



**Commentaires de la Confédération des syndicats nationaux sur
le projet de loi n° 33 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé
et les services sociaux et autres dispositions législatives**

La CSN accorde beaucoup d'attention aux politiques et législations qui touchent le système public de santé québécois. Au printemps dernier, lors des auditions de la Commission des affaires sociales sur le document gouvernemental *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* faisant suite au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli, nous avons souscrit à l'objectif de garantir l'accès aux services médicaux dans des délais requis pour des spécialités souffrant d'une longue liste d'attente. Toutefois, comme beaucoup d'autres intervenantes et intervenants, nous avons exprimé clairement notre opposition aux propositions visant à accentuer le rôle du privé dans le système de santé que ce soit par la levée de l'interdiction de l'assurance-maladie duplicative pour certaines chirurgies électives ou par la création de cliniques médicales spécialisées affiliées à des centres hospitaliers.

En juin dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux déposait le projet de loi n° 33 visant la mise en œuvre de son plan d'action. Malheureusement, les mesures favorisant le secteur privé s'y retrouvent pour l'essentiel. La CSN n'a pas été invitée à participer à la commission parlementaire qui se tiendra prochainement sur ce projet de loi. Compte tenu des enjeux que celui-ci soulève pour l'avenir de notre système public, nous avons cru de notre devoir de soumettre aux membres de la Commission des affaires sociales les commentaires suivants. Nous espérons que ceux-ci contribueront à la réflexion et au débat des parlementaires.

1- La garantie d'accès pour les établissements publics

Le projet de loi prévoit la mise en place d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés pour chaque centre hospitalier. Ce mécanisme s'ajoute au plan d'organisation obligatoire d'un hôpital. Pour la CSN, l'implantation d'un tel mécanisme ne peut que contribuer à améliorer l'accès aux services dans des délais raisonnables. Nous y souscrivons. Il est reconnu que la gestion centralisée des listes d'attentes représente un moyen efficace pour réduire les délais inacceptables. Toutefois, il faudra que des normes

soient établies pour préciser ce qui constitue un délai d'attente acceptable ou raisonnable, ce que le projet de loi ne prévoit pas pour l'instant.

Par ailleurs, nous nous réjouissons qu'il soit prévu dans le projet de loi que le conseil d'administration de l'établissement soit régulièrement saisi de l'état de situation concernant la gestion des listes d'attente et l'efficacité du mécanisme mis en place. C'est une disposition qui favorise une culture d'imputabilité que nous soutenons.

2- Les centres médicaux spécialisés ou une place accrue au privé

Le projet de loi confirme ce qui était annoncé dans le livre blanc : la mise en place d'un partenariat public-privé pour la réalisation de certaines activités médicales spécialisées. À cette fin, le projet de loi crée les centres médicaux spécialisés qui pourront dispenser tous les services médicaux nécessaires pour effectuer les chirurgies liées au remplacement de la hanche, du genou ou au traitement de la cataracte ou tout autre service médical spécialisé déterminé par règlement du ministre.

Dans son mémoire du printemps dernier, la CSN s'était dite favorable à la création de tels centres spécialisés en autant qu'il s'agisse d'institutions publiques. Des initiatives prises notamment dans la région de Montréal ont fait la preuve que le regroupement de chirurgies¹ ciblées dans des centres publics augmente significativement le nombre de cas traités et réduit conséquemment les temps d'attente. Des initiatives ailleurs au Canada, telles le *Queensway Surgicentre* de Toronto ou la clinique du *Winipeg Regional Health Authority* servent aussi de référence en matière d'efficience pour des chirurgies ciblées réalisées dans le secteur public.

Mais le ministre de la Santé et des Services Sociaux persiste à privilégier le secteur privé pour le développement de ces nouvelles cliniques spécialisées même si aucune preuve ne démontre la justesse de ce choix pour régler les problèmes partout où le besoin se fait sentir. Le ministre justifie sa décision en prétextant que des partenaires privés sont prêts et disponibles au Québec pour investir dans ces cliniques spécialisées et que cela s'est fait ailleurs dans le monde. Pourtant des études démontrent que ces expériences étrangères sont loin d'être aussi concluantes qu'on le laisse entendre. Par exemple, les recherches de l'OCDE révèlent que l'achat de services au privé ne permet pas de réduire les délais d'attente dans le secteur public. On constate plutôt un transfert de ressources humaines du secteur public vers le privé sans augmentation globale de l'offre. Une étude réalisée sur l'expérience du Royaume Uni avec le *Private Finance Initiative (PFI)* démontre aussi que les partenariats public-privé conduisent à des reculs de qualité, d'imputabilité et de contrôle des coûts pour le secteur public à cause de facteurs comme l'opacité des contrats liant les parties, les obligations de gestion visant le rendement des investissements, des coûts de financement plus élevés, une

priorité accordée aux obligations et paiements envers les partenaires commerciaux, des frais juridiques, des pertes de synergie et de qualité, etc. (*Télescope*, vol. 12 n° 1, février 2005, pp 41-52).

