

FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

M É M O I R E

DE LA FÉDÉRATION DES
MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

GARANTIR À NOS PATIENTS L'ACCÈS À NOS SOINS

Réponse et commentaires au

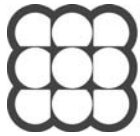
Document de consultation

Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité

Présenté à la Commission parlementaire

4 avril 2006

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie !
Votre médecin spécialiste



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Monsieur le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) remercie la Commission parlementaire des affaires sociales de l'occasion qui lui est offerte de s'exprimer sur le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, publié par le gouvernement du Québec et présenté au public par le premier ministre et le ministre de la Santé et des Services sociaux le 16 février 2006. La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 34 associations affiliées représentant près de 8 000 médecins spécialistes de toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire; elle a pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts des médecins spécialistes membres des associations affiliées, sur le plan économique, professionnel, scientifique et social, dans le respect des droits des Québécois à obtenir des soins médicaux de qualité. À ce titre, nous avons eu le privilège de rencontrer cette commission à plusieurs reprises pour exprimer notre soutien aux mesures d'accessibilité aux soins et aux médicaments pour nos patients, par exemple dans le cadre des commissions Arpin en 1999 et Clair en 2000, dans le cadre des évaluations ou révisions du régime général d'assurance médicaments (février 2000 et projet de loi n° 198 en 2002) et dans le cadre du document de consultation sur la Politique du médicament en mai 2005. En septembre 2004, nous vous rencontrons également pour vous exprimer nos idées sur le projet de loi n° 61 – *Loi sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec*.

La Fédération a toujours manifesté sa disponibilité et son désir de collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'organisation, la planification et la prestation des soins médicaux au Québec. Il existe nécessairement un large spectre d'opinions parmi les médecins spécialistes car ils sont eux-mêmes issus d'une société d'opinions divergentes sur le sujet et sont touchés à des degrés divers par les propositions gouvernementales.

Suite à notre étude du document de consultation, nous aimerions donc vous présenter certaines préoccupations, commentaires, suggestions et demandes. Nous traiterons brièvement des quatre premiers chapitres pour nous consacrer davantage au chapitre 5, *L'amélioration de l'accès aux services médicaux et hospitaliers pour réduire les délais d'attente*, et au chapitre 6, *Les enjeux du financement du système de santé et de services sociaux*. Nos commentaires vous sont présentés en respectant le plan du document de consultation.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. LA PRÉVENTION COMME FACTEUR D'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ	1
2. L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION ET DES MODES DE PRESTATION DE SERVICES.....	2
2.1 Se donner une assise solide : la consolidation des services de première ligne	2
2.2 Mettre à profit toutes les compétences : le partage optimal des tâches.....	3
2.3 Toujours mieux intervenir : adapter les modes de prestation de services.....	3
3. LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICO-HOSPITALIERS : COHÉRENCE, CONTINUITÉ ET COMPLÉMENTARITÉ	4
3.1 L'architecture des services médico-hospitaliers.....	4
3.2.2 Des « corridors » de services fonctionnels et efficaces	4
4. L'OPTIMISATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES	
4.2 La lutte aux infections nosocomiales	4
4.3 Les nouveaux leviers pour améliorer la qualité des services.....	4
4.3.1 Le régime de traitement des plaintes	4
4.3.2 La certification des résidences privées	5
4.5 L'agrément des établissements	5
4.6 La circulation de l'information clinique	5
5. L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS POUR RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE	6
5.1 Les problèmes liés aux délais d'attente	6
5.4.1 Le recours à l'assurance privée	6
5.4.3 Les mécanismes d'amélioration de l'accès aux services de santé.....	6
5.5 Des principes à respecter.....	8
5.7 L'option privilégiée par le gouvernement : un Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente	8
5.7.2.1 Le fonctionnement de la garantie d'accès aux services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie.....	8
5.7.2.2. Le fonctionnement de la garantie d'accès aux services pour les chirurgies électives déterminées.....	8
5.7.4. La gestion de l'accès aux services pour l'imagerie diagnostique	9
6. LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	10
6.3 La santé et les services sociaux : le poste de dépenses le plus important du gouvernement ...	10
6.4 Des finances publiques marquées par des problèmes structurels importants	10
6.5 Une situation financière qui apparaît difficilement soutenable à long terme.....	10
6.6 Des avenues à explorer pour assurer la pérennité du financement du système de santé et de services sociaux	11
CONCLUSION	15
BIBLIOGRAPHIE	16

INTRODUCTION

Un arrêt de la Cour suprême du Canada en juin 2005 est l'occasion d'ausculter notre système de santé. Près de quarante ans après sa mise en place, il est normal de l'examiner surtout quant à sa fonction principale, l'accès aux soins. La préservation et l'amélioration de notre système de santé public et universel constitue le premier objectif, un objectif urgent et prioritaire. Les médecins spécialistes du Québec sont particulièrement bien formés et sont prêts à donner des soins médicaux quel que soit le modèle du système de santé. Si le système actuel a des ratés en raison d'un financement public inadéquat, il faut rechercher des solutions autant du côté de l'organisation que du financement. La société doit se donner les moyens de réunir les patients avec les médecins dont ils ont besoin, et ce dans un délai raisonnable.

1. LA PRÉVENTION COMME FACTEUR D'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les médecins spécialistes appuient l'idée que la prévention constitue une approche incontournable pour améliorer la santé et le bien-être de tous. La Fédération va donc continuer de soutenir tout effort en ce sens et les multiples interventions décrites dans le premier chapitre du document de consultation nous apparaissent nécessaires, voire même encore trop timides.

D'abord quelques commentaires généraux. En premier lieu, il nous apparaît important de rappeler que dans un système de santé, la place de la prévention ne doit pas se limiter au seul champ d'intervention de la prévention primaire, particulièrement lorsque l'objectif de tels changements vise l'amélioration de la santé et du bien-être des individus. L'organisation d'un système de santé qui se veut performant doit prévoir un équilibre dans l'offre de services de prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire. L'histoire naturelle d'une maladie nous apprend qu'en prévention, il est indispensable de pouvoir agir efficacement tant au niveau de la réduction des facteurs de risques modifiables et du dépistage précoce que du traitement efficace des maladies pour en éviter la récurrence. Malgré tous les efforts qui sont et seront faits en prévention primaire pour diminuer l'incidence de la maladie, il demeure impossible d'empêcher l'apparition de cas au sein d'une population. Un financement adéquat de la prévention doit en plus du rehaussement des budgets accordés à la prévention primaire, prévoir des réserves budgétaires pour accroître l'accessibilité aux technologies diagnostiques de pointe pour le dépistage précoce (prévention secondaire) des maladies qui ont aussi un impact positif sur la survie à long terme et le bien-être des individus. Il en est de même pour la prévention tertiaire où dans le cas de l'asthme et des maladies cardiaques, par exemple, il est tout aussi urgent de travailler à diminuer la récurrence de la maladie par une meilleure accessibilité aux traitements de pointe ainsi qu'à des programmes d'éducation aptes à permettre aux individus, aux prises avec une maladie chronique, de prendre en main leur santé. Rappelons que la prévention primaire, c'est d'abord une manière d'être et de vivre; elle doit être présente à tous les âges de la vie; elle passe par l'éducation, qui vaut mieux que toutes les règles coercitives d'interdiction que l'on peut voter, sur le tabac, la malbouffe ou autre.

