élevée des recettes du Québec, soit 43,4 % comparé à 32 % pour l'Ontario;

- Par son régime progressif, le fardeau fiscal québécois touche, plus que tout autre groupe, les contribuables à revenu supérieur à la moyenne, dont font partie les médecins spécialistes. Ces particuliers représentaient alors 1,3 % des contribuables mais acquittaient 15,4 % des impôts prélevés, soit plus que dans toute autre province canadienne ou pays du G7.

Malgré les changements qui ont été apportés en terme de réduction d'impôts pour les particuliers à la suite de cette commission, cette réalité demeure.

Rappelons qu'il est reconnu qu'un taux d'imposition élevé nuit à l'incitation au travail et contribue à accentuer la mobilité des travailleurs spécialisés, notamment les médecins spécialistes, ce qui a un effet négatif sur l'accessibilité aux soins.

3. LES SOINS DE SANTÉ À LA POPULATION : D'UN OCÉAN À L'AUTRE

3.1 La formation médicale

D'abord, il importe de rappeler que les médecins québécois et canadiens reçoivent le même type de formation selon les mêmes standards. On retrouve ainsi, partout au Canada, une pratique spécialisée équivalente.

Ceci a pour effet de permettre une grande mobilité des médecins d'une province à l'autre. Cette mobilité sera d'ailleurs à l'avenir davantage facilitée autant pour les médecins québécois souhaitant pratiquer ailleurs que ceux des autres provinces voulant pratiquer au Québec. En effet, afin de pouvoir pratiquer dans une autre province, un médecin spécialiste québécois doit réussir, en plus de l'examen québécois, l'examen du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Un médecin d'une autre province doit, pour sa part, réussir en plus l'examen du Québec pour pouvoir pratiquer ici. Or, le Collège des médecins du Québec a appuyé dernièrement un projet d'harmonisation visant à intégrer l'examen de spécialité du Collège royal dans trois spécialités (chirurgie orthopédique, neurologie et radio-oncologie) dans un premier temps, et dans dix autres par la suite. Ainsi, tant les médecins du Québec que ceux d'autres provinces n'auront qu'à réussir un seul examen de spécialité pour pouvoir pratiquer n'importe où au Canada.

3.2 La Loi canadienne sur la santé

Les patients sont en droit d'avoir accès aux mêmes soins, selon les mêmes critères d'accessibilité et de qualité et ce, partout au Canada. À ce titre, la *Loi canadienne sur la santé* établit les conditions que les provinces doivent satisfaire pour pouvoir bénéficier de l'octroi et du versement du transfert canadien en matière de santé et de services sociaux. Les cinq normes sont :

- **La gestion publique** : Le régime provincial d'assurance santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique;
- **L'intégralité** : Tous les services de santé fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes doivent être assurés;
- **L'universalité** : Tous les assurés ont droit aux services de santé selon des modalités uniformes;
- **La transférabilité** : Suppose que les résidents d'une province qui se déplacent dans une autre province temporairement aient accès aux services de santé assurés;
- **L'accessibilité** : Les services de santé doivent être offerts selon des modalités uniformes et sans qu'il n'y ait d'obstacles à un accès satisfaisant des assurés aux services. La Loi spécifie également que cette condition « *prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes.* »

3.3 Le système de santé québécois

Le système de santé au Québec s'est beaucoup détérioré particulièrement au cours de la dernière décennie. La baisse des transferts fédéraux y a fortement contribué ainsi que les différentes coupures budgétaires et mesures mises en place par le gouvernement du Québec visant, entre autres, la poursuite du déficit zéro.

Les données suivantes provenant, entre autres, de l'Institut canadien d'information sur la santé, selon un estimé pour l'année 2000, fournissent un portrait de notre système de santé et des conséquences qui en découlent :

Les dépenses per capita

Les dépenses totales en santé au Québec pour l'année 2000 sont estimées à 2 815 \$ per capita alors que la moyenne canadienne est de 3 093 \$. De son côté, l'Ontario y consacre près de 3 200 \$ per capita.

Le financement des hôpitaux

Il représente une partie beaucoup plus importante des dépenses de santé du Québec, soit 37 % comparé à une moyenne canadienne de 32 % et à moins de 30 % pour l'Ontario.

Le coût des médicaments

À ce niveau, le Québec dépasse la moyenne canadienne, y consacrant 16,6 % de son budget de santé comparé à 15,5 % pour le Canada.

Le Québec s'est doté d'un régime d'assurance médicament des plus coûteux et dont les coûts continuent d'augmenter d'environ 15 % par année, ce qui a déjà entraîné deux hausses consécutives des primes acquittées par les personnes assurées. Que nous réserve le 1^{er} janvier prochain?

La rémunération des médecins

À ce niveau, seules deux provinces y consacrent une plus faible part de leur budget de santé que le Québec. Ainsi, la rémunération des médecins ne compte que pour 11,6 % du budget de la santé au Québec comparée à une moyenne canadienne de 13,5 % et à 15,2 % pour l'Ontario.

Lorsque l'on examine les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, on constate que les médecins spécialistes québécois sont les moins bien rémunérés au Canada!

Il ne s'agit pas ici de comparer la rémunération des médecins québécois avec celle de leurs confrères américains (quoique, à notre avis, rien ne justifie l'ampleur des écarts). Toutefois, lorsque l'on constate un écart de 40 % avec nos voisins ontariens, lesquels bénéficient également de conditions de travail et d'une fiscalité plus avantageuses, on peut facilement imaginer les conséquences sur la mobilité des médecins.

À ce titre, mentionnons qu'il n'y a plus au Québec que 39 chirurgiens cardiaques actifs. Citons également à titre d'exemple, le cas de l'Hôpital Saint-Michael de Toronto, mentionné il y a quelques mois dans les quotidiens : des 5 chirurgiens cardiaques qui y travaillent, 4 ont été formés au Québec et le cinquième y a même déjà travaillé! De plus, 6 des 18 cardiologues de l'établissement proviennent du Québec.

La qualité de l'équipement médical

Il est primordial pour les patients d'avoir accès à des équipements médicaux et des technologies appropriés pour le diagnostic et le traitement de leurs pathologies. En effet, l'exactitude et la fiabilité des examens diagnostics dépendent de la disponibilité d'équipements adéquats et performants.

On constate des carences notables au niveau de l'achat, du renouvellement et de l'entretien des équipements médicaux. La Fédération a dénoncé à plusieurs reprises le déficit technologique d'envergure qui s'est creusé au fil des ans dans les hôpitaux et aussi le fait qu'il n'existe pas de programme provincial structuré de renouvellement d'équipements et d'instruments médicaux basé sur la durée de vie utile des équipements. Au cours de la dernière année, les gouvernements fédéral et provincial ont annoncé des budgets supplémentaires pour des équipements médicaux. On se réjouit de ce pas dans la bonne direction, mais d'autres efforts importants devront être faits afin de remplacer les équipements désuets et d'acquérir les nouvelles technologies performantes.

L'accès au plateau technique

Les problèmes budgétaires empêchent également les centres hospitaliers de fonctionner à pleine capacité durant toute l'année. Afin d'éviter des déficits, les centres hospitaliers ferment des lits, même des départements entiers, des salles d'opération ou des cliniques externes. Ceci a pour effet de limiter de façon importante les services que les médecins sont aptes à offrir et pour lesquels ils ont été formés. Comment justifier qu'un médecin spécialiste, ayant complété plus de 10 années de formation médicale, ne jouisse souvent que d'une seule journée opératoire par deux semaines? Ceci a un effet important sur les listes d'attente et aussi sur la mobilité des médecins spécialistes.

Les délais d'attente

Il est clair que la pleine accessibilité de la population aux soins de santé a été compromise par les coupures majeures qu'ont connues les budgets dévolus au secteur de la santé. Les longues listes d'attente qui existent toujours en sont sûrement l'exemple le plus éloquent.

En bref

Les contribuables québécois étant les plus taxés en Amérique du Nord, comment expliquer que cette réalité ne se traduise pas à tout le moins par un niveau de services comparables aux autres provinces canadiennes, notamment au niveau des services de santé ?

4. POSITION DE LA FÉDÉRATION

4.1 Le maintien de normes nationales

La santé est de juridiction provinciale et doit le demeurer.

Toutefois, nous croyons que le gouvernement canadien doit conserver un rôle qui lui permet d'établir des normes nationales. Ainsi, nous ne favorisons pas de modifications au mode de financement du gouvernement fédéral si cela a pour effet d'entraîner son retrait complet de la santé.

Le respect de normes nationales permet en effet de favoriser que les soins de santé soient offerts de façon uniforme dans l'ensemble du Canada, assurant ainsi aux patients une même accessibilité et qualité de soins. En effet, la qualité des soins et l'accessibilité pour le patient ne sauraient être déterminées en fonction de la richesse relative de chaque province.

À ce titre, nous insistons à nouveau sur l'importance d'assurer également des conditions de travail et de rémunération équivalentes pour les professionnels de la santé qui détiennent la même formation de pointe et qui sont appelés à prodiguer les mêmes services. Il faudrait donc corriger les écarts qui prévalent toujours au niveau de l'accès au plateau technique, de la disponibilité d'équipements médicaux de pointe et de la rémunération des médecins spécialistes québécois.

4.2 Financement du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral ne saurait exiger le respect de normes nationales sans assurer du même coup aux provinces l'accès à un financement adéquat et stable des soins de santé.

Nous considérons donc primordial que le gouvernement fédéral rétablisse ses transferts en santé à un niveau qui permettra d'assurer une réelle accessibilité de la population à des soins de santé de qualité.

Un financement adéquat suppose que chaque province dispose du financement nécessaire afin d'assurer l'accès aux mêmes soins de santé, peu importe sa richesse relative.

Un financement stable implique que le gouvernement fédéral ne puisse plus désormais réduire son financement comme il l'a fait chaque année, depuis 1994-1995, de façon discrétionnaire.