Selon le projet de loi, un *centre médical spécialisé* devra détenir un permis délivré par le ministre et ne pourra prendre que l'une ou l'autre de deux formes d'exploitation : celle où pratiquent exclusivement des médecins participants au Régime d'assurance-maladie du Québec ; celle où pratiquent exclusivement des médecins non participants. Cette disposition a au moins l'avantage de limiter les stratégies commerciales misant sur un partage d'infrastructures, d'équipements et de frais d'exploitation entre médecins participants et médecins non participants.

De plus le projet de loi encadre de manière assez stricte la propriété d'un centre médical spécialisé qui devra être détenu majoritairement par un ou des médecins membres du Collège des médecins du Québec. Il sera aussi interdit à un producteur ou distributeur de biens ou services autre qu'un médecin de détenir directement ou indirectement des actions ou des parts dans un tel centre si ces biens ou services peuvent être requis par la clientèle du centre. On ferme donc la porte à des centres médicaux du type HMO américain auxquels sont directement associées des entreprises comme des compagnies d'assurance ou des sociétés pharmaceutiques. C'est un moindre mal.

En outre, le projet de loi n° 33 institue la *clinique médicale associée* qui peut être soit un cabinet privé de professionnel, un laboratoire ou encore une clinique médicale spécialisée composée de médecins participants au régime d'assurance maladie (RAMQ). Cette clinique est associée par entente à un centre hospitalier pour dispenser certains services médicaux spécialisés aux personnes référées par l'établissement. Nous sommes opposés à cette disposition s'il s'agit d'entreprise privée. Ajoutée aux centres médicaux spécialisés, les cliniques associées accentueront la délégation d'actes du public vers le secteur privé et conséquemment le transfert de ressources. Nous le répétons, nous ne sommes pas contre l'idée de cliniques spécialisées. Mais nous préconisons de miser sur des cliniques publiques, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, en cliniques externes ou en centres ambulatoires. Nous croyons qu'il faut miser sur les médecins cliniciens plutôt que sur les médecins entrepreneurs car les formules de partenariat public-privé contenues dans le projet de loi portent les germes d'un système parallèle de soins privés incompatible et nuisible avec les objectifs d'efficacité et d'équité portés par le réseau public.

Ceci dit, il faut souligner que le projet de loi régularise la couverture de certains services qui sont assurés en milieu hospitalier mais qui ne le sont pas lorsque dispensés hors de l'hôpital. On pense par exemple aux examens « scan » de radiologie en cliniques ou laboratoires privés. On comprend que de tels services seront dorénavant couverts dans le cadre d'une entente avec une clinique associée lorsqu'une agence régionale estime qu'il y a des difficultés d'accès à ces services

de sa région. Mais il serait aussi souhaitable de prendre les moyens pour inciter les radiologistes à pratiquer en milieu hospitalier étant donné qu'ils y sont en nombre insuffisant.

Concernant les frais pouvant être réclamés d'une usagère ou d'un usager dans une clinique médicale associée, le projet de loi précise qu'ils doivent être les mêmes que ceux qui auraient été payés en établissement public. Le projet de loi propose aussi d'obliger les médecins pratiquant en clinique ou cabinet privé à afficher les montants à payer pour les services dispensés, les fournitures et les frais accessoires. Cette disposition a au moins l'avantage de favoriser l'information des patients sur les sommes qu'ils auront à déboursier.

Soulignons enfin que le projet de loi fait obligation à un centre hospitalier d'obtenir l'autorisation du ministre pour louer ses installations à un professionnel non participant. À la CSN, nous sommes opposés à ces pratiques de location qui sont en augmentation depuis un certain temps. Mais compte tenu des précédents, cette disposition a au moins le mérite de rendre le ministre imputable des locations autorisées.

3- L'assurance maladie privée duplicative

Autre volet important du projet de loi n° 33 : la levée de l'interdiction de l'assurance-maladie privée duplicative. Il est vrai que cette levée d'interdiction est pour l'instant limitée à des chirurgies ciblées (arthroplastie-prothèse totale de la hanche ou du genou et extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intra-oculaire) et aux services requis pour l'ensemble de l'épisode de soins (services préopératoires et postopératoires). Toutefois, le projet de loi prévoit que cette levée d'interdiction pourra s'étendre à d'autres services médicaux déterminés par simple règlement du ministre.