Au plan des commentaires spécifiques, nous aimerions attirer votre attention sur la page 12 du document de consultation, où il est question d'une campagne gouvernementale pour la promotion de saines habitudes de vie. Les résultats attendus d'une campagne unique de promotion ne peuvent être importants ni durables. Il faut donc travailler à mettre sur pied des modifications de perceptions et d'habitudes dans la population et chez les prestataires de soins. Les sections de prévention et de promotion de santé devraient être renforcées dans les directions de santé publique de la province, afin de s'assurer que leurs interventions soient constantes, efficaces et mesurables.

Nous souscrivons à l'intensification des efforts pour l'application d'une politique alimentaire et accroître l'activité physique chez les jeunes tant dans la lutte à l'obésité qu'à l'atteinte d'une meilleure santé mentale. Cependant, nous émettons certaines réserves quant à l'efficacité de la mesure pour développer un partenariat visant l'offre d'aliments sains. En effet, il est peu probable qu'une telle mesure isolée ait un impact significatif et durable, surtout au regard des écoles secondaires, alors qu'une multitude de débits de restauration rapide ou malbouffe poussent comme des champignons dans un périmètre rapproché autour de ces écoles. Une action intersectorielle s'impose dans un tel cas et dépasse l'implication unique du réseau de la santé.

Un mot sur le tabagisme et l'obésité. Depuis la dernière guerre, le tabagisme a été considéré comme étant la première cause évitable de maladie et de mort. Aux États-Unis, le Surgeon General appelait le tabagisme *The chief preventable cause of disease and death*, dans un article publié dans le *Time Magazine* au début des années 1980. De grands pas ont été faits depuis et le tabagisme a diminué de manière notable. Ce fléau a été remplacé par un deuxième, l'obésité, qui touche maintenant toutes les couches de la société, et particulièrement les ex-fumeurs, qui passent d'un problème à un autre, l'obésité entraînant le diabète de type 2 et de là, les maladies cardiovasculaires, dont les maladies cardiaques et les accidents cérébro-vasculaires. L'alcoolisme, le tabagisme et l'obésité sont des problèmes qui ne se traitent pas en une consultation dans le cabinet médical. C'est le patient lui-même qui est l'acteur clé de la modification de ses habitudes et pour ce faire, il doit être aidé, la plupart du temps dans une dynamique de groupe. La promotion de santé doit aller au-delà des concepts et trouver un fondement dans une organisation matérielle accessible à la fois en termes de disponibilité et de coûts. À titre d'exemple, la quasi-totalité des ex-fumeurs, après d'importants efforts pour cesser leur tabagisme, se retrouvent 10 ans plus tard avec une surcharge pondérale de 10-12 kilogrammes, laquelle constitue un problème tout aussi important que celui qu'on a voulu modifier. Ces personnes ont besoin d'un suivi pendant plusieurs mois, voire quelques années, et pas nécessairement par une équipe médicale, mais plutôt dans des groupes d'entraide regroupant des personnes partageant les mêmes préoccupations ou problèmes. Ces personnes doivent s'aider elles-mêmes mais elles ont aussi besoin d'aide, même de soutien financier. En ce sens, nous sommes en accord avec le rapport Ménard, à savoir que *l'enjeu de la santé et du bien-être est une responsabilité partagée entre le citoyen, la collectivité et l'État. La pérennité du système ne sera assurée que dans la mesure où chaque niveau d'intervenants assumera ses responsabilités.*

L'augmentation de l'accès aux services préventifs ne doit pas se limiter aux seuls éléments contenus dans le document de consultation. En effet, les spécialistes de la prévention, c'est-à-dire les médecins spécialistes en santé communautaire, doivent se retrouver au cœur d'une telle démarche de réflexion et de consultation. L'accessibilité à ces spécialistes doit justement s'étendre aux établissements et à l'ensemble des professionnels de la santé si l'on souhaite des changements vis-à-vis l'offre de services de prévention au Québec tant au niveau primaire, secondaire que tertiaire. L'implantation graduelle au Québec du concept de l'hôpital promoteur de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (Pelikan), illustre bien la place que l'on doit faire à l'expertise de nos médecins spécialistes dans ce domaine. En ce sens, l'expertise des médecins spécialistes en santé communautaire se doit d'être mieux utilisée et la pénurie de ces spécialistes dans plusieurs régions du Québec, en accentuation prévisible au cours des prochaines années, se doit d'être corrigée.

2. L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION ET DES MODES DE PRESTATION DE SERVICES

2.1 Se donner une assise solide : la consolidation des services de première ligne

La consolidation des soins de première ligne est une absolue nécessité et la Fédération l'a déjà affirmé dans son mémoire à la commission Clair : la FMSQ croit nécessaire une revalorisation de l'importante relation patient/médecin. 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; en corollaire, 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.

À l'inverse, le malade qui ne jouit pas d'un suivi adéquat et consulte plusieurs médecins moins au courant de sa condition générale se verra fréquemment soumis à une répétition d'examen 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 convaincue qu'à l'intérieur des nouveaux CSSS, 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 nécessaire et possible. Les hôpitaux seront d'autant plus performants et accessibles qu'ils accueilleront uniquement les patients qui ont réellement besoin de soins spécialisés.

La Fédération se réjouit donc de la création des groupes de médecine familiale sur l'ensemble du territoire de la province et de la création des cliniques réseau sur le territoire de la ville de Montréal, qui sont des communautés de pratique qui pourraient servir de modèle à la médecine spécialisée. Les médecins spécialistes croient en la pratique de groupe et à l'interdisciplinarité et sont convaincus que cette formule répond à la fois aux besoins des patients et des prestataires de soins. Ce modèle correspond à notre concept du cabinet affilié (paragraphe 5.4.3).

2.2 Mettre à profit toutes les compétences : le partage optimal des tâches

La hiérarchisation des soins est un principe: les médecins spécialistes ont été formés pour dispenser des soins médicaux spécialisés. Cependant, dans certaines circonstances et pour plusieurs spécialités, l'accès direct au médecin spécialiste ne nous apparaît pas en contradiction pour autant. Il faut éviter d'encombrer le système en prenant un rendez-vous chez l'omnipraticien dans le seul but d'obtenir un feuillet de consultation vers la médecine spécialisée. L'obligation absolue de consulter l'omnipraticien avant le spécialiste serait dans certains cas une mesure potentiellement coûteuse et contre-productive. Ainsi, la Fédération prône la hiérarchisation des services lorsque appropriée. Cette hiérarchisation ne pourra venir à terme que lorsque la majorité des patients aura accès à un médecin de famille.

La FMSQ croit bénéfique que le médecin spécialiste soit entouré d'une équipe multidisciplinaire où les tâches de prestation de soins sont distribuées en fonction des compétences reconnues, équipe multidisciplinaire dans laquelle le médecin restera un chef d'orchestre ou un acteur de premier plan. En ce sens, les approches par programme, qui font partie des transformations actuelles, favoriseront ces communautés de pratique et sont à encourager.

2.3 Toujours mieux intervenir : adapter les modes de prestation de services

Aux aînés et aux personnes en perte d'autonomie, la Fédération croit qu'il faut avant tout offrir des services de soutien dans leur propre milieu de vie, près de leurs proches aidants, et à plus forte raison dans le cadre d'une démographie québécoise vieillissante. L'institutionnalisation en centre hospitalier de soins de longue durée ne devrait être considérée que lorsque toute autre option d'aide à domicile devient inadéquate. Les recommandations de la commission Arpin (1999) (p. 28) nous semblent toujours d'actualité, à savoir de recourir aux entreprises d'économie sociale et aux coopératives de services à domicile, soit par des mesures incitatives fiscales ou par achat de services. En ce sens, les initiatives locales des groupes communautaires et des coopératives devraient être encouragées par un ensemble de mesures incitatives.