De plus, il importe de comprendre que le coût des soins de santé augmente autant, sinon davantage, en période de ralentissement économique. Il serait donc important d'établir un mécanisme d'indexation automatique afin de tenir compte de cette réalité et de faciliter le processus de planification des provinces en matière de santé.

Nous profitons également de l'occasion pour rappeler notre position à l'effet que la source première de financement du système de soins de santé au Québec doit rester publique.

Nous ne favorisons pas une « médecine à deux vitesses ». Comme nous l'avons indiqué dans notre mémoire à la Commission Clair :

« (...) notre position n'exclut pas la participation accessoire du privé au financement, mais surtout dans l'organisation de la prestation des soins. Une certaine déréglementation et une plus grande souplesse nous apparaissent souhaitables pour un fonctionnement plus harmonieux de notre système de santé. Une fois atteinte la capacité de payer de l'État, peut-il interdire aux citoyens de dépenser pour leur santé? »

4.3 Transparence dans les transferts fédéraux

Nous sommes d'avis que les budgets transférés par le fédéral pour le secteur de la santé doivent être identifiés de façon spécifique. Les modalités actuelles d'application du programme de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) doivent donc être revues afin d'identifier un financement séparé pour la santé, l'éducation et les services sociaux.

Nous voulons ainsi éviter que les montants versés pour la santé soient dépensés à d'autres fins par les provinces.

Nous souhaitons rappeler une suggestion que nous avons appuyée lors de la Commission Clair, soit la création d'une caisse distincte dans laquelle serait identifié et comptabilisé l'ensemble des sommes versées pour la santé. Nous croyons qu'une telle caisse aurait l'avantage entre autres d'une plus grande transparence dans l'utilisation des fonds publics et constituerait aussi une forme de mesure de responsabilisation du consommateur et du prestataire de soins.

4.4 Respect du champ de compétence des provinces

La définition de normes nationales et la mise en place d'un financement adéquat et stable des soins de santé ne sauraient toutefois permettre au gouvernement fédéral de mettre en place des programmes nationaux dans le secteur de la santé.

La juridiction des provinces en ce domaine se doit d'être respectée.

Dans une lettre adressée au Premier ministre Jean Chrétien, datée du 15 février 2000 et qui a été rendue publique dans les grands quotidiens québécois, le président de la FMSQ indiquait :

« Tout comme les représentants des ministères provinciaux de la Santé, nous constatons que votre gouvernement cherche à imposer les programmes de soins de santé à domicile et des soins communautaires, qui semblent constituer l'essentiel de l'initiative fédérale en vue d'augmenter le financement des soins de santé. À la Fédération des médecins spécialistes du Québec, nous sommes étonnés de voir que votre gouvernement veut instituer un programme de

soins à domicile qui contrevient à l'autonomie de gestion des gouvernements provinciaux. La Constitution canadienne reconnaît que le domaine de la santé est de la compétence des gouvernements provinciaux. C'est à ces derniers que revient la responsabilité de définir les politiques, dans le respect des priorités et spécificités de chaque province. »

Il est important toutefois que ces dépenses soient réalisées par les provinces dans le respect des normes nationales.

5. CONCLUSION

La Fédération a cru important d'intervenir dans cette réflexion afin, entre autres, d'appuyer l'exercice entrepris par le gouvernement du Québec de revoir la fiscalité et de tenter d'éliminer le déséquilibre qui existe actuellement entre les provinces et le gouvernement fédéral, affectant particulièrement le secteur de la santé.

Il est déplorable que le système de santé québécois ait connu autant de coupures budgétaires au cours des dernières années de la part du gouvernement fédéral, mais aussi de la part du gouvernement du Québec qui cherchait à atteindre le déficit zéro. Bien entendu, le but était louable, mais dans les faits c'est l'accessibilité de la population aux services de santé et la qualité même des soins qui ont été profondément touchées.

En résumé, quoique le secteur de la santé doit demeurer de juridiction provinciale, nous souhaitons le maintien de normes nationales établies par le fédéral afin de favoriser une accessibilité et une qualité de soins uniformes pour les patients et des conditions de pratique similaires d'une province à l'autre.

Nous considérons qu'il est urgent que notre système de santé retrouve un niveau de financement qui réponde adéquatement aux besoins grandissants de la population. Ainsi, les transferts fédéraux pour la santé devront être réajustés à la hausse et, par la suite, être stables, indexés et transparents.

ANNEXE 2

**Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec
relatif au *financement et à l'organisation des services de santé***

Embargo 25 octobre 2000

**MÉMOIRE RELATIF AU FINANCEMENT
ET À L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX**

**DANS LE CADRE DE
LA COMMISSION D'ÉTUDE SUR
LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX**

**PRÉSENTÉ PAR
LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC**

Montréal, le 21 septembre 2000

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
1. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS	3
1.1 <i>Financement public.....</i>	3
1.2 <i>Financement spécifique.....</i>	4
1.3 <i>Niveau de financement.....</i>	5
1.4 <i>Ticket modérateur et frais accessoires.....</i>	7
1.5 <i>Panier de services.....</i>	8
2. ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS.....	9
2.1 <i>Soins de santé intégrés.....</i>	9
2.2 <i>Les services de maintien à domicile.....</i>	12
2.3 <i>Les paliers administratifs.....</i>	13
2.4 <i>État garant mais non gérant.....</i>	14
2.5 <i>Augmenter la présence médicale dans la gestion de la prestation des soins.....</i>	15
2.6 <i>Effectifs.....</i>	15
CONCLUSION	17
BIBLIOGRAPHIE.....	18
ANNEXE 1.....	20

INTRODUCTION

Par ce mémoire à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, la Fédération des médecins spécialistes du Québec veut exprimer le point de vue des 7 000 médecins spécialistes québécois regroupés en 33 disciplines sous 3 grands thèmes : la médecine, la chirurgie et les laboratoires (Annexe 1). Représenter un groupe de cette taille appelle une mise en garde : il existe nécessairement un large spectre d'opinions parmi les médecins spécialistes, car ils sont touchés à des degrés divers par les travaux actuels de la Commission.

Comme plus de 75 % des activités professionnelles des médecins spécialistes se déroulent en centre hospitalier de courte durée¹, la FMSQ a choisi d'axer son mémoire sur les thèmes où elle croit avoir une expertise professionnelle qu'elle aimerait partager avec les membres de la Commission. Son témoignage se base sur le vécu quotidien des médecins plutôt que sur l'analyse de documents officiels, gouvernementaux ou autres. Les médecins spécialistes sont soucieux de la santé de leurs patients; leur témoignage vise à assurer aux Québécois une meilleure accessibilité aux soins, et ce, en temps opportun, c'est-à-dire au moment où ces soins sont requis, sans attente indue.

L'important volet de la prévention est ici délibérément passé sous silence, la FMSQ sachant que d'autres groupes en traiteront.

1. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS

1.1 Financement public

Au delà du fait que l'exercice actuel n'est pas la remise en question des cinq grands principes du système de santé canadien, la FMSQ croit que la source première de financement du système de soins au Québec doit rester publique. La FMSQ ne favorise pas une "médecine à deux vitesses" et pense qu'un financement public est plus conforme au maintien de la solidarité et de l'équité sociales. Par contre notre position n'exclut pas la participation accessoire du privé au financement, mais surtout dans l'organisation de la prestation des soins². Une certaine déréglementation et une plus grande souplesse nous apparaissent souhaitables pour un fonctionnement plus harmonieux de notre système de santé. Une fois atteinte la capacité de payer de l'État, peut-il interdire aux citoyens de dépenser pour leur santé ?

¹ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*, Présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin, Montréal le 22 janvier 1999.

² *Ibid.*

1.2 Financement spécifique

En accord avec le concept d'un "Fonds des services socio-sanitaires" développé dans le rapport Bédard³, la FMSQ croit que l'ensemble des sommes versées pour la santé (contributions des particuliers, des employeurs ou autres sources) devraient être identifiées et comptabilisées séparément dans une caisse distincte.

Elle y voit des avantages :

- Cette caisse distincte amènerait une objectivation des coûts totaux du système et une plus grande transparence dans l'utilisation des fonds publics dévolus au système de santé en plus de permettre de vérifier la capacité et la volonté de payer de la population québécoise pour des soins de santé. À partir du moment où cette capacité ou cette volonté de payer est atteinte ou dépassée, d'autres mesures devraient être appliquées, telles que celles suggérées par le rapport Bédard⁴. Il est probable que les citoyens accepteraient de payer des impôts supplémentaires pour la santé, mais pas nécessairement pour d'autres programmes gouvernementaux. Rappelons qu'entre 1970 et 1978, il y avait identification des sommes versées par nos impôts à la RAMQ dont les surplus d'opération ont alors été versés au fonds consolidé de la province.
- Une comptabilité distincte résulterait en une mesure de responsabilisation du consommateur et du prestataire de soins. Le système de santé actuel n'est pas celui d'une économie de marché, laquelle prévaut dans toutes les autres sphères d'activité de notre pays. Le système actuel où le patient ne paie pas peut constituer en soi une déresponsabilisation du patient ou du médecin⁵. De plus, une telle comptabilité rendrait plus facile l'application de l'article de loi qui prévoit que le patient doit recevoir un relevé des coûts générés par les services assurés qu'il a reçus, tant en termes d'hospitalisation qu'en termes de soins médicaux ou autres.
- Les règlements ponctuels des "crises" récurrentes engendrées par les déficits budgétaires, réels ou appréhendés, passent trop souvent par des pressions ou des interventions politiques qui ne respectent pas nécessairement les principes d'une saine gestion. Une caisse distincte permettrait un management plus objectif.

³ Denis Bédard. *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, Observatoire de l'administration publique - ENAP, Montréal, 2000.

⁴ Denis Bédard. *Op. cit.*

⁵ David Gratzner. *Code Blue : Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999, p. 190.

