



Mémoire
de la
Fédération des travailleurs et
travailleuses du Québec

Sur le projet de loi n° 34

(Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale)

mai 2009

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
565, boul. Crémazie Est, bureau 12100
Montréal (Québec) H2M 2W3
Téléphone : (514) 383-8000
Télécopie : (514) 383-8001
Site Web : www.ftq.qc.ca

Dépôt légal – 2^e trimestre 2009
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 978-2-89639-077-9

Au nom de son demi-million de membres, la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec remercie la Commission des affaires sociales de lui donner l'occasion de se faire entendre sur une question qui, si elle est capitale pour la population du Québec, est également décisive pour l'évolution de son système de santé.

RETOUR EN ARRIÈRE

Ces dernières années, la FTQ a saisi toutes les occasions pour exprimer son attachement au système public de santé du Québec. Consciente des problèmes vécus par les usagers — accès à un médecin de famille, longueur des listes d'attente, engorgement des urgences, etc. —, notre centrale a fait campagne pour communiquer sa conviction que des solutions pouvaient être trouvées à l'intérieur même du système public.

Nous avons félicité le premier ministre ainsi que votre prédécesseur pour les professions de foi qu'ils ont formulées à l'égard du système public de santé à l'occasion du lancement de la discussion sur la garantie d'accès. Pour l'un, notre système de santé constituait « *l'un de nos plus précieux joyaux* », tandis que pour l'autre, la démonstration avait été faite de l'incapacité de l'entreprise privée, « *partout où on lui en a donné l'occasion, d'offrir des services aussi accessibles et peu coûteux qu'un régime basé sur la taxation universelle.* »¹

Opposée vigoureusement à l'intrusion de l'assurance privée duplicative, la FTQ a aussi manifesté son opposition à une privatisation accrue des soins et des services de santé. Nous avons recueilli des dizaines de milliers de signatures à une pétition visant la préservation de notre système public de santé. Nous avons produit des instruments d'information (brochure, présentations *PowerPoint*, vidéo, page Internet, etc.). Nous avons organisé des débats à l'intérieur de nos syndicats affiliés, nous avons fait des tournées régionales, nous avons organisé une délégation chez nos voisins du Sud afin d'en savoir plus sur leur réalité, sans compter les nombreuses manifestations auxquelles nous avons participé. Bref, nous avons mis beaucoup d'énergie à sensibiliser nos membres, leurs familles et leurs amis, voire même nos députés, sur la nécessité de préserver notre système public de santé et sur la possibilité — bien réelle comme l'a démontré la tournée de la Fédération des médecins spécialistes — d'y trouver des solutions aux problèmes actuels.

En décembre 2007, le président Michel Arsenault adressait une lettre au ministre Couillard afin de lui demander le retrait du projet de règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé.

Permettez-nous de citer quelques extraits de cette lettre :

¹ Document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, printemps 2006, et *Le Devoir* du 14 février 2006, p. A-3.

« La lecture du règlement nous inquiète au plus haut point en ce qu'il prévoit, à son troisième paragraphe, que les traitements visés qui requerraient un hébergement postopératoire de plus de 24 heures, de même que l'arthroplastie-prothèse de la hanche ou de genou, devront être dispensés dans un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins non participants.

Obliger que l'arthroplastie-prothèse de la hanche et du genou ne se pratique qu'en centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins non participants ne peut qu'encourager les médecins du système public à se désengager et à mettre sur pied des centres médicaux spécialisés privés. De la même manière, l'obligation d'un hébergement postopératoire de plus de 24 heures, en l'absence d'encadrement spécifique, laisse libre cours aux « prescriptions » de la durée d'hébergement. Qui décidera si, oui ou non, un hébergement de plus de 24 heures est nécessaire? Cela encourage là aussi, cela va de soi, un désengagement certain des médecins actuellement participants. »

Le ministre nous a alors invités à rencontrer son équipe afin de clarifier ses intentions. Lors de cette rencontre, qui a eu lieu au printemps 2008, on nous a fait valoir que le règlement en question visait strictement à encadrer « *ce qui se faisait déjà* » en clinique privée afin d'éviter la répétition d'événements malheureux. On avait alors là une reproduction des explications données par le ministre à l'Assemblée nationale deux années plus tôt, lors du débat sur la garantie d'accès.