Nous y reviendrons au chapitre 6, au paragraphe, *Une mesure de financement ciblée : un régime d'assurance contre la perte d'autonomie.*

3. LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICO-HOSPITALIERS : COHÉRENCE, CONTINUITÉ ET COMPLÉMENTARITÉ

3.1 L'architecture des services médico-hospitaliers

À la commission Clair et dans son mémoire sur le projet de loi n° 83, la Fédération avait appuyé la mise en réseau des établissements et la disparition des cloisonnements. Suite à la création des 95 CSSS, nous sommes maintenant confiants que cette transformation permettra une meilleure intégration et continuation des soins. Reste maintenant à voir comment se concrétisera la nouvelle entité légale que sont les RUIS et comment ceux-ci faciliteront la prestation des soins spécialisés, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des nouvelles technologies.

3.2.2 Des « corridors » de services fonctionnels et efficaces

Le document de consultation dicte que *les établissements doivent travailler à établir des corridors de services...où tout patient peut...cheminer d'un palier à l'autre, sans dédoublement et sans rupture de services*. Il nous apparaît impératif que des corridors de services soient également établis entre le cabinet du médecin et l'établissement.

4. L'OPTIMISATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

4.2 La lutte aux infections nosocomiales

Primo non nocere : voilà le principe qui guide le médecin. À ce titre, les infections nosocomiales n'ont aucune raison d'être. Nous soulignons ici le travail de l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec qui, en collaboration avec la Direction générale de la santé publique du MSSS, a mis sur pied en 1999 un comité conjoint de travail sur la prévention des infections nosocomiales (connu comme le CINQ, Comité des infections nosocomiales du Québec).

Depuis l'éclosion incontrôlée de *Clostridium difficile* dans plusieurs hôpitaux québécois au cours des années 2003 et 2004, des progrès ont été faits dans la mise en place de mesures de prévention avec diminution des infections. Nous insistons pour que se poursuivent les efforts en ce sens, particulièrement les investissements dans les hôpitaux au chapitre de la formation du personnel et du public, et dans les mesures d'hygiène et de salubrité. Les infections nosocomiales des dernières années dans nos établissements montrent qu'il n'y a aucune économie possible à réaliser du côté de l'entretien et de la propreté des bâtiments. Des investissements sont nécessaires pour modifier les unités de soins, réduire le nombre de lits par chambre et individualiser les salles de toilette. Il faut aussi se préoccuper et investir les efforts nécessaires aux chapitres de la stérilisation des instruments chirurgicaux et du respect des consignes concernant l'utilisation des instruments à usage unique.

Aucun effort ne doit être épargné afin que les infections nosocomiales soient éradiquées.

4.3 Les nouveaux leviers pour améliorer la qualité des services

4.3.1 Le régime de traitement des plaintes

Les modifications apportées à la Loi par le projet de loi n° 83 accordent une place importante au traitement des plaintes et le législateur semble décidé à y consacrer des ressources importantes. Que les plaintes reçoivent attention et surtout qu'elles amènent correction du problème qui les a suscitées, cela va de soi. Mais il est bon de rappeler que le dernier résultat que les prestataires de soins de santé veulent obtenir est bien celui de recevoir une plainte : leur but est plutôt la satisfaction des bénéficiaires et les prestataires préféreraient que d'importantes ressources soient plutôt dévolues à la prévention des plaintes par la

production de services de qualité. Or, si les plaintes des usagers peuvent être en rapport avec les actes ou les attitudes de certains prestataires, elles émanent plus fréquemment de problèmes systémiques, dont un manque de ressources humaines et matérielles. Il nous importe donc de souligner que les efforts devraient plutôt être mis vers une garantie de ressources suffisantes pour la prestation de soins de santé de qualité plutôt que vers un traitement exemplaire des plaintes. Le législateur devrait viser avant tout un niveau de qualité et d'accessibilité de soins qui engendrerait le minimum de plaintes des usagers.

4.3.2 La certification des résidences privées

Les modifications apportées à la Loi par le projet de loi n° 83 nous semblent appropriées.

4.5 L'agrément des établissements

Les établissements de soins de santé sont soumis à des processus quinquennaux d'agrément par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) et par le Comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec, visant à évaluer et à sanctionner la qualité des soins prodigués.

Le Canada et le Québec possèdent des infrastructures d'agrément exemplaires. Si le MSSS croit que des établissements actuellement non agréés devraient l'être, il n'a qu'à l'exiger. Nous croyons que le gouvernement devrait alors s'en remettre aux organismes d'agrément et ne pas mettre sur pied une structure dupliquant le processus d'agrément.

4.6 La circulation de l'information clinique

Nous reprenons ici l'opinion exprimée dans notre mémoire à la Commission parlementaire des affaires sociales en mars 2002, sur les vertus de la carte santé : *...nous souhaitons insister sur notre appui indéfectible à tout projet d'informatisation du réseau qui aurait pour effet de permettre l'intégration des divers lieux de prestation de services de santé et la transmission d'informations cliniques visant à optimiser la prestation des soins pour nos patients.*

Dans son mémoire sur le projet de loi n° 83, la Fédération se réjouissait de la volonté du ministre de faciliter la circulation de l'information clinique, de créer une banque électronique de renseignements et jugeait que les catégories de renseignements proposées constituaient une bonne base du dossier patient partageable sous forme électronique. Il nous apparaît important d'assurer une meilleure circulation de l'information dans l'établissement, entre les différents établissements et vers les cabinets des médecins impliqués dans le traitement du patient, en prévoyant le financement nécessaire. Cette banque de données allait fournir aux intervenants habilités de l'information pertinente et à jour sur les renseignements de santé d'une personne.

Mais nous avons exprimé des préoccupations sur de nombreuses dispositions de la loi qui nous semblent susceptibles d'entraver la bonne marche du projet. Il appert que le Québec se soit doté d'une législation à nulle autre pareille, avec laquelle il possède plus d'instruments légaux pour protéger la vie privée que toute autre juridiction au monde. Or, pour que cet échange de données soit fonctionnel et apporte une plus-value pour les patients et leurs médecins, on doit favoriser la participation de tous, patients et médecins, établissements et cabinets privés inclus. Plusieurs aspects de la loi nouvellement modifiée soulèvent des inquiétudes : l'absence d'inscription par défaut et l'absence d'un identifiant unique, la gestion et la révocation potentielle du consentement, la clause crépusculaire de cinq ans au consentement, les modalités d'adhésion et d'obligation de transmission par les médecins habilités, les frais inhérents pour les médecins en cabinet et l'absence de financement prévu, sont tous des obstacles potentiels.

L'utilisation du système sera dépendante de sa convivialité et de sa facilité d'utilisation et de l'étendue de son déploiement : rappelons que les médecins sont d'abord là pour soigner, qu'ils sont en contexte de pénurie, qu'on ne doit pas mettre en place un système qui leur occasionne plus de tracas administratifs que nécessaires. L'utilisateur doit être rassuré relativement au fait que toutes les mesures sont prises pour assurer la confidentialité de ses renseignements personnels et que cette sécurité est égale ou supérieure à ce qu'elle était sur le support papier.