1.3 Niveau de financement

Le document récent de l'Organisation mondiale de la santé intitulé *Rapport sur la santé dans le monde 2000* indique qu'il n'y a pas de lien clair entre les sommes dépensées et un meilleur état de santé de la population⁶. Néanmoins Ingelhart⁷, dans une évaluation récente du système de santé canadien, indique que c'est depuis la réduction de la croissance des dépenses en santé qu'est apparu le déclin de la satisfaction du public canadien face à son système de santé. Au Canada, cette augmentation annuelle moyenne de 11,1 % entre 1975 et 1991 tombait à 2,6 % entre 1991 et 1996. De plus, l'Institut canadien d'information sur la santé⁸ indique que le Québec est la province canadienne qui dépense le moins *per capita* pour la santé.

Les coûts de santé des pays sont traditionnellement évalués en pourcentage du PIB et les chiffres au-dessus de 10 % sont souvent déclarés abusifs. Sur quoi repose une telle vision ? Dans l'avenir, la combinaison de la réalité démographique d'une population vieillissante plus nombreuse et de la disponibilité de nouvelles technologies, permettant des traitements plus accessibles, plus confortables et en toute sécurité, vont amener des pressions à la hausse sur les dépenses de santé. Par contre, jusqu'à quel niveau peut-on augmenter ? «*Careful projections by government researchers (USA) in 1992 showed that absent reform, the twin forces of technology and demographics would drive health care spending to about 27% of GDP by 2020, and to about 32% by 2030*».

Finalement, pourquoi toujours considérer les dépenses de soins de santé comme improductives ? «*The bad reputation of health care reflects economic systems that track what is easiest to count. New hips that allow people to walk, implants that restore their vision, are classified as nonproductive services that somehow make us poorer*»¹⁰.

La FMSQ est donc d'avis que le niveau de financement public doit être augmenté et ce, pour plusieurs raisons :

- 1.3.1 Il faut augmenter le niveau de financement public pour permettre l'achat, le renouvellement et l'entretien des plateaux techniques, des équipements et des immobilisations. D'autres individus (Michael B. Decker) ou organismes, tels l'AHQ ou l'Association canadienne des radiologistes, l'ont déjà signalé. Il est intéressant de noter que même le ministre fédéral de la Santé, M. Allan Rock, reconnaît le sous-financement du système qu'il défend si farouchement : «*The government's own surveys of public opinion show that*

⁶ Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, Genève, juin 2000.

⁷ John K. Ingelhart. «Revisiting the Canadian Health Care System», *N Engl J Med* 2000, 342:2007-2012.

⁸ Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada : un premier rapport annuel*, Statistiques Canada, Ottawa, 2000.

⁹ Charles R. Morris. «The Health-Care Economy is nothing to Fear», *Atlantic Monthly*, Dec. 1999.

¹⁰ *Ibid.*

even higher proportions of people favor an increased investment in health care» «...Canadians answer in remarkable unanimity (9/10) that the first priority of the government when there is a dollar available should be restoring our iconic health care system to the condition it must be in if it is to provide timely access to high-quality care¹¹.»

La FMSQ croit qu'un plan d'affaires, comme cela existe pour toute entreprise d'envergure, devrait être introduit dans notre système de santé afin d'en maximiser l'efficacité. En effet, à l'exception du *Plan triennal de remplacement des équipements médicaux*, qui ne répond que pour une infime partie aux besoins de remplacement d'équipements médicaux spécialisés, il n'existe aucun programme provincial structuré de renouvellement d'équipements et d'instruments médicaux, basé sur la durée de vie utile de ces équipements.

Le système de santé est un consommateur très important d'instruments médicaux coûteux et d'équipements sophistiqués. Or, il est curieux de constater qu'il existe des regroupements d'achats pour des fournitures courantes (papier, savon, etc.), mais que les achats d'équipements lourds (informatique, laboratoires, médecine nucléaire, PACS, radiologie, radiothérapie) se font le plus souvent à la pièce. Si un plan d'affaires existait, les fabricants appelés en soumission pourraient concéder des prix plus bas et un meilleur service à moindre coût, amenant des économies substantielles en même temps qu'une meilleure qualité de soins.

1.3.2 Il faut augmenter le niveau de financement public pour permettre aux centres hospitaliers de fonctionner à pleine capacité, et ce, pendant toute l'année. Trop souvent en période de crise ou de demande de correction budgétaire, afin d'éviter un déficit appréhendé, les centres hospitaliers ferment des lits, voire des départements entiers de soins, des salles d'opération, des cliniques externes, ce qui perturbe considérablement le fonctionnement de l'établissement, entraîne une mobilité accrue et induit du personnel infirmier (dont la formation est longue et coûteuse) tout en causant une démobilité et une démoralisation de ce personnel soignant.

De plus, les fermetures temporaires mais récurrentes des plateaux techniques hospitaliers résultent également en une pénurie artificielle de médecins spécialistes, qui sont disponibles, mais ne peuvent travailler faute de moyens et de ressources, avec pour conséquence des listes d'attente qui s'allongent.

Les fermetures de lits sont également difficiles : les médias font sans cesse état des patients aux urgences en attente de lits d'hospitalisation, mais ne semblent pas savoir qu'au même moment, des étages entiers de lits de soins sont temporairement fermés. Le drame est que ces fermetures de lits

¹¹ John K. Ingelhart. *Op. cit.*

et de plateaux techniques amènent très peu d'économies réelles pour la correction des déficits hospitaliers, mais par contre diminuent considérablement l'efficacité et l'efficacité des CHCD. Il faut augmenter les niveaux de financement public pour corriger le sous-financement chronique des centres de soins hospitaliers de courte durée qu'on aura choisi de se donner.

- 1.3.3 Il faut remplacer la base historique de financement des établissements par un financement basé sur les coûts réels des épisodes de soins, incluant les coûts des infrastructures nécessaires à leur dispensation et les coûts liés à la dépréciation et au remplacement des équipements médicaux avant que ceux-ci ne deviennent complètement désuets. Le financement des hôpitaux doit de plus prendre en considération l'acquisition des nouvelles technologies qui sont garantes d'une qualité de soins accrue.

Par contre, nous ne sommes pas convaincus qu'un financement basé sur les DRG (ou la version améliorée des DRG, les APR-DRG) serait la solution idéale. Avant d'aller dans cette direction, ce système devrait prendre en compte non seulement les diagnostics résultant des hospitalisations, mais également ceux résultant de soins prodigués sur une base externe. En effet, les hôpitaux qui traitent davantage sur une base ambulatoire prodiguent plus de services par unité de temps et consomment donc davantage de ressources qu'un centre hospitalier qui dispense des soins habituels à des patients trop longtemps hospitalisés. À titre d'exemple, les services dispensés par les services d'hémodialyse ou d'oncologie à des patients externes sont-ils pris en compte ?

- 1.3.4 Conséquente avec la lettre qu'elle adressait au premier ministre du Canada, l'honorable Jean Chrétien, en février 2000, la FMSQ croit qu'il faut continuer à faire pression sur le Gouvernement fédéral afin qu'il rétablisse les transferts de paiement à des niveaux égaux ou supérieurs à ceux de 1994¹². Elle ne veut cependant pas être victime des mésententes et de la recherche de coupables entre les gouvernements fédéral et provinciaux¹³.

1.4 Ticket modérateur et frais accessoires

L'idée d'un ticket modérateur généralisé semble difficilement applicable et peu désiré par la population. De plus, il serait vraisemblablement moins nécessaire avec une caisse distincte de financement dont un des effets serait de responsabiliser le consommateur et le prestataire. La FMSQ serait cependant d'accord avec un élargissement et une révision de la notion des frais accessoires (contribution financière de l'utilisateur), en dissociant l'acte médical en soi des éléments physiques et matériels nécessaires à la prestation de l'acte.

¹² Pierre Gauthier. «Lettre au Premier ministre du Canada », *La Presse*, 28 février 2000.

¹³ Raisa B. Deber. «Who wants to pay for health care ?», *CMJA*, 163(1), 2000 July 11, p. 43-44.

Ainsi, en milieu hospitalier, l'utilisateur est déjà appelé à défrayer le coût de lentilles intra-oculaires, de prothèses auditives ou orthopédiques; cette contribution pourrait être étendue au paiement total ou partiel, pour un modèle *haut de gamme*, par exemple d'un cardiostimulateur, en remplacement du modèle régulier assuré à l'instar du patient qui choisit de se payer une chambre privée plutôt qu'une chambre partagée lors de son hospitalisation.

En cabinet, le remboursement de l'acte médical couvre actuellement à la fois la composante professionnelle et tous les éléments utilisés pour poser ce geste médical. La FMSQ croit que certains des frais d'opération d'un cabinet (ex. : fournitures de bureau ou de laboratoire, frais d'utilisation des instruments et des équipements spécialisés, frais d'ouverture du dossier et de sa conservation) pourraient être chargés au patient¹⁴. D'une part, ce paiement de l'utilisateur rétablirait une certaine forme d'économie de marché et de responsabilisation du consommateur et du prestataire de soins; d'autre part, elle permettrait aux médecins de mieux équiper leurs cabinets et de poser des gestes diagnostiques ou thérapeutiques actuellement réservés aux hôpitaux. Cette approche rendrait les médecins moins dépendants des plateaux techniques des établissements publics, allégeant ainsi le fonctionnement hospitalier et permettant une meilleure accessibilité aux soins.

Cette contribution de l'utilisateur pourrait prendre plusieurs formes. Elle pourrait s'apparenter au concept de co-assurance du régime d'assurance médicament. En corollaire, la loi devrait permettre à l'utilisateur de s'assurer pour ces dépenses.

Un système de soins public et universel devrait idéalement offrir à tous une même qualité de soins et de services. Cependant, le financement ne peut être illimité et, dans un contexte de ressources limitées, il devient difficile de comprendre qu'il est illégal pour un patient de dépenser son propre argent pour obtenir un niveau de qualité ou de luxe non médicalement indispensable mais jugé souhaitable par le patient lui-même. Plus encore, certaines politiques hospitalières actuelles de quotas bloquent l'accessibilité aux soins : un patient en attente d'une chirurgie de remplacement de hanche par prothèse ne peut être opéré si le nombre autorisé annuellement dans son CHCD est atteint.