Il y a dans cette approche un paradoxe difficilement défendable. En effet, dans son livre blanc, le gouvernement annonçait que plus on s'attaquera aux délais d'attente et qu'on élargira la garantie d'accès, plus on permettra le développement d'assurance-maladie privée en parallèle au régime public. Autrement dit, c'est comme si une meilleure performance du système public en matière d'accès aux services médicaux accentuait en même temps l'ouverture à l'assurance-maladie privée. C'est une logique à laquelle la CSN ne peut d'aucune manière souscrire.

On connaît les pénuries de professionnel·les dans le système de santé québécois, en particulier les médecins. Il est illusoire de penser que le recours accru à des cliniques privées, composées de médecins non participants et financées par une assurance-maladie privée, pourra réduire les temps d'attente dans l'ensemble du système. Avec le transfert de ressources professionnelles vers le secteur privé, il y a fort à parier que le secteur public sera plus déficitaire.

Comme le notait la CSN dans son mémoire du printemps dernier, il est reconnu, notamment par les études de l'OCDE, que les systèmes de santé parallèles au système public favorisent les personnes plus riches ainsi que celles qui sont plus jeunes, en meilleure santé ou qui ont des problèmes de santé moins coûteux à traiter. Ainsi, l'assurance-maladie duplicative induit une différenciation dans le choix et la rapidité des soins entre les personnes titulaires d'une assurance privée et celles qui n'en possèdent pas. Il se crée alors un régime à deux vitesses dans lequel la rapidité d'accès aux services est déterminée par les moyens financiers des patients, non par leurs besoins. Ceci est contraire aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* et aux valeurs de solidarité et d'équité qui fondent le système public québécois.

Par ailleurs, une ambiguïté subsiste dans le projet de loi en regard de l'assurance-hospitalisation. En effet, il demeure interdit pour une assurance privée de couvrir des services inclus dans le régime public. Mais en même temps, il sera possible aux centres médicaux spécialisés, en fonction de leur permis, de disposer de lits d'hébergement. Nous laissons à d'autres le soin de clarifier s'il s'agit d'hébergement ou d'hospitalisation, mais il risque d'y avoir là une autre brèche ouvrant à des services hospitaliers privés.

Comme le disait le ministre de la Santé et des Services sociaux aux représentants des médecins omnipraticiens :

On est dans une démarche d'extrême prudence... parce que les effets pervers sont immenses et irréversibles lorsqu'ils se présenteront. C'est le genre de politique qu'on met sur pied, puis que, quelques mois plus tard ou quelques années plus tard, on dit : je n'aurais pas dû. Là, il est trop tard parce que les habitudes sont prises, puis les glissements sont faits. (Cité par Lionel Robert, Le Devoir, 23 mai 2006)

En conclusion

Alors que le réseau des services de santé et des services sociaux est mobilisé dans une réforme complexe pour tenter d'intégrer structures et services et pour améliorer sa performance dans un cadre budgétaire toujours insuffisant, le projet de loi n° 33 propose en fin de compte une autre voie en misant sur le secteur privé. En réalité, avec ce projet, les autorités gouvernementales parlent des deux côtés de la bouche en même temps. Elles prétendent vouloir améliorer l'accès aux services publics. Mais, dans le même souffle, elles proposent de faire une place accrue au privé à la fois en matière de financement (l'assurance-maladie privée duplicative) et dans la production même de services médicaux (les centres médicaux spécialisés et les cliniques associées). C'est à cette double logique que la CSN s'oppose afin d'éviter la mise en place d'un système de santé à deux vitesses.

Il nous faut aussi ajouter que les dispositions en faveur de la privatisation contenues dans le projet de loi sont susceptibles d'affaiblir grandement les clauses

soustrayant les services publics aux accords commerciaux internationaux, en particulier au traité de libre-échange avec les États-Unis (ALENA). Une telle éventualité accentuerait les pressions pour ouvrir encore plus grande la porte à la marchandisation des services de santé québécois.

Il n'y a pas d'expérience ici et ailleurs dans le monde qui démontre qu'un rôle accru dévolu au secteur privé améliore l'accès universel aux services de santé ou en diminue les coûts pour la collectivité. C'est plutôt le contraire qui est démontré : la privatisation accentue les iniquités d'accès en favorisant les personnes plus fortunées et entraîne à la hausse les coûts de santé.

Pour la CSN, il faut rayer du projet de loi les dispositions qui misent sur la logique marchande et les opportunités d'affaire pour régler les problèmes d'accès. Il faut plutôt privilégier les moyens suivants : implanter un mécanisme de garantie d'accès tel que le prévoit déjà le projet de loi ; à l'instar d'initiatives prises notamment dans la région de Montréal, regrouper les activités médicales souffrant de longue liste d'attente dans des cliniques ou centres publics spécialisés afin d'en accroître la performance et d'en réduire les délais d'intervention.

De notre point de vue, ces mesures répondent amplement aux problèmes soulevés par le jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli.

2006-09-07