5. L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS POUR RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE

5.1 Les problèmes liés aux délais d'attente

Plusieurs sondages révèlent que la population est satisfaite de la qualité des soins reçus mais qu'elle est insatisfaite du système de santé en général en raison de la difficulté d'accéder aux soins. Les délais constituent le problème majeur et fondamental dans l'esprit des patients canadiens et québécois. Les listes d'attente ont quelque peu diminué au cours des trois dernières années, mais restent encore trop longues. Certaines attentes sont plus médiatisées que d'autres : cette médiatisation a été un facteur déclenchant dans la volonté de corriger les délais d'attente induit en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie. Le document de consultation fait état des attentes pour les chirurgies de la cataracte et des arthroplasties, également largement médiatisées; mais il y en a beaucoup d'autres, chirurgicales et non chirurgicales, plus silencieuses, moins connues, mais tout aussi importantes : la famille qui attend une évaluation neurologique et gériatrique d'un parent Alzheimer pour décider d'un placement en institution, les parents en attente d'une consultation en psychiatrie pour leur adolescent déprimé, la femme qui attend son rendez-vous d'échographie ou de biopsie pour préciser la nature de la lésion vue sur la mammographie sont autant de situations angoissantes. Les listes d'attente doivent donc faire l'objet d'une gestion active et coordonnée, avec collaboration entre les établissements et les médecins des spécialités concernées. La collaboration avec les cardiologues et les radio-oncologues et la mise sur pied d'une gestion de l'accès aux services ont donné jusqu'à maintenant de bons résultats. La collaboration entre le ministère, les ophtalmologistes et les orthopédistes sur la révision des listes d'attente a été fructueuse. Ces collaborations doivent durer et s'étendre à toutes les spécialités médicales et chirurgicales qui ont des listes de patients en attente d'examen diagnostiques ou de traitements sur des listes plus silencieuses.

5.4.1 Le recours à l'assurance privée

Chaque fois qu'elle a eu l'occasion de s'exprimer au sujet de l'organisation des soins, sur le thème du privé-public ou sur le financement du système de soins de santé du Québec, la Fédération a réaffirmé son soutien à un système de santé avec financement public adéquat et ne croit pas que le recours massif au financement privé améliorerait la prestation des soins, contribuerait à diminuer les listes d'attente ou amènerait une diminution de coûts. C'est au niveau de la gestion publique omniprésente qu'elle exprime des réserves et souhaite des modifications ou assouplissements, gestion publique s'entendant de celle de la prestation des soins et non de celle de l'administration du régime public d'assurance maladie.

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. Tout en garantissant le financement, 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, 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 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 convenue. 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 ». Les cabinets affiliés sont un pas en ce sens. Les cabinets des médecins existent depuis toujours; même si leur importance a diminué après l'instauration de l'assurance maladie, ils constituent déjà une base solide. Un signal du gouvernement leur garantissant un statut de partenaire légitime à long terme et un meilleur financement leur permettraient de se développer, de contribuer à un meilleur accès aux soins de manière plus personnalisée et plus économique.

5.4.3 Les mécanismes d'amélioration de l'accès aux services de santé

Nous croyons qu'un meilleur accès aux soins spécialisés, telles les chirurgies, serait grandement favorisé par deux mesures facilement réalisables et rentables.

La première mesure vise la prise en charge et le soutien en amont du CHCD. La commission Arpin recommandait de *soutenir la prise en charge du milieu et favoriser l'autonomie individuelle*. À la commission Clair, la Fédération se disait favorable à des mesures visant à offrir aux patients, surtout les aînés et les patients souffrant de maladies chroniques, des soins plus personnalisés susceptibles de les garder dans leur milieu de vie et leur éviter autant que faire se peut des visites à l'urgence ou des hospitalisations évitables, par la mise sur pied de programmes particuliers de soins intégrés pour les affections les plus courantes ou pour les personnes les plus susceptibles de consommer des soins itératifs. Il faut favoriser la création et assurer la pérennité d'organisations telles les Services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), 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). La FMSQ est également d'accord avec des programmes de prévention et de stratégie de traitements optimaux tel le Programme régional intégré d'information, de suivi médical et d'enseignement (PRIISME), une initiative privée de compagnies pharmaceutiques. De telles initiatives pourraient et devraient être développées pour d'autres pathologies très fréquentes, telles l'obésité, le diabète, la dépression nerveuse et même le tabagisme. Des médicaments efficaces aident les patients, contribuent à leur bien-être et permettent un moindre recours aux services médicaux et hospitaliers. La disponibilité réduite de certains d'entre eux, par exemple dans le traitement de l'asthme, nuit au processus.

La seconde mesure concerne le partage des responsabilités de prestation de soins entre l'établissement et le cabinet. Le docteur Howard Bergman, membre de la commission Clair, disait en l'an 2000 qu'il fallait cesser d'agir comme si un centre hospitalier était l'unique centre vers lequel on devait diriger tous les problèmes pour tenter de les régler. La FMSQ est d'accord avec cette approche et croit que les centres hospitaliers devraient être prioritairement réservés à la prestation de soins aigus de deuxième et de troisième ligne nécessitant impérativement une hospitalisation.

C'est d'ailleurs une proposition que nous avons faite, qui a été reprise par les commissions Arpin et Clair. La clinique médicale affiliée constitue un lieu de travail plus efficace, plus efficient, plus personnel et plus convivial : on la voit surtout comme propriété des prestataires qui l'administrent, qui investissent dans leurs équipements, qui engagent un personnel qu'ils considèrent comme une ressource précieuse dont ils peuvent exiger et aussi récompenser un rendement. Force est d'admettre que l'hôpital est un lieu de travail perçu comme plutôt impersonnel, en ce sens qu'il n'a pas réellement de propriétaire local. Il est soumis à des décisions administratives externes et éloignées de lui, budget, conventions collectives de travail. La taille du milieu de travail, le nombre de titres d'emplois et la mobilité des employés font qu'il est difficile d'établir un sentiment d'appartenance et de loyauté à un service ou à un département. Le médecin est théoriquement un entrepreneur libre, mais dans un milieu de travail sur lequel il n'a aucun contrôle sinon par son leadership. Il est pourtant le moteur de la boîte : c'est lui que les patients viennent principalement voir.

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, 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.

Nous accueillons avec satisfaction la proposition du document de consultation faisant la promotion des **cliniques spécialisées affiliées**. Le document de consultation nous les présente comme étant actuellement réservées à la prestation de chirurgies électives déterminées par le ministre : ce concept est réducteur. Nous voyons plutôt les cabinets affiliés comme des lieux de dispensation de tous services médicaux et chirurgicaux, diagnostiques et thérapeutiques, dont le degré de difficulté et de lourdeur permet

une prestation hors établissement. Le document de consultation est peu explicite sur le remboursement des frais d'opération d'un cabinet, qui ne se résument pas à *des frais d'utilisation de l'équipement*. Il faudrait donc prévoir une source de financement de ces coûts, qui seront sans doute inférieurs à ceux du réseau public, si jamais ceux-ci parviennent à être établis. Cette voie implique une augmentation importante du financement public pour les cabinets affiliés de médecins, afin de leur donner les ressources nécessaires pour assumer les dépenses d'exploitation qui présentement ne sont pas assumées.