1.5 Panier de services

Un groupe de réflexion composé de tous les intervenants en santé au Québec présentait en 1996 au ministre de la Santé et des Services sociaux, des *Propositions de rationalisation de la dispensation des services médicaux*¹⁵ qui auraient permis de «réduire l'enveloppe générale des services médicaux de

¹⁴ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*, Présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin, Montréal, 22 janvier 1999.

¹⁵ Conseil médical du Québec. *Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et des services médicaux*, Sillery, juin 1996, p. 36.

31,7 millions \$¹⁶». La FMSQ est toujours d'accord avec ces propositions¹⁷ et croit qu'elles pourraient être quelque peu élargies, mais il ne s'agit là que d'une avenue très secondaire si on considère les sommes globales dévolues à la santé au Québec.

2. ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS

Les sondages publics montrent que la population est satisfaite des soins de santé reçus des professionnels et des centres hospitaliers¹⁸. L'accessibilité et la prestation de soins en temps opportun constituent cependant deux obstacles actuels qu'une meilleure organisation des services pourrait contribuer à aplanir dans une large part.

2.1 Soins de santé intégrés

La FMSQ croit nécessaire une revalorisation de l'importante relation patient/médecin¹⁹ : la consultation médicale, c'est la rencontre d'une confiance (patient) et d'une conscience (médecin).

Le renforcement de la relation patient/médecin et l'intégration des soins médicaux passent d'abord par le renforcement de la première ligne : tout Québécois doit avoir accès à un médecin généraliste ou un médecin de famille avec lequel il entretient une relation personnelle et à long terme. Cette relation privilégiée patient/médecin, avec une meilleure connaissance mutuelle, amènera des soins de santé plus personnalisés et moins coûteux : bien au courant du dossier médical de son patient, le médecin est plus à même de prendre les bonnes décisions lors de l'apparition ou réapparition de symptômes ou signes, évitant ainsi des consultations, des examens diagnostiques et des thérapies peu ou non nécessaires. À l'inverse, le malade qui ne jouit pas d'un suivi adéquat et consulte plusieurs médecins non au courant de sa condition se verra fréquemment soumis à une répétition d'examens et à des traitements non nécessairement pertinents. Une prise en charge adéquate des patients en amont des centres hospitaliers de courte durée permettrait de décongestionner les salles d'urgence et les unités de soins en gardant à domicile de fort nombreux patients, dont les personnes âgées, qui s'en réjouiraient sans doute. Cette action permettrait aux patients d'avoir un meilleur accès aux plateaux techniques et aux lits de court séjour. La FMSQ est d'accord que l'hôpital ne doit pas être le lieu de résolution de tous les problèmes (sociaux, affectifs, perte d'autonomie, etc.), mais uniquement un lieu de traitement de problèmes de santé pour lesquels une intervention ponctuelle est possible. Les salles

¹⁶ Collège des médecins et collab. *Propositions de rationalisation de la dispensation des services médicaux*, Québec, 26 mars 1996.

¹⁷ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin, Montréal, 22 janvier 1999.

¹⁸ BÉGIN, Jean-François. «Les usagers des services de santé en sont satisfaits.», *La Presse*, jeudi 17 août 2000.

¹⁹ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *Organisation des services médicaux au Québec. Flexibilité qualitative, intégration globale et regroupement des ressources : pour votre santé, notre compétence; pour votre bien-être, notre engagement*, 14 juin 1999.

d'urgence seront d'autant plus performantes et accessibles qu'elles accueilleront uniquement les patients qui ont réellement besoin de soins spécialisés.

Cette intégration des soins de santé est également dépendante de :

- Consolidation des réseaux de soins : les prestataires de soins devraient être rattachés à un système de réseaux communautaires, incluant les cabinets médicaux, le ou les CLSC, un ou des CHCD et CHSLD d'une région donnée. D'un point de vue fonctionnel, tous ces points de service d'un territoire donné constitueraient un seul établissement, tout en pouvant conserver une certaine autonomie administrative (intendance locale). Ces réseaux régionaux se devraient à leur tour d'être articulés avec des centres ou réseaux suprarégionaux, par contrat de service ou autre corridor privilégié, avec regroupement des compétences des prestataires de soins (interdisciplinarité) en fonction des niveaux de soins. Le regroupement sous une seule autorité fonctionnelle de plusieurs niveaux d'établissements de prestations de soins nous apparaît nécessaire²⁰. En corollaire, cette disposition des forces vives sur le territoire suppose une masse critique de patients potentiels et de prestataires de soins : il ne peut y avoir de saupoudrage de médecins spécialistes à l'unité; la constitution d'équipes est essentielle pour assurer des soins de qualité aux patients sur une base durable et une qualité de vie acceptable pour les médecins.

Cette consolidation est particulièrement importante pour les soins chirurgicaux. La réduction des temps d'hospitalisation est souhaitée par les patients, les médecins et les gestionnaires des CHCD. Les "chirurgies d'un jour" sont de plus en plus possibles. Pour que les patients aient accès à des hôpitaux fonctionnels en termes de soins ambulatoires et que les médecins spécialistes puissent y travailler efficacement, une intégration et une planification des soins sont essentielles : instructions et préparation des patients en amont, instructions de départ et excellent suivi à domicile en aval. En amont, une équipe multidisciplinaire spécialisée, dont les infirmières cliniciennes et un intervenant pivot préparent la venue du patient en coordonnant ses examens, en prodiguant un enseignement adéquat; en aval, une prise en charge immédiate du patient pendant une période souvent courte mais critique est essentielle. C'est ici que les CLSC pourraient particulièrement bien s'articuler avec les CHCD : un lien fonctionnel doit exister entre les deux, avec un minimum de paliers d'autorité administrative.

- Mise sur pied de programmes particuliers de soins intégrés pour les affections les plus courantes ou les personnes les plus susceptibles de consommer des soins itératifs. Ces programmes doivent disposer des ressources humaines et financières pour atteindre leurs objectifs. À titre d'exemple, la Fédération des médecins spécialistes se réjouit d'un programme d'intégration des soins

²⁰ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *Organisation des services médicaux au Québec. Flexibilité qualitative, intégration globale et regroupement des ressources : pour votre santé, notre compétence; pour votre bien-être, notre engagement*, 14 juin 1999.

comme le Services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie, (SIPA)²¹, du Groupe de recherche Université McGill/Université de Montréal sur les services intégrés pour personnes âgées. Les médecins spécialistes approuvent et apportent déjà leur concours à la mise en place d'organismes responsables de formation continue pour les médecins et les patients tel le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) et avec ses initiatives que sont un *Outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme* et au *Plan d'action pour la personne atteinte d'asthme*; même approbation et concours pour le *Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme* et ses *Centres d'enseignement sur l'asthme* (CEA). Mentionnons également la participation des pneumologues et cardiologues qui agissent comme fer de lance d'équipes interdisciplinaires dans la mise sur pied de programmes de prise en charge des patients atteints de *Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique* (MPOC) et de défaillance cardiaque (insuffisance cardiaque). Ces programmes de prise en charge résultent en un meilleur contrôle de ces pathologies chroniques et éviteront de nombreuses consultations en catastrophe dans les salles d'urgence. La FMSQ est également d'accord avec des programmes de prévention et de stratégie de traitements optimaux tel le *Programmes intégrés d'information, de suivi médical et d'enseignement* (PRIISME), une initiative privée de la compagnie GlaxoWellcome, qui semble déjà résulter en un meilleur contrôle de la maladie chez les patients asthmatiques et ainsi contribuer à une diminution des hospitalisations et visites à l'urgence. De telles initiatives pourraient et devraient être développées pour d'autres pathologies très fréquentes, tels le diabète, la dépression nerveuse et même le tabagisme.

- Une meilleure compréhension de sa maladie permet à un patient de mieux la prendre en charge, ce qui est hautement souhaitable, à la fois médicalement et financièrement.
- Évaluation de l'utilisation des médicaments : les médicaments contribuent grandement à notre état de santé et bien-être mais constituent une part sans cesse croissante des dépenses de santé. Les médecins spécialistes croient que tout doit être mis en œuvre pour optimiser leur consommation. La FMSQ veut continuer de participer aux activités du *Comité de revue de l'utilisation des médicaments* (CRUM); elle serait également d'accord pour évaluer les bénéfices potentiels de la collaboration proposée par les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, qu'elles nomment *Programmes de gestion thérapeutique* et qu'elles seraient prêtes à financer, où gouvernement, industrie et médecins seraient partenaires afin d'assurer une utilisation optimale des médicaments.

²¹ Howard Bergman et collab. *Fragmentation ou intégration : l'organisation des services pour personnes âgées en perte d'autonomie*, Groupe de recherche Université McGill/Université de Montréal sur les services intégrés pour personnes âgées, (présentation sur diapositives électroniques), Montréal, 33 p.

- Systèmes d'information intégrés, accessibles à tous les intervenants, type *Dossier Patient Partageable* (DPP). La technologie actuelle ne permet pas que la totalité du dossier médical d'un patient puisse être véhiculée sur support informatique. Cependant, de plus en plus d'informations sont produites sous forme numérique; elles sont actuellement peu ou pas exploitées et pourraient déjà être vraisemblablement stockées et transportées par support informatique. À titre d'exemple, l'ensemble des pharmacies du Québec et de nombreuses pharmacies d'hôpitaux sont informatisées; les résultats des examens de laboratoire et d'imagerie (radiologie diagnostique, tomodensitométrie, résonance magnétique et médecine nucléaire) sont de plus en plus produits sur support informatique. Ainsi, la médication et tous les résultats d'examens d'un patient donné, informations hautement pertinentes, pourraient être connus rapidement de son médecin habituel ou d'un médecin nouvellement consulté. Ceci pourrait constituer le premier pas vers les DPP. À cela pourrait bientôt s'ajouter le contenu de la feuille sommaire du dossier d'hospitalisation que les archivistes médicales contrôlent de toute façon. Une grande partie de l'information pertinente du dossier médical du patient serait ainsi constituée, permettant un meilleur suivi, des décisions plus appropriées en termes de prescription d'examens et de médicaments, en évitant des répétitions d'examens et des médicaments inappropriés. Ce système d'information permettrait une meilleure comparaison entre les moyens investis en santé (*inputs*) et les résultats obtenus (*outputs*). Il permettrait également d'analyser les performances des hôpitaux et d'évaluer la pertinence d'utilisation des médicaments²². De plus, il fournirait des indicateurs de santé plus nombreux et reflétant davantage l'état de "bien-être" de la population : il n'est pas normal que les indicateurs de santé se résument à l'allongement de l'espérance de vie et à la diminution de la mortalité infantile.