Tout cet apport des cabinets ne signifie pas pour autant que les médecins spécialistes veuillent désertier les hôpitaux. L'assise principale de la médecine spécialisée restera le milieu hospitalier. Tout ne peut pas se faire dans les cabinets affiliés. Il y aura toujours de nombreuses interventions qui devront se faire en milieu hospitalier et qui ne se prêtent pas à ces activités en cabinets privés. Il faut les préserver. Il faut continuer les investissements nécessaires en milieu hospitalier.

5.5 Des principes à respecter

La Fédération est d'accord avec le maintien d'un système équitable, qui repose essentiellement sur les besoins des personnes et non sur leur unique capacité de payer. Dans cette perspective, elle croit qu'une attention particulière doit être portée à tous les Québécois, et non seulement *aux personnes à faibles revenus ou personnes atteintes d'un problème de santé chronique ou d'un handicap ainsi qu'aux personnes vivant loin des grands centres urbains* : nous vous rappelons par exemple que c'est dans les grands centres urbains que l'accès à un médecin de famille est de loin le plus difficile, pas dans les milieux périphériques des centres urbains.

5.7 L'option privilégiée par le gouvernement : un Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente

Les médecins spécialistes se présentent devant vous d'abord et avant tout pour parler de leur priorité première qu'est l'accès aux soins spécialisés pour leurs patients et du fait qu'il ne doit y avoir aucune entrave à l'accès à ces soins. Autrement, comme l'a souligné la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli, il y a une reconnaissance que le gouvernement ne remplit pas sa mission de gestionnaire du système de santé et les obligations qui en découlent à l'égard des droits fondamentaux des Québécois. Nous sommes d'accord *de poursuivre le travail de rénovation de notre système de santé pour que jamais plus nous nous retrouvions dans une crise comme celle que nous avons connue*.

5.7.2.1 Le fonctionnement de la garantie d'accès aux services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie

Il est intéressant de noter que les services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie sont actuellement offerts dans des délais raisonnables, presque normaux, contrairement à la situation qui prévalait il y a trois ans. Intéressant également de noter que ce revirement de situation s'est fait avec des efforts de réorganisation et un financement dédié accru. Les mesures mises en place de même que les budgets additionnels devraient être maintenus sans retour en arrière lorsqu'un autre secteur sera priorisé.

En radio-oncologie, l'augmentation de la journée de travail d'une à deux heures en établissement a amené un accroissement de l'efficacité et de l'efficacités. Il pourrait en être de même pour les plateaux techniques et les salles d'opération des établissements : des heures de fermeture fixées à 18 h plutôt qu'à 15 h 30 ou 16 h constitueraient un allongement d'environ 20 % de la journée de travail mais se traduiraient vraisemblablement par une efficacité et une productivité beaucoup plus grandes. Encore là, un financement devrait être prévu pour assumer les coûts additionnels en personnel médical, para-médical et en fournitures.

5.7.2.2 Le fonctionnement de la garantie d'accès aux services pour les chirurgies électives déterminées

L'objectif des médecins spécialistes est que les patients aient accès à leurs soins.

Nous constatons que le gouvernement approche de manière différente les patients en attente de chirurgies électives et ceux atteints de pathologies cardiaques et cancéreuses. Mais nous comprenons que pour le cœur et le cancer, cette garantie confère une obligation de résultat absolu au gouvernement, pour que les patients aient toujours accès aux soins requis dans les délais requis. Nous ne voulons plus revivre un passé récent.

Le fonctionnement de la garantie d'accès aux services pour les chirurgies électives en ophtalmologie et en orthopédie ne nous apparaît guère convainquant et l'effort proposé nous semble insuffisant.

La chirurgie de la cataracte se fait déjà en mode ambulatoire à l'hôpital et dans certaines cliniques privées. Pour un meilleur accès aux soins de la vue, les ophtalmologistes favoriseraient des cliniques affiliées où pourrait être pratiquée l'ensemble ou la quasi-totalité de la spécialité de l'ophtalmologie et non seulement la chirurgie de la cataracte, ce qui correspond plus au concept classique de clinique affiliée.

Pour ce qui est des chirurgies électives d'arthroplastie de la hanche et du genou, deux commentaires. D'une part, les temps déterminés pour les garanties d'accès sont trop longs : il est reconnu que le retour à la fonctionnalité des patients opérés après un délai d'attente dépassant six mois est mauvais par rapport à celui des patients opérés dans les délais médicalement reconnus. Une décision de rechercher un prestataire disponible dans le privé après un délai d'attente de neuf mois n'est pas médicalement acceptable et ne constitue pas une garantie d'accès. D'autre part, l'idée de « contracter » ces interventions chirurgicales dans des cliniques spécialisées affiliées nous apparaît encore mal ficelée. Les arthroplasties de la hanche et du genou sont des chirurgies lourdes chez des patients présentant plus souvent qu'autrement une co-morbidité qui rend préférable la plupart du temps une intervention en milieu hospitalier. Ces malades avec des phénomènes dégénératifs de la hanche ou du genou sont la plupart du temps âgés, souvent obèses, diabétiques, affligés de maladies cardiovasculaires ou d'une maladie pulmonaire obstructive, compliquant toute la période périopératoire et la réadaptation. Pour ces types d'interventions, sur le plan qualité de l'acte, il est préférable d'obtenir plutôt des garanties d'accès plus courtes et en centre hospitalier. Dans des mains expertes, le séjour minimal moyen d'hospitalisation est de quatre jours : on est loin d'une chirurgie se prêtant bien au mode ambulatoire. Certains centres plus spécialisés d'arthroplasties ont déjà été mis en place avec des résultats intéressants; nous croyons cependant que leur nombre devrait rester restreint, que l'on devrait plutôt augmenter le nombre d'arthroplasties dans les centres d'orthopédie déjà existants, en augmentant les activités par des heures de fonctionnement allongées des plateaux techniques et les investissements nécessaires pour les fournitures et le personnel.

5.7.4. La gestion de l'accès aux services pour l'imagerie diagnostique

Concernant les services d'échographie, les médecins spécialistes opinent dans le sens d'une politique d'achat de services dans les cliniques privées, mais pas seulement pour les intervenants de première ligne, selon une entente contractuelle stipulant le nombre, les normes de qualité et le prix de ces services. Il pourrait en être de même pour les services de résonance magnétique, où les listes d'attente hospitalières sont encore beaucoup trop longues.

Nous tenons à vous mettre en garde concernant le projet de *former et d'encadrer les médecins de famille dans la pratique de l'échographie de première ligne*. L'échographie de première ligne doit se résumer à la pratique de l'imagerie par ultrasons principalement dans les salles d'urgence et dans les services d'obstétrique-gynécologie hospitaliers, où l'échographie est un instrument de travail ponctuel servant à confirmer ou infirmer une hypothèse diagnostique sur le champ. Cette échographie de première ligne se doit d'être pratiquée dans un encadrement hospitalier; sa pratique demande une formation et la possibilité de consulter un expert de proximité. Nous ne voyons pas la pratique de l'échographie dans les GMF ou dans les cliniques réseau, après une formation sommaire, sans encadrement et sans possibilité de référer à un expert de proximité. À noter qu'un questionnaire bien conduit, un examen clinique bien fait et un suivi adéquat demeurent encore aujourd'hui une excellente façon de pratiquer la médecine.

6. LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

6.3 La santé et les services sociaux : le poste de dépenses le plus important du gouvernement

Les dépenses en santé au Québec auraient augmenté en termes absolus de moins de 50 % en 25 ans (Béland). Relativement au PIB, les dépenses gouvernementales de santé au Québec se sont maintenues dans la même fourchette de 1981 à 2005.

Selon le document de consultation, le Québec consacrerait environ 43 % de ses dépenses de programmes à la santé. Toutefois, l'accroissement de la part des dépenses de santé dans les dépenses gouvernementales québécoises de programmes, relativement à la richesse collective, n'apparaît pas attribuable à une augmentation des dépenses de santé, mais à une diminution des dépenses de programmes. De plus, par rapport aux dépenses totales du gouvernement, ce chiffre de 43 % serait plus bas, plutôt de l'ordre de 36 %. Et ce chiffre de 36 % correspond non seulement aux dépenses pour la santé mais également aux dépenses de services sociaux, comptabilisation qui est différente dans plusieurs autres provinces canadiennes.

Qui plus est, selon les données de Statistique Canada permettant de comparer les provinces entre elles, les dépenses de santé sur les dépenses de programme, entre 1975 et 2004, auraient plutôt varié autour de 30% au Québec, alors qu'elles seraient passées de 30% à 45% en Ontario pour cette même période de 30 ans. Les données indiquent également que plusieurs autres provinces canadiennes consacrent une part plus importante de leurs dépenses au secteur de la santé et des services sociaux.

Certaines affirmations quant aux coûts des services de santé et des services sociaux gagnent donc à être remises en perspective. Doit-on donc conclure que le Québec en fait vraiment trop ?

Et pourquoi faut-il toujours considérer les sommes investies en soins de santé comme des dépenses improductives et non comme un investissement ? *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 non productive services that somehow make us poorer.* 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 taux de consommation de soins et par conséquent sur les dépenses de santé. D'aucuns pensent qu'il est normal que le pourcentage du PIB consacré aux soins de santé ira inexorablement en s'accroissant considérablement. *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.*

6.4 Des finances publiques marquées par des problèmes structurels importants

Le document de consultation admet que la richesse collective du Québec est inférieure à la moyenne canadienne mais que par ailleurs *le Québec s'est doté, au fil des ans, d'un éventail de services publics plus large que celui des autres provinces.* Si le gouvernement actuel a placé la santé au sommet de ses priorités, doit-il faire des choix ou du délestage ?

6.5 Une situation financière qui apparaît difficilement soutenable à long terme

À la lecture du document de consultation, il en ressort deux grands objectifs pour le gouvernement : le Québec doit avoir un système de santé public universel et ce système de santé universel doit être parmi les meilleurs au monde (p. 5). Il s'agit d'un noble but, mais la mise à niveau de notre système de santé par comparaison avec celui des autres provinces serait déjà une grande réalisation. Il est intéressant de noter que le document de consultation admet spontanément que *le Québec est la province qui dépense le moins par habitant pour la santé.* Et le document continue : *Cet écart découle principalement du fait que les niveaux de rémunération du personnel de la santé sont moins élevés au Québec que dans les autres provinces...*

Pour dire toute la vérité, cet écart découle principalement du retard de rémunération des médecins québécois et le gouvernement l'a déjà reconnu à plusieurs reprises. D'autres provinces canadiennes, moins bien nanties que le Québec, investissent plus per capita pour la santé et rémunèrent mieux leurs médecins. Rappelons que l'écart de rémunération des médecins avec leurs confrères des autres provinces est considérable et va en s'accroissant, qu'il n'y a pas de compensation pour les activités de garde et de recherche, que la majorité de l'enseignement dispensé aux étudiants et aux médecins résidents l'est sur une base bénévole. Nous demandons que cette situation soit corrigée : la mise à niveau du système de santé québécois avec la moyenne canadienne serait déjà un pas vers l'excellence.

6.6 Des avenues à explorer pour assurer la pérennité du financement du système de santé et des services sociaux

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.

En pratique médicale, un bon médecin doit appliquer le bon traitement au problème qui est diagnostiqué. Selon le document de consultation, le diagnostic de l'état de santé du système de soins démontre qu'on ne peut plus continuer à avoir une croissance des dépenses de l'ampleur actuelle dans le secteur public; le document ne propose toutefois principalement que des solutions qui amènent une augmentation du financement public et peu ou pas de source de financement additionnelle. On peut se poser la question à savoir si le traitement qui est prescrit au malade est adéquat. Nous aimerions commenter les propositions gouvernementales qui misent sur la réorganisation et le financement et explorer également d'autres pistes.

Miser sur la réorganisation et le financement

A. Les cabinets affiliés. Nous avons déjà présenté le concept. Il faut tirer avantage de cette organisation de soins. Nous disposons déjà d'un réseau bien établi de cabinets privés et il faut en tirer avantage; et il faut profiter de la structure moins lourde que présentent les cliniques affiliées.

Le concept des cliniques spécialisées affiliées est présenté dans le document de consultation comme si elles devaient appartenir à du capital privé, ne faisant jamais mention que ces cliniques pourraient être la propriété des médecins eux-mêmes. Nous considérons qu'il serait tout à fait injuste que des entrepreneurs soumis aux lois corporatives puissent venir faire compétition aux médecins dans leurs champs d'activités, alors que ces médecins ne jouissent pas de la même législation favorable, qu'on leur refuse actuellement. Il n'est pas normal que plusieurs professionnels puissent s'incorporer et que ce privilège soit nié aux médecins; ou encore, que ce privilège leur soit attribué mais de manière partielle, avec des restrictions de catégories de professionnels avec lesquels ils pourraient s'associer, alors qu'au contraire, que ce soit par les modifications à la Loi apportées par le projet de loi n° 83 ou que ce soit par le projet de loi qui a permis l'incorporation des professionnels, le gouvernement vise à favoriser une multidisciplinarité et un regroupement des différents intervenants en santé.

Or si on veut considérer les médecins comme des partenaires à part entière, au même titre que tout autre membre de la société dans les partenariats public-privé, il faut privilégier l'entrepreneuriat médical. Il faut favoriser effectivement que les médecins investissent dans ce genre de cabinets et soient les premiers aux commandes de ces cliniques médicales et non pas voir arriver ici, comme on voit dans d'autres provinces, des entrepreneurs et des hommes d'affaires qui vont prendre le contrôle de ce milieu de dispensation de soins.

B. La hausse des transferts provenant du gouvernement fédéral

Au Canada, l'augmentation annuelle moyenne de 11,1 % des dépenses de santé entre 1975 et 1991 tombait à 2,6 % entre 1991 et 1996. Ingelhart, dans une évaluation 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. Il est intéressant de noter que même un ancien ministre fédéral de la santé, M. Allan Rock, reconnaissait le sous-financement du système qu'il défendait si farouchement : *The government's own surveys of public opinion show that 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 care.*

Le financement public doit 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 suite à un budget insuffisant, les centres hospitaliers doivent limiter les dépenses; ils ferment alors 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 un engorgement des salles d'urgence, une démobilisation et une démoralisation du personnel soignant. Les fermetures temporaires mais récurrentes des plateaux techniques hospitaliers résultent en plus en une pénurie artificielle de médecins spécialistes, particulièrement des chirurgiens qui sont disponibles, mais qui ne peuvent opérer faute d'accès à leurs outils de travail avec pour conséquence des listes d'attente qui s'allongent. C'est ce que nous avons trop souvent vécu au cours des 20 dernières années : les médias font 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 et de plateaux techniques des CHCD génèrent des économies qui sont faibles comparativement aux perturbations hospitalières qu'elles causent et à la diminution de la productivité et d'efficacité qui en résulte.