Ces modifications ou consolidations d'initiatives devraient amener un meilleur état de santé des patients tout en générant des économies; elles supposent cependant des modifications d'attitudes et des investissements initiaux. Il ne faut pas répéter ou continuer l'erreur du virage ambulatoire où on a demandé aux hôpitaux d'encaisser les économies présumées avant d'avoir investi dans les modifications nécessaires à leur réalisation.

Également, des modifications à la loi actuelle seraient nécessaires afin de satisfaire aux exigences de la Commission d'accès à l'information.

2.2 Les services de maintien à domicile

La démographie actuelle du Québec avec son phénomène des *baby-boomers* plus important qu'ailleurs, nous indique la nécessité de développer à un rythme accéléré les services de maintien de personnes âgées dans leur milieu de vie, que ce soit à domicile ou en centre d'accueil avec des équipes multidisciplinaires. Pour ce

²² Michael B. Decter. *Four Strong Winds : Understanding the Growing Challenges to Health Care*, Stoddart Publishing Co. Limited, Toronto, 2000.

type de services, le concept d'un Régime enregistré d'épargne des aînés mérite d'être évalué.

2.3 Les paliers administratifs

Les paliers administratifs sont trop nombreux et tout comme pour la prestation des soins, une intégration administrative s'impose. Le rôle et la composition des conseils d'administration doit être redéfini. Il faut éviter une trop grande autonomie de chacun des établissements qui ont alors une forte tentation de "se développer" de façon autonome, parfois à entrer en compétition, plutôt que de collaborer à l'effort concerté de dispensation de services à un patient. Un conseil d'administration pour chaque régie régionale et chacun des établissements du réseau n'apparaît pas souhaitable. Ainsi, en Saskatchewan, quatre cents conseils d'administration d'établissements ont été remplacés par trente-trois entités administratives, et la volonté serait maintenant d'en réduire le nombre à dix²³.

Une gestion régionale a certes des avantages, mais la structure actuelle des régies régionales, avec conseil d'administration autonome dont la composition est devenue très politisée, ne leur permet pas de jouer pleinement leur rôle de coordonnateur : une complémentarité entre les CHCD, les CLSC, les CHSLD suppose une seule ligne d'autorité pour une unité fonctionnelle donnée, incluant une régie régionale. En ce sens, le modèle albertain, avec une régie régionale forte et impartie des pouvoirs décisionnels, nous apparaît intéressant. Les régies ne doivent pas être en compétition avec le ministère, c'est-à-dire sans duplication des compétences, ce qui n'apparaît pas évident pour l'instant.

De plus, le nombre actuel de 18 régions sociosanitaires correspond-il vraiment aux besoins ? Dans leur quête de soins, les patients des grandes régions urbaines de Montréal et Québec sont-ils conscients qu'ils changent de juridiction en franchissant un cours d'eau ? La fusion de plusieurs régies régionales en une seule et respectant les grands bassins naturels de population nous apparaît nécessaire.

La FMSQ partage le point de vue de M. Claude Forget «...le système est sur-administré avec trop de gens sans pouvoir, qui ne peuvent rien changer à une direction très centralisée, mais également sous-administré, en absence de gestionnaire de haut niveau et bien rémunéré capable de gérer et d'innover²⁴».

La FMSQ croit, tout comme Michael B. Decter²⁵, que l'état de santé de la population passe avant la santé des organisations de prestations de soins.

²³ Duane Adams. *Integrating Health Services : Lessons from the Saskatchewan Model*, Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé, 9^e colloque, Université Laval, 15 octobre 1999.

²⁴ Claude E. Forget. Communication personnelle.

²⁵ Michael B. Decter. *Four Strong Winds : Understanding the Growing Challenges to Health Care*, Stoddart Publishing Co. Limited. Toronto, 2000.

2.4 État garant mais non gérant

Le système canadien de soins est beaucoup plus qu'une simple assurance maladie : c'est une mainmise de l'État sur tous les aspects de la prestation de soins. L'État ne devrait-il pas se limiter à fixer la quantité et les hauts standards de qualité des soins auxquels les citoyens sont en droit de s'attendre en plus d'en garantir le financement, tout en laissant à d'autres, dont les médecins, la responsabilité d'en assumer la prestation ? L'État ne devrait-il pas avoir avec les médecins une approche contractuelle avec obligation de résultats (i.e. la prestation de soins) et laisser à ces derniers la responsabilité de mettre sur pied un environnement professionnel satisfaisant pour eux, leurs équipes et leurs patients, sans bureaucratie trop lourde ? L'État achète une prestation de services d'une qualité convenue à un prix convenu. C'est en même temps une responsabilisation du médecin : on lui demande des services, il demande les moyens pour les rendre. C'est le concept de "l'État garant mais non gérant".

La FMSQ voit d'un bon œil le modèle Klein de gestion et production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers, permettant au secteur privé, avec ou sans but lucratif, de produire des services médicaux spécialisés (ex. : chirurgies d'un jour) ou gérer certains services hospitaliers dont le financement reste public. Les projets de type "clés en mains" sont donc une piste potentiellement avantageuse et à explorer si elle respecte les principes de solidarité et d'équité sociale.

Ainsi, tel que déjà présenté à la Commission Arpin, la FMSQ préconise une participation plus grande des cabinets privés et propose la notion de "cabinet affilié"²⁶ : il est essentiel de considérer les cabinets des médecins comme des lieux de dispensation de services médicaux faisant partie intégrante du réseau, tout en exigeant d'eux les mêmes critères élevés de qualité que ceux exigés des établissements pour des activités comparables. Une entente contractuelle, entre un médecin ou un groupe de médecins exerçant la même spécialité dans le cabinet et le centre hospitalier, permettrait que le "cabinet affilié" devienne le prolongement du service ou du département hospitalier.

En corollaire au concept de "cabinet affilié", le développement de polycliniques médicales²⁷ au voisinage des CHCD nous apparaît souhaitable : elles fonctionneraient en complémentarité avec l'hôpital sur une base de continuité des différents services et départements hospitaliers. Elles seraient "médicalement" et fonctionnellement intégrées aux CHCD, sur une base contractuelle, ne conservant que leur autonomie de gestion. L'idée que des médecins s'isolent dans leurs bureaux pour s'adonner à des activités non essentielles ou prioritaires ne tiendrait plus; le cabinet est le prolongement de l'établissement.

²⁶ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*, présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin, Montréal le 22 janvier 1999.

²⁷ *Ibid.*

2.5 Augmenter la présence médicale dans la gestion de la prestation des soins

La modification du mode de budgétisation des hôpitaux et autres établissements afin de tenir compte des caractéristiques démographiques et sociosanitaires de la population desservie, de la nature, de la complexité des services offerts et de la qualité des résultats obtenus en fonction d'indicateurs de performance suppose une gestion avisée et bien au fait de la complexité du monde médical. La FMSQ est persuadée qu'une participation plus grande des médecins est souhaitable dans la planification, la gestion et l'évaluation des soins donnés; elle est convaincue de la rentabilité d'un investissement dans le financement du médico-administratif.

L'utilisation de paramètres de mesure de la performance des hôpitaux, tels les DRG, pose par contre le problème de la recherche et de la validation d'indicateurs crédibles pour la mesure de la performance de nos hôpitaux. Nous croyons qu'un organisme neutre et ayant assuré sa crédibilité, tant au niveau national qu'international, telle *l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé* (AETMIS), antérieurement connue sous le nom de *Conseil d'évaluation des technologies de la santé* (CETS), pourrait se voir confier un tel mandat.

2.6 Effectifs

La FMSQ croit que le nombre de médecins spécialistes doit être adapté aux besoins et constamment réévalué pour mieux être corrigé à la hausse ou à la baisse; elle est donc d'accord pour continuer de collaborer à l'élaboration des plans d'effectifs et croit qu'ils devraient être mis en application. De plus, elle est ouverte à l'interdisciplinarité, sous la responsabilité des médecins spécialistes. Les médecins spécialistes croient qu'ils doivent dispenser des soins spécialisés et non de première ligne; qu'ils doivent travailler en équipe de concert avec des intervenants de disciplines connexes (infirmières cliniciennes, technologues en radiologie, sages-femmes et autres) en supervisant mais leur déléguant des actes plus simples qui leur étaient dévolus. Les médecins spécialistes conserveraient ainsi le rôle de coordonnateur de la prise en charge des soins médicaux spécialisés pour leurs patients et la prestation des soins plus complexes. En accord avec cet objectif, la FMSQ a elle-même développé le concept de la "rémunération mixte". Actuellement, plus de 2 000 médecins spécialistes ont déjà opté pour cette forme de rémunération qui favorise cette approche.

²⁸ Michael B. Decter. *Four Strong Winds : Understanding the Growing Challenges to Health Care*, Stoddart Publishing Co. Limited, Toronto, 2000.

En corollaire, la FMSQ croit que le nombre des autres intervenants en santé, particulièrement celui des infirmières, doit également être adapté aux besoins et constamment réévalué pour mieux être corrigé à la hausse ou à la baisse. La majorité des hôpitaux québécois se plaignent actuellement d'une grave pénurie d'infirmières qui paralyse littéralement plusieurs secteurs d'activités (ex. : salles d'opération) et limite considérablement l'accessibilité aux soins médicaux spécialisés.

CONCLUSION

Essentiellement, la Fédération des médecins spécialistes recommande dans le présent mémoire :

1. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS

- que la source première de financement du système de soins au Québec reste publique;
- que les sommes versées pour la santé soient identifiées et comptabilisées séparément dans une caisse distincte;
- que le niveau de financement public soit augmenté et qu'un plan d'affaires soit introduit dans notre système de santé; ce plan d'affaires devrait comporter deux volets : le premier dévolu à la mise à niveau et à l'entretien des immobilisations et le second dédié aux équipements médicaux;
- que la base historique de financement des établissements soit remplacée;
- que la notion des frais accessoires soit élargie et s'apparente au concept de co-assurance du régime d'assurance médicament; en corollaire, que la loi permette à l'usager de s'assurer pour ces dépenses.

2. ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ

- que les soins de santé soient intégrés en priorisant le renforcement de la première ligne;
- que tout soit mis en œuvre pour assurer une utilisation optimale des médicaments;
- que l'on développe, à un rythme accéléré, les services de soins à domicile pour maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie;
- que l'on réduise les paliers administratifs et qu'il y ait une intégration administrative;
- que les cabinets des médecins soient des lieux de dispensation de services médicaux faisant partie intégrante du réseau et qu'on introduise la notion de "cabinet affilié", prolongement du service ou du département hospitalier;
- que les médecins participent à la planification, la gestion et l'évaluation des soins donnés;
- que les tâches médico-administratives soient rémunérées;
- que l'on introduise des indicateurs valides et crédibles pour mesurer la performance de nos hôpitaux;
- que les plans d'effectifs médicaux tiennent compte des besoins de la population, qu'ils soient mis en application et réévalués périodiquement;
- que l'interdisciplinarité soit facilitée et que les médecins spécialistes agissent comme responsables des équipes de soins.

Bibliographie

- ADAMS, Duane. *Integrating Health Services : Lessons from the Saskatchewan Model*, Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé, 9^e Colloque, Québec, Université Laval, 1999, 11 p.
- BÉDARD, Denis. *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, Observatoire de l'administration publique - ENAP, Montréal, 2000, 65 p.
- BÉGIN, Jean-François, «Les usagers des services de santé en sont satisfaits», Sondage Léger & Léger, *La Presse*, jeudi 17 août 2000.
- BERGMAN, H. et collab. *Fragmentation ou intégration : l'organisation des services pour personnes âgées en perte d'autonomie.*, Groupe de recherche Université McGill/Université de Montréal sur les services intégrés pour personnes âgées, (présentation sur diapositives électroniques), Montréal, 33 p.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et collab. *Propositions de rationalisation de la dispensation des services médicaux*, Montréal, 1996, 14 p.
- COMMISSION ARPIN. *Rapport du groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec*, Québec, 1999, 3 vol.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et de services médicaux*, Sillery, 1996, 38 p.
- DEBER, Raisa B. «Who wants to pay for health care ?» *CMAJ*, 163 (1), 2000 Jul 11, pp. 43-44.
- DECTER, Michael B. *Four Strong Winds : Understanding the Growing Challenges to Health Care*, Stoddart Publishing Co. Limited, Toronto, 2000, 307 p.
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec*, présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin, Montréal le 22 janvier 1999, 14 p.
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC. *Organisation des services médicaux au Québec. Flexibilité qualitative, intégration globale et regroupement des ressources : pour votre santé, notre compétence; pour votre bien-être, notre engagement.* Mémoire de la FMSQ, 1999, 38 p.
- GAUTHIER, Pierre. «Santé : rétablir les transferts fédéraux aux provinces», Lettre ouverte du président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, adressée à monsieur Jean Chrétien, premier ministre du Canada, Montréal, *La Presse*, lundi 28 février 2000.
- GRATZER David. *Code Blue : Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999, 220 p.
- INGELHART John K. «Revisiting the Canadian Health Care System», *N Engl J Med*, 2000; 342(26) : pp. 2007-2012.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada : un premier rapport annuel*, Statistique Canada, Ottawa, 2000, 76 p.

MINISTÈRE DES FINANCES *L'économie et les finances publiques du Québec. Constats et orientations*. Québec, 1999, 47 p.

MORRIS Charles R. «The Health-Care Economy is nothing to Fear», *The Atlantic Monthly*, 284(6), December 1999.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000*, Genève, juin 2000, 257 p.

Annexe 1

Anesthésiologie

Spécialités chirurgicales

- chirurgie cardiaque (CCVT)
- chirurgie générale
- chirurgie orthopédique
- chirurgie plastique
- neurochirurgie
- obstétrique-gynécologie
- ophtalmologie
- ORL et chirurgie cervico-faciale
- urologie

Spécialités de laboratoire

- biochimie
- hématologie-oncologie
- médecine nucléaire
- microbiologie
- pathologie
- radiologie diagnostique

Spécialités médicales

- allergie
 - cardiologie
 - dermatologie
 - endocrinologie
 - gastro-entérologie
 - génétique
 - médecine interne
 - rhumatologie
 - gériatrie
 - néphrologie
 - neurologie
 - pédiatrie
 - physiothérapie
 - pneumologie
 - psychiatrie
 - radio-oncologie
 - santé communautaire
-

RÉSUMÉ DE LA PRÉSENTATION DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES À LA CÉSSS

INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec veut ici exprimer le point de vue des 7 000 médecins spécialistes québécois. Représenter un groupe de cette taille appelle une mise en garde : il existe nécessairement un large spectre d'opinions parmi les médecins spécialistes, car ils sont touchés à des degrés divers par les travaux de la Commission.

1. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS

La FMSQ croit que la source première de financement du système de soins au Québec doit rester publique et que l'ensemble des sommes versées pour la santé devraient être identifiées et comptabilisées séparément dans une caisse distincte. Une comptabilité séparée amènerait une objectivation des coûts totaux du système et une plus grande transparence dans l'utilisation des fonds publics en plus de permettre de vérifier la capacité et la volonté de payer de la population québécoise pour des soins de santé; elle résulterait en une mesure de responsabilisation du consommateur et du prestataire de soins. Dans un climat de "crises" récurrentes engendrées par les déficits budgétaires, une caisse distincte permettrait un management plus objectif.

La FMSQ est d'avis que le niveau de financement public doit être augmenté pour favoriser l'achat, le renouvellement et l'entretien des plateaux techniques, des équipements et des immobilisations. De plus, le financement doit permettre aux centres hospitaliers de fonctionner à pleine capacité, et ce, pendant toute l'année, ce qui n'est pas le cas actuellement. Pour parvenir à ces objectifs, la FMSQ considère qu'un plan d'affaires devrait être introduit dans notre système de santé.

Il faut remplacer la base historique de financement des établissements par un financement basé sur les coûts réels des épisodes de soins, incluant les coûts des infrastructures nécessaires à leur dispensation et les coûts reliés à la dépréciation et au remplacement des équipements médicaux. L'utilisation éventuelle des DRG devrait tenir compte non seulement des diagnostics résultant des hospitalisations, mais également de ceux provenant des soins prodigués sur une base externe.

L'idée d'un ticket modérateur généralisé semble difficilement applicable et peu désirée par la population. La FMSQ serait cependant d'accord avec un élargissement et une révision de la notion des frais accessoires (contribution financière de l'utilisateur), en dissociant l'acte médical en soi des éléments physiques et matériels nécessaires à la prestation de l'acte. Cette contribution de l'utilisateur pourrait prendre plusieurs formes. Elle pourrait s'apparenter au concept de co-assurance du régime d'assurance médicament. En corollaire, la loi devrait permettre à l'utilisateur de s'assurer pour ces dépenses. Quant aux possibles économies reliées à la réduction du panier de services, il ne s'agit là que d'une avenue très secondaire si l'on considère les sommes globales dévolues à la santé au Québec.

2. ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS

Intégration des soins. La FMSQ croit nécessaire l'intégration des soins médicaux, laquelle passe par le renforcement de la première ligne et la revalorisation de la relation patient/médecin. Tout Québécois doit avoir accès à un médecin de famille avec lequel il entretient une relation personnelle et à long terme. Cette relation amènerait des soins de santé plus personnalisés et moins coûteux. Une prise en charge adéquate des patients en amont des centres hospitaliers de courte durée permettrait de décongestionner les salles d'urgence et les unités de soins en gardant à domicile de nombreux patients.

Cette intégration des soins de santé est également dépendante de la consolidation des réseaux de soins : les prestataires de soins devraient être rattachés à un système de réseaux communautaires, incluant cabinets médicaux, CLSC, CHCD et CHSLD réunis fonctionnellement en un seul établissement. Ces réseaux régionaux se devraient à leur tour d'être articulés avec des centres ou réseaux suprarégionaux, par contrat de service ou autre corridor privilégié, avec regroupement des compétences des prestataires de soins (interdisciplinarité) en fonction des niveaux de soins. Le regroupement sous une seule autorité fonctionnelle de plusieurs niveaux d'établissements de prestation de soins nous apparaît nécessaire.

Plusieurs autres interventions pourraient contribuer à améliorer l'intégration des soins. Comme les "chirurgies d'un jour" et le "virage ambulatoire" reposent sur la préparation des patients en amont, des instructions de départ et un excellent suivi à domicile en aval, les modalités d'intégration de ces activités devraient être revues. La mise sur pied de programmes particuliers de soins intégrés pour les affections les plus courantes ou les personnes les plus susceptibles de consommer des soins itératifs doit se

poursuivre. À titre d'exemple, la FMSQ croit aux initiatives tels les *Services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie* (SIPA) ou le *Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme* et ses *Centres d'enseignement sur l'asthme* (CEA). La mise sur pied de programmes de prise en charge des patients atteints de *Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique* (MPOC) et de défaillance cardiaque (insuffisance cardiaque) doit être supportée. De telles initiatives pourraient et devraient être développées pour d'autres pathologies très fréquentes, tels le diabète, la dépression nerveuse et même le tabagisme.

Les médicaments. Les médicaments contribuent grandement à notre état de santé et à notre bien-être mais constituent une part sans cesse croissante des dépenses de santé. Les médecins spécialistes croient que tout doit être mis en œuvre pour en assurer une utilisation optimale.