Conséquente avec la lettre qu'elle adressait au premier ministre du Canada, 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 1994. Les médecins ne veulent cependant pas être victimes des mésententes et de la recherche de coupables entre les gouvernements fédéral et provinciaux.

C. La mise en place d'un compte santé et services sociaux

La Fédération souhaite la transparence dans les finances et les dépenses publiques, mais n'est pas très enthousiaste à l'idée de créer un compte distinct santé et services sociaux. Elle y voit deux dangers : le danger d'un financement de départ inadéquat, compromettant le système pour les années futures; danger aussi de s'enfermer dans le cadre rigide d'une enveloppe fermée.

D. Une mesure de financement ciblée : un régime d'assurance contre la perte d'autonomie

La FMSQ partage l'avis du rapport Ménard, à savoir que *les perspectives liées aux changements démographiques font peser des risques considérables relatifs à l'accès aux services résultants de la perte d'autonomie des personnes âgées au Québec, tant à court terme qu'à long terme.* Elle croit nécessaire de développer à un rythme accéléré les services de maintien de personnes âgées dans leur milieu de vie. Les entreprises coopératives d'entraide sont un modèle à favoriser, mais elles seront vraisemblablement insuffisantes. Habitée à un système de soins public et universel, la population se tournera à coup sûr vers l'État. Ainsi, entre la lucidité et la solidarité, il y a lieu d'insérer la prévoyance et d'initier dès à présent le financement de cette demande inévitable. Quelle forme prendra le financement de cette dépense inéluctable ?

Depuis moins de dix ans, les assureurs privés ont mis sur le marché un nouveau produit, *l'assurance soins de longue durée.* Il s'agirait d'un marché en croissance mais encore très limité et actuellement réservé aux mieux nantis, lesquels s'inquiètent déjà de leur capacité éventuelle de payer pour leurs propres soins de longue durée, à domicile ou en hospitalisation de longue durée. D'aucuns affirment que ce geste spontané des mieux nantis soulagera d'autant les finances de l'État, libérant ainsi des sommes pour les moins nantis.

Cependant, le nombre actuel total de 8 000 assurés au Québec nous porte plutôt à croire qu'une action concertée est nécessaire. S'agira-t-il d'un régime d'assurance privée collective obligatoire pour tous les salariés ? Où un régime enregistré d'épargne vieillesse avec incitatif fiscal pour tous les travailleurs ? Dans les deux cas, une trop grande partie de la population resterait à l'écart de l'effort collectif de prévoyance. La proposition du rapport Ménard, *un Régime d'assurance contre la perte d'autonomie, partiellement capitalisable*, nous apparaît intéressante. Quelle que soit la forme que prendra cette mesure de prévoyance, le plus grand nombre doit y contribuer : cette mesure de prévoyance ne peut être laissée aléatoirement à la bonne volonté des individus.

Explorer de nouvelles pistes

L'exploration d'autres pistes implique nécessairement le recours à des sources de financement complémentaires au financement public actuel si on veut assurer que nos patients aient accès à tous les soins requis. À ce niveau, il importe de bien comprendre l'importance de l'apport actuel de financement privé au niveau des services médicaux.

D'abord, rappelons qu'en 1999 la commission Arpin note que la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec est passée de 25 % en 1989 à 30,9 % en 1998; mais que cette hausse n'a pas résulté d'une croissance des dépenses privées en santé, celles-ci passant de 9,5 % par année entre 1989 et 1991, à 5 % par année de 1991 à 1998; l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé résulte au contraire du freinage plus marqué des dépenses publiques que des dépenses privées.

Également, il importe de comprendre qu'en matière de services médicaux, la part des dépenses privées est quasi inexistante, celle-ci ne représentant qu'environ 1 % des dépenses totales de santé. Il est donc faux de croire qu'il n'y a pas là une source de financement complémentaire à explorer. En effet, selon l'ICIS, sur des dépenses de santé per capita du secteur privé au Canada de 1 341,28 \$ en 2005, seuls 6,23\$ par habitant sont consacrés à la rémunération des médecins. En comparaison, les dépenses privées par habitant sont de 230 \$ pour les hôpitaux et autres établissements, 287 \$ pour les services dentaires, 86\$ pour les soins de la vue et de plus de 475 \$ pour les médicaments. N'y a-t-il pas là une marge de manœuvre à considérer pour les services médicaux ? Il n'est pas étonnant que des sondages nous révèlent que la population serait prête à payer davantage pour améliorer l'accessibilité aux soins médicaux.

A. Les frais accessoires. Si, comme le propose le rapport Ménard, dont les médecins étaient d'ailleurs exclus des travaux, on devait limiter la croissance des dépenses de santé à la croissance de la richesse collective, la demande de soins ne diminuera pas d'autant et la pression sur les médecins pour donner ces soins ne fera qu'augmenter, en particulier en cabinet.

Il y aurait lieu de considérer la possibilité d'introduire des frais accessoires et leur financement, deux demandes de longue date de la FMSQ. Il y a lieu d'identifier séparément les honoraires des médecins et les dépenses d'opération des cabinets afin de préciser l'ampleur des frais accessoires et trouver comment les financer.

En milieu hospitalier, l'utilisateur est déjà appelé à défrayer le coût d'utilisation de procédures particulières ou de fournitures particulières (lentilles intra-oculaires, prothèses auditives ou orthopédiques), ou encore, payer un supplément pour une chambre privée plutôt qu'une chambre partagée lors d'une hospitalisation. Il nous apparaît dès lors injuste que pour les cabinets privés, là où les dépenses sont importantes et les ententes ne fournissent pas de compensation suffisante et adéquate pour les coûts d'exploitation, il soit interdit d'appliquer les mêmes pratiques qu'en milieu hospitalier.

Afin d'éviter de restreindre l'accès aux soins en cabinet pour des contraintes financières, on pourrait répondre en établissant un système qui ressemblerait à celui de l'assurance médicaments : soit que le patient défraie de sa poche ou que ces frais accessoires sont inclus dans une police d'assurance complémentaire telles que celles qui sont actuellement en existence; pour ceux qui ne peuvent payer ou ne possèdent pas une telle assurance complémentaire, le régime public aurait à défrayer les frais accessoires.

La loi dans son contexte actuel ne permet pas aux médecins de demander de frais additionnels au patient pour les coûts d'exploitation du cabinet privé, sauf pour les frais pharmacologiques (agents anesthésiques et médicaments). Or, les patients sont plutôt en accord avec ces frais. Par extension, que ce soit pour payer des frais d'ouverture de dossier ou pour payer différentes fournitures médicales, il faut explorer une ouverture en élargissant la gamme des frais accessoires qui pourraient être réclamés. À noter que pour les patients qui bénéficient d'assurances complémentaires, ces frais sont actuellement assumés par les assureurs.

B. Panier de services assurés. Notre système de santé repose sur les principes de la loi canadienne à laquelle nous adhérons. Toutefois, si le gouvernement arrive à la conclusion qu'il faut obtenir des sources de financement additionnelles parce que le système de financement public ne peut pas continuer au rythme actuel d'accroissement des dépenses, n'y a-t-il pas lieu de remettre en question la couverture de certains services? C'est une discussion difficile, mais ce serait manquer de courage que de ne pas examiner cette avenue. Il faut s'assurer que les soins de base et essentiels soient accessibles et soient payés par le financement public, mais il est possible de se questionner à nouveau sur une gamme de services qui présentement font l'objet d'une couverture publique et qui pourraient être davantage laissés à une couverture personnelle. Il y a maintenant plus de dix ans que cette réflexion a été faite et nous croyons qu'il y a lieu de la faire à nouveau.