Les systèmes d'information. Le développement de systèmes d'information intégrés, accessibles à tous les intervenants, type *Dossier Patient Partageable* (DPP), permettrait un meilleur suivi et des décisions plus appropriées en termes de prescription d'examen et de médicaments. Ces systèmes d'information favoriseraient une meilleure comparaison entre les moyens investis en santé (*inputs*) et les résultats obtenus (*outputs*). Ils permettraient également d'analyser la performance des hôpitaux et d'évaluer la pertinence de l'utilisation des médicaments. De plus, ils fourniraient des indicateurs de santé plus nombreux et reflétant davantage l'état de "bien-être" de la population.

Les services de maintien à domicile. Les services de maintien de personnes âgées dans leur milieu de vie, à domicile ou en centre d'accueil, doivent être développés à un rythme accéléré.

Les paliers administratifs. Ils sont trop nombreux et une intégration administrative s'impose. Le rôle et la composition des conseils d'administration doivent être redéfinis et leur nombre doit être considérablement diminué. Les régies régionales sont trop nombreuses et ne doivent pas être en compétition avec le ministère. La FMSQ croit que l'état de santé de la population passe avant la santé des organisations de prestation de soins.

État garant mais non gérant. Le système canadien de soins est beaucoup plus qu'une simple assurance-maladie : c'est une mainmise de l'État sur tous les aspects de la prestation de soins. L'État devrait se limiter à fixer la quantité et les standards de qualité des soins et en garantir le financement, tout en laissant à d'autres, dont les médecins, la responsabilité d'en assumer et d'en gérer la prestation.

Les cabinets. La FMSQ préconise une participation plus grande des cabinets privés et propose la notion de "cabinet affilié" : il est essentiel de considérer les cabinets des médecins comme des lieux de dispensation de services médicaux faisant partie intégrante du réseau.

Augmenter la présence médicale dans la gestion de la prestation des soins. La FMSQ est persuadée qu'une participation plus grande des médecins est souhaitable dans la planification, la gestion et l'évaluation des soins donnés; elle est convaincue de la rentabilité d'un investissement dans le financement du médico-administratif et propose le développement d'indicateurs crédibles pour la mesure de la performance des hôpitaux.

Effectifs. La FMSQ croit que le nombre de médecins spécialistes doit être adapté aux besoins de la population et constamment réévalué. Elle est donc d'accord pour continuer de collaborer à l'élaboration des plans d'effectifs et à leur mise en application. De plus, elle est ouverte à l'interdisciplinarité, sous la responsabilité des médecins spécialistes.

ANNEXE 3

**Document de présentation de la Fédération des médecins
spécialistes du Québec au groupe de travail sur *la
complémentarité du secteur privé dans la poursuite des
objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec***

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

**PRÉSENTATION
SUR
LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ
DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX
DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ AU QUÉBEC**

Montréal, le 22 janvier 1999

**Présentation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec
au Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé
dans la poursuite des objectifs fondamentaux
du système public de santé au Québec**

22 janvier 1999

PRÉAMBULE

La Fédération des médecins spécialistes du Québec remercie le « Groupe de travail » de l'opportunité qui lui est donnée de faire part de son opinion sur la complémentarité des secteurs public et privé.

La FMSQ est d'avis qu'un système de santé public efficient est la base de la distribution des soins de santé au Québec; elle en est un défenseur et un promoteur. Certaines spécialités sont plus touchées par le volet privatisation et désirent s'impliquer davantage.

Cependant, la FMSQ a constaté un certain nombre de problèmes dans notre système de santé, par exemple :

- ◆ Accessibilité diminuée alors que la demande augmente, principalement en raison du vieillissement de la population.
- ◆ Retard technologique important dans les équipements médicaux.
- ◆ Augmentation constante du coût des nouveaux médicaments.
- ◆ Utilisation sous-optimale des ressources (salles d'opération, médecins).

Des investissements importants seront nécessaires dans le futur; il faut que les taxes et impôts des québécois déjà surtaxés soient utilisés avec le plus d'efficience possible.

Nous vous proposons des avenues novatrices où les services de santé pourront être prodigués à meilleur coût, où l'État se retirerait de la couverture de certains services, où le citoyen utilisateur serait appelé à se responsabiliser davantage.

Nous traiterons également de l'apport essentiel des cabinets privés de médecins dans notre système de santé et de leur fragilité actuelle.

Nous parlerons de la complémentarité du secteur privé dans le domaine des services médicaux et des lieux de dispensation des soins : cabinets, centres hospitaliers.

PRÉSENTATION

Il est essentiel de discuter ouvertement du financement de notre système de santé et de la place respective du privé et du public.

La FMSQ est d'avis que privé et public ne sont pas en opposition mais en complémentarité.

Il ne faut pas aborder le débat de façon dogmatique, mais pratique et regarder qui, du privé ou du public, peut, à meilleur coût, rendre les services requis. La question n'est pas de savoir s'il y a trop ou pas assez de privé.

L'analyse des différentes catégories de dépenses nous apprend que la part de financement ou de gestion privée est très présente dans certains champs d'activités et beaucoup moins ailleurs.

Le tableau suivant illustre pour 1996, selon IMS Canada, la distribution privé-public et la variation par rapport à 1995.

1996 – ATTRIBUTION PRIVÉ-PUBLIC			
	% PUBLIC	% PRIVÉ	% VARIATION 1996 VS 1995
Médicaments	35,2	64,8	+ 2,7
Hôpitaux	87,7	12,3	- 0,9
Autre institutions	68,1	31,9	+ 3,5
Médecins	99,0	1,0	+ 0,6
Autres professionnels	14,3	85,7	+ 2,3
Capital	72,4	27,6	- 2,1
Autres dépenses	52,6	47,4	+ 4,1
TOTAL	69,9	30,1	+ 1,2

(Source : IMS Canada)

Les médecins

Les services des médecins sont assumés à 99 % par la RAMQ et à 1 % par le privé, ce qui est très loin de nous amener vers une médecine à l'américaine où seuls les mieux nantis pourraient se payer les services des meilleurs spécialistes. Nous notons cependant une certaine tendance vers le privé : il y a actuellement 28 médecins spécialistes non participants et 3 médecins spécialistes désengagés.

PROBLÉMATIQUE ACTUELLE

Révision du panier de services assurés

Présentement, le régime public assure beaucoup de services qui sont davantage reliés à l'esthétique et à des choix individuels et qui ont très peu à voir avec la promotion et le recouvrement de la santé. Par exemple, le Québec est la seule province où la réanastomose des canaux déférents post-vasectomie est un acte assuré. De nombreux examens non médicalement requis demandés par un tiers sont actuellement assurés par la RAMQ. Exemple : (examens pré-emploi et en cours d'emploi requis par la SAAQ et autres organismes gouvernementaux).

Des travaux très sérieux ont été effectués par le MSSS et les fédérations médicales en 1995 et 1996, mais le Ministère n'a jamais voulu y donner suite. Des économies pour l'État de plusieurs millions de dollars étaient possibles à cet égard.

À notre avis, il s'agit ici d'un exemple où l'État pourrait mieux utiliser les ressources financières publiques.

CABINETS ET CLINIQUES PRIVÉS

Il existe actuellement au Québec une étroite collaboration privé-public de la part des médecins spécialistes par leurs cabinets et cliniques privés de consultation et de radiologie. Ces cliniques et cabinets sont partie intégrante de notre système de distribution de soins. Par exemple, sans la collaboration des cliniques privées de radiologie, le programme de dépistage du cancer du sein ne fonctionnerait pas.

Nous aimerions porter à votre attention à quel point cette collaboration est essentielle à la distribution des soins médicaux au Québec, comment elle est actuellement fragile en raison d'un financement inadéquat et quelles mesures pourront être mises de l'avant pour assurer son maintien et son développement.

Bien qu'exerçant majoritairement en milieu hospitalier, les médecins spécialistes réalisent 25 % de leurs activités en cabinet privé.

Le tableau à l'Annexe 1 illustre par spécialité l'activité relative en cabinet et en établissement.

Comme déjà mentionné, la grande majorité des soins donnés par les médecins spécialistes en cabinet sont des soins assurés par le régime public.

Les services non assurés donnés en cabinet privé sont ceux décrits à l'article 22, section V du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie, c'est-à-dire des services non considérés comme assurés. Exemple : l'esthétique, l'échographie, la résonance magnétique, la tomographie axiale, les expertises médicales, le traitement des varices par injections, etc.

Les cliniques et cabinets privés étaient la plupart du temps la propriété des médecins. Cependant, les services offerts sont des services assurés pour la très grande majorité, à l'exception de ceux mentionnés au paragraphe précédent.

Nous notons actuellement une forte tendance vers l'implication de promoteurs non médecins dans l'établissement de cliniques privées. (Exemple : Clinique de l'œil, Clinique de l'oreille, Clinique de fertilité, laboratoires privés).

Parce qu'il est interdit par la Loi (art. 22, Loi ass.-maladie) « d'exiger ou de recevoir tout paiement d'un bénéficiaire pour un service, une fourniture, ou des frais accessoires à un

service assuré », les activités des cabinets privés, propriété des médecins, sont donc financées à même les honoraires professionnels des médecins.

Pour la plupart des médecins, il est prévu à cet effet une majoration du tarif en cabinet privé; sauf pour la radiologie (75 %) et la physiothérapie (45 %), cette majoration du tarif est d'environ 20 %.

Nous croyons fermement à l'importance des cabinets privés pour la dispensation des soins aux citoyens du Québec. En 1997, 6 384 195 visites furent effectuées en cabinet et 5 366 828 en clinique externe des différents hôpitaux.

Le financement de nos cabinets est insuffisant. Cette majoration de 20 % doit en principe financer les dépenses de cabinet mais les dépenses réelles sont de beaucoup supérieures (± 44 %) (études internes, données Samson Bélair). Les médecins doivent, par conséquent, amputer leurs honoraires professionnels pour financer leurs frais de cabinet (Annexe 2).

Constatant un manque à gagner significatif, plusieurs médecins ont diminué leur pratique en cabinet et les nouveaux médecins certifiés hésitent à s'y établir, ce qui a amené une pénurie surprenante de médecins en cabinet privé dans certains secteurs. (Exemple : radiologie Laurentides).