C. Étanchéité de facturation. D'un strict point de vue conceptuel, on peut se demander pourquoi mettre d'emblée une interdiction absolue à la participation des médecins dans les deux régimes. Le document de consultation prétexte les désavantages de cette situation en raison des pénuries d'effectifs, mais cet argument n'est pas nécessairement convainquant : la non étanchéité ne permettrait-elle pas, comme en Angleterre, d'apporter un certain soulagement à la pression exercée sur le système public de prestation de soins, même s'il ne s'agit que d'une faible proportion ? Nous croyons que la facturation dans les deux régimes devrait encore faire partie de la discussion ; c'est d'ailleurs la voie que le gouvernement albertain a choisie, non seulement de la permettre, mais même de l'encourager. Cette hypothèse de travail émanant d'une province nettement mieux nantie que la nôtre, n'y aurait-il pas là quelque leçon à tirer ou quelque réflexion à faire ? Au lieu de la balayer du revers de la main, n'y aurait-il pas lieu d'en évaluer les avantages potentiels et de voir comment parer les possibles inconvénients ?

D. La question des médecins non participants. Notre système de prestation de soins a toujours permis que les médecins deviennent non participants et dispensent directement des soins à une population qui désire acquitter le prix de leurs services. La position de la Fédération n'est pas à l'effet de voir la non participation massive des médecins comme une voie d'avenir, mais elle serait absolument contre le fait de remettre en question cette possibilité. La loi actuelle l'a toujours permise et doit continuer de permettre cette possibilité. Agir autrement serait remettre en question l'autonomie des médecins. Rappelons que la loi actuelle donne déjà des balises et permet au ministre, lorsqu'il l'estime nécessaire, d'arrêter la non participation au cas où celle-ci menacerait la prestation des soins dans le système public. Tel n'a jamais été le cas jusqu'à présent. Il n'y a présentement pas lieu de craindre un désengagement massif des médecins et nous serions contre un durcissement de la situation voulant mettre des contrôles préventifs alors qu'il n'y a actuellement pas de problème ni péril en la demeure. De plus, limiter la facturation des médecins non participants à celle payable dans le secteur public impliquerait de rehausser la tarification actuellement applicable en cabinet privé, entraînant ainsi une augmentation du financement public.

CONCLUSION

L'accès à des services médicaux passe d'abord par des effectifs médicaux en nombre suffisant. Jusqu'à maintenant, quelles que soient les prévisions optimistes actuelles, les gouvernements successifs ont un triste record dans leurs prédictions, et il manquera certainement de médecins spécialistes durant la prochaine décennie.

Le credo des médecins spécialistes : un système de santé à financement public adéquat. Depuis l'avènement de notre système de santé il y a maintenant près de quarante ans, l'accès des patients à des services médicaux spécialisés a été réduit tantôt par des plafonnements d'activités imposés aux médecins, tantôt par des budgets hospitaliers insuffisants, tantôt par des réductions des admissions en faculté de médecine, et durant la dernière décennie, par un exode significatif de médecins spécialistes, soit l'équivalent de plus d'une cohorte de finissants. Ce serait faire preuve d'un optimisme béat que de croire que l'appareil gouvernemental financera tout à coup adéquatement le système de santé.

Devenir le meilleur système de santé au monde, voilà un bel objectif mais commençons par nous hisser à la hauteur des autres provinces canadiennes au point de vue investissements per capita et le gouvernement pourra alors à la fois offrir une meilleure accessibilité aux soins et rémunérer de façon juste les médecins qui oeuvrent dans le système.

Dans l'éventualité fort probable où la décision serait déjà prise de limiter les dépenses de santé en regard des autres missions de l'État, y compris la dette, le système de santé devra être adapté et jouir de sources de financement complémentaires. La maladie n'attend pas les législateurs. Les patients désirent un accès aux services médicaux dont ils jugent avoir besoin et ce dans un délai raisonnable.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMS, D. *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, D. *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, JF. «Les usagers des services de santé en sont satisfaits», Sondage Léger & Léger, *La Presse*, jeudi 17 août 2000.

BÉLAND, F. *Le financement : payer plus cher ou réduire l'offre de services ?*, Montréal, Institut du nouveau-monde, Fides; 12 mars 2005. VENNE M, dir. *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*. Montréal : Institut du Nouveau Monde, Fides; 2005.

BÉLAND, F. *Les dépenses de santé au Québec : La bataille des chiffres – Mémoire déposé à la Commission des affaires sociales*. Montréal, Mars 2006, 27 p.

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.

COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (Comité Ménard). *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations : rapport et recommandations*. Québec. Juillet 2005.

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.

COUILLARD P. *Pour un meilleur système de santé : adapter nos pratiques, affirmer nos principes*. *L'actualité médicale*, 15 mars 2006, p. 4.

DEBER, RB. «Who wants to pay for health care?» *CMAJ*, 163 (1), 2000 Jul 11, pp. 43-44.

DECTER, MB. *Four Strong Wind : Understanding the Growing Challenges to Health Care*, Stoddart Publishing Co. Limited, Toronto, 2000, 307 p.

ÉQUIPE DE TRAVAIL POUR MOBILISER LES EFFORTS EN PRÉVENTION. *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes : recommandations*. Québec 2005 (Rapport Perrault).

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. *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*. Mémoire de la FMSQ, 2000, 22 p.

GAUTHIER, P. «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.

GOVERNEMENT DE L'ALBERTA. *Health Policy Framework*. Alberta: 2006.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité. Document de consultation*. MSSS: 2006.

GRATZER David. *Code Blue : Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999, 220 p.

INGELHART John K. Revisiting the Canadian Health Care System. *New England Journal of Medicine*, 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.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada*, Statistique Canada, Ottawa, 2001, 87 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada*, Statistique Canada, Ottawa, 2002, 97 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada*, Statistique Canada, Ottawa, 2003, 126 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada*, Statistique Canada, Ottawa, 2004, 106 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances et dépenses nationales de santé, 1975-2001*, tableaux D.1.5.1, D.4.5.1. Statistique Canada, Ottawa, 2000.

MÉTHOT D. *Les chirurgiens généraux réagissent à la garantie d'accès : « Il faudra un changement de mentalité dans les hôpitaux »*. L'actualité médicale, 15 mars 2006, p. 6.

MÉTHOT D. *Les othopédistes accueillent favorablement le plan de Québec*. L'actualité médicale, 15 mars 2006, p. 6.

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

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

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE). *Le projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants – études thématiques*. Paris; 2004.

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

PELIKAN JM, KRAJIC K, DIESCHER C. *The health promoting hospital (HPH) concept and development.* Patient Educ Couns 2001; 45: 239-43.

PROVOST, J. *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 Fédération des médecins spécialistes du Québec, Montréal, 1999.

STATISTIQUE CANADA, *Comptes économiques provinciaux, 1981-2000.* Ottawa, 2002.

2, Complexe Desjardins
Porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8

Tél. : (514) 350-5000
Tél. : (514) 350-5175
Courriel : communications@fmsq.org