Nous sommes ici en présence d'une association privé-public essentielle à la distribution des soins pour la population du Québec. Actuellement, cette association est dangereusement remise en question, à moins de trouver une solution pour que son financement soit adéquat et que le médecin ne soit pas pénalisé d'y participer. Plusieurs cliniques de radiologie remettent en question leur existence même et les centres hospitaliers ne seront pas en mesure de compenser la fermeture de ces cliniques.

Nous aimerions soumettre à votre attention un certain nombre d'éléments de solution.

1- Obtenir une juste compensation pour les frais de pratique en cabinet privé.

2- Réparer les iniquités pour les médecins découlant de l'application de la TPS et de la TVQ.

À cet égard les cabinets privés sont traités injustement par rapport aux hôpitaux et aux CLSC alors qu'ils doivent payer TPS et TVQ sur leurs fournitures médicales sans avoir droit à aucun remboursement et sans pouvoir refiler ces coûts à leurs patients. Certaines provinces (Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve, Saskatchewan) ont déjà reconnu cette iniquité et ont accordé aux médecins une compensation monétaire.

3- Développer la notion de cabinet affilié et évaluer le concept de contrat de services « gestion privée des fonds publics ».

L'activité hospitalière est particulièrement importante au Québec. Le Québec dépense proportionnellement plus pour ses hôpitaux et ses autres établissements que la moyenne canadienne et moins pour ses médecins et autres professionnels de la santé.

Pourquoi utiliser une structure lourde comme l'hôpital pour donner des soins légers, ambulatoires, qui requièrent une structure beaucoup moins lourde, telle une clinique médicale ou un cabinet de médecin.

L'hôpital, plateau technique sophistiqué, se doit d'être utilisé ce pourquoi il a été conçu : traiter des cas lourds nécessitant tout ce plateau technique.

Le moment est propice pour envisager de transférer hors de l'hôpital ce qui peut être fait à meilleur coût, à qualité égale ou même meilleure.

Nous ne pouvons plus nous permettre d'ignorer tout le réseau de cabinets et de polycliniques privés établi sur le territoire et disposé à établir des relations d'affaires avec le réseau public afin d'en arriver à une plus grande complémentarité entre les deux réseaux.

Nous croyons possible d'établir des contrats de services entre hôpitaux, régies régionales et cliniques privées afin de confier à ces dernières des prestations de soins ne nécessitant pas le plateau technique hospitalier et pouvant donc être données à meilleur coût en raison d'une infrastructure moins lourde et, par conséquent, moins dispendieuse et plus personnalisée.

À notre avis, les procédures diagnostiques simples, les chirurgies ne nécessitant pas d'anesthésie pourraient être envisagées dans un premier temps. À cet égard, l'expérience actuellement en cours à Calgary mérite d'être regardée de très près.

Le développement d'un tel projet doit se faire d'une façon concertée entre les Régies, les hôpitaux et les polycliniques intéressés.

Il faut identifier un ou plusieurs hôpitaux prêts à s'engager dans un projet pilote, choisir une activité qui s'y prêterait bien (ophtalmologie pour cataractes, ORL pour audiogrammes, orthopédie ou plastie pour chirurgie de la main, procédures diagnostiques, telles radiologie, médecine nucléaire), etc.

Les polycliniques intéressées à y participer devront répondre à des critères de qualité identiques à ceux de l'hôpital. Il n'est pas question de médecine à rabais, car il s'agit ici d'un prolongement de l'activité des services hospitaliers concernés.

Dans ce concept, le patient n'a rien à déboursier puisque les sommes nécessaires au financement des activités en cabinet proviennent des transferts de budgets d'opération des centres hospitaliers.

4- Utilisation des ressources excédentaires des établissements.

Exemple : le projet de l'Institut de cardiologie de Montréal qui désirait utiliser les ressources excédentaires pour rendre des services médicaux aux étrangers. Les revenus ainsi générés permettraient davantage d'activités hospitalières pour les citoyens du Québec et amélioreraient l'accessibilité aux soins.

5- Examiner le concept de l'utilisateur-payeur – « responsabiliser le patient ». (En dehors des ententes de complémentarité)

En vue de compenser les médecins pour certains frais encourus dans la dispensation de procédés diagnostiques et thérapeutiques en cabinet, notre entente prévoit, à l'article 2.1 du Preambule général, la possibilité « aux médecins spécialistes de demander compensation pour certains frais de pratique comprenant les médicaments et les agents anesthésiants ».

Il est de notre avis que cette limitation freine le développement de la prestation de soins en cabinet privé.

Plusieurs sondages ont illustré que les citoyens du Québec n'hésiteraient pas à avoir recours au privé pour recevoir certains soins.

Plusieurs examens diagnostiques, en particulier les endoscopies, sont des procédures simples parfaitement adaptées aux cliniques privées. Il en est de même de plusieurs chirurgies sous anesthésie locale (hernies, cataractes, etc.). Il s'agirait de permettre la facturation des frais de salles d'opération ou d'examen pour voir ces activités se développer et l'accessibilité aux soins améliorée.

6- Système privé parallèle complémentaire.

Une fois le système public bien stabilisé et adéquatement financé, nous pourrions permettre aux patients d'utiliser leurs propres ressources financières pour obtenir des soins complémentaires.

Exemples :

- Plâtres de fibre de verre.
- Lentilles souples en ophtalmologie.
- Prothèses auditives moins encombrantes.
- Prothèses orthopédiques de meilleure qualité
- Pacemakers plus performant.

Également, l'accessibilité à certains services diagnostiques dans le système public est certainement problématique (échographie, tomodensitométrie, résonance magnétique). De même en est-il de certaines chirurgies telles cataractes, prothèses orthopédiques, etc.

Selon le dernier rapport de l'Institut Fraser, c'est au Québec que le temps d'attente pour voir un spécialiste et initier un traitement s'est le plus détérioré.

Il existe déjà un système privé parallèle pour les examens diagnostiques et les examens de laboratoire où l'accès est beaucoup plus rapide qu'à l'hôpital, diminuant ainsi le temps d'attente pour TOUT le monde. La CSST et les assureurs privés sont les principaux clients de ce système privé.

Pourquoi ne pourrait-il pas y avoir également un système privé parallèle complémentaire de soins curatifs ? Un tel système existe dans la plupart des pays d'Europe ainsi qu'en Nouvelle-Zélande et cette situation n'a pas amené d'explosion des coûts de la santé ni de révolution sociale.

L'accessibilité serait ainsi améliorée pour l'ensemble de la population.

Cette option, à notre avis, doit être évaluée à sa valeur intrinsèque et non être rejetée sans examen pour des raisons idéologiques. Regardons qui, du privé ou

du public, peut le mieux répondre à un besoin donné et allons dans cette direction.

Pour la FMSQ :

Yves Dugré, M.D., vice-président

Pierre Robitaille, M.D., conseiller

Jean Simard, M.D., conseiller

ACTIVITÉ CABINET-HÔPITAL SELON LES SPÉCIALITÉS (Assurance-maladie, année 1997)		
Spécialité	% Cabinet	% Hôpital
Allergie	63	37
Anesthésie	0	100
Cardiologie	20	80
CCVT	5	95
Chirurgie générale	15	85
Chirurgie plastique	24	76
Chirurgie orthopédique	24	76
Dermatologie	82	18
Gastro-entérologie	20	80
Médecine nucléaire	0	100
Néphrologie	10	90
Microbiologie	1	99
Biochimie	2	98
Hématologie	4	96
Pathologie	1	99
Médecine interne	17	83
Neurochirurgie	9	91
Neurologie	27	73
Obstétrique et gynécologie	36	64
Ophtalmologie	40	60
Oto-rhino-laryngologie	42	58
Physiatrie	54	46
Pédiatrie	55	45
Pneumologie	8	92
Psychiatrie	13	87
Radiologie	42	58
Urologie	21	79
Santé communautaire	3	97
Endocrinologie	31	69
Radio-oncologie	3	97
Rhumatologie	53	47
Gériatrie	1	99
FMSQ	25	75

L'exemple suivant permet d'illustrer l'impact financier de la pratique en cabinet.

Hôpital	Tarif de la consultation	=	30,00 \$
	Dépenses (ass.respons., facturation)		<u>2,50 \$</u>
	Net		27,50 \$
Cabinet	Tarif de la consultation	=	36,00 \$ (30 \$ + 20 %)
	Dépenses (secrétaire, etc.)		<u>15,85 \$</u>
	Net		20,15 \$

ANNEXE 4

Liste des Associations affiliées à la Fédération des médecins spécialistes du Québec



LISTE DES ASSOCIATIONS AFFILIÉES À LA FMSQ

Association des allergologues et immunologues du Québec
Association des pathologistes du Québec
Association des anesthésiologistes du Québec
Association des médecins biochimistes du Québec
Association des cardiologues du Québec
Association des chirurgiens cardio-vasculaires et thoraciques du Québec
Association des chirurgiens généraux du Québec
Association d'orthopédie du Québec
Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec
Association des dermatologistes du Québec
Association des médecins endocrinologues du Québec
Association des gastro-entérologues du Québec
Association des médecins généticiens du Québec
Association des médecins gériatres du Québec
Association des médecins hématologistes-oncologistes du Québec
Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec
Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec
Association des spécialistes en médecine interne du Québec
Association des médecins spécialistes en médecine nucléaire du Québec
Association des neurochirurgiens du Québec
Association des neurologues du Québec
Association des néphrologues du Québec
Association des obstétriciens et gynécologues du Québec
Association des médecins ophtalmologistes du Québec
Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec
Association des physiatres du Québec
Association des pneumologues du Québec
Association des médecins psychiatres du Québec
Association des pédiatres du Québec
Association des radio-oncologues du Québec
Association des radiologistes du Québec
Association des médecins rhumatologues du Québec
Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec
Association des urologues du Québec

Fédération des médecins spécialistes du Québec
2, Complexe Desjardins
Porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8
(514) 350-5016

Site : <http://www.fmsq.org>