Le 14 novembre 2006, en effet, le ministre Couillard avait expliqué qu'il fallait « *donner un cadre légal et une définition légale à des activités qui, aujourd'hui même, ont lieu sur notre territoire, au Québec, dans différents types d'installations privées, selon qu'elles soient faites par des participants ou des non-participants.* » Deux jours plus tard, il réitérait que la création de l'entité légale de centre médical spécialisé « *ne crée rien de nouveau dans le paysage sociosanitaire du Québec sur le plan de la réalité des faits ou des pratiques en cours.* »

Sur ce plan, d'ailleurs, nous avons fait savoir au ministre que nous partagions l'objectif d'encadrer la qualité et la sécurité des soins et services, qu'ils soient donnés au public ou au privé, et qu'un coup de barre à ce sujet s'imposait.

À la publication, en juillet 2008, d'une nouvelle version du règlement sur les traitements médicaux spécialisés, force était de constater que les intentions du ministre allaient encore beaucoup plus loin, mais pas dans la bonne direction. À l'exception des chirurgies liées au bloc digital, les médecins non participants d'un centre médical spécialisé pourraient désormais effectuer à peu près toutes les chirurgies imaginables dont la durée d'hébergement postopératoire requise serait de plus de 24 heures. Clairement, il s'agissait d'une ouverture à la logique marchande, faisant de la santé un bien de consommation et ouvrant toute grande la porte à l'assurance privée.

Conjointement, la FTQ et la CSN ont alors entrepris une contestation juridique afin de faire invalider le règlement.

Le 30 mars 2009, Michel Arsenault a adressé une lettre au ministre Yves Bolduc dans laquelle il se réjouissait de sa décision « *de reporter à septembre prochain l'entrée en vigueur de la réglementation relative à la prestation de soins et de services en centres médicaux spécialisés privés.* » Mais il demandait aussi, entre autres, l'abrogation pure et simple de cette réglementation.

OÙ EN SOMMES-NOUS?

Le projet de loi 34 entend modifier diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale.

Si plusieurs points de ce projet sont positifs, notre inquiétude quant à une privatisation accrue des soins et des services de santé n'en est pas moins persistante.

Les bons points

Sans nous y limiter, nous trouvons particulièrement positifs :

1. la suppression du troisième paragraphe de l'article 1 qui étendait la définition d'un traitement médical spécialisé à « *tout autre traitement non mentionné aux paragraphes 1 ou 2 [...] excluant le bloc digital* »; (article 34)
2. le transfert du pouvoir réglementaire de prolonger la liste des traitements autorisés en centre médical spécialisé du ministre au gouvernement; (articles 1 et 13)
3. la disposition assurant un meilleur contrôle des médecins qui exercent leur profession dans un centre sur la structure corporative du centre médical spécialisé; (article 3)
4. l'obligation de nommer comme directeur médical du centre médical spécialisé un médecin qui y exerce sa profession; (article 5)
5. l'obligation, pour un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins non participants, d'offrir à leurs patients tous les services préopératoires et postopératoires normalement associés au traitement médical spécialisé, de même que tous les services de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires, à l'exclusion des complications (le coût de tels services ne pouvant être assumé par la RAMQ); (article 6)
6. l'obligation d'indiquer les services médicaux dispensés au permis délivré à l'exploitant d'un centre médical spécialisé; (article 7)

7. l'obligation, pour l'exploitant, de transmettre annuellement au ministre et à l'agence de son territoire un rapport de ses activités et autres renseignements sur l'identité des médecins omnipraticiens et spécialistes, le nombre de traitements médicaux spécialisés dispensés, etc.; (article 8)
8. l'interdiction de délivrer un permis d'exploitation à un centre médical spécialisé indiquant un nombre de lits supérieur à cinq; (article 9)
9. l'interdiction de rémunération par la RAMQ à des médecins pratiquant dans un centre médical spécialisé ou dans un laboratoire sans permis ou en cas de suspension, de révocation ou de non-renouvellement du permis; (articles 11, 12 et 27)
10. les modifications concernant les cabinets de médecins qui réunissaient des médecins participants et non participants; (article 30)
11. la non-couverture, par la RAMQ, des services de radiologie rendus dans un laboratoire en vertu d'une entente conclue avec l'exploitant d'un centre médical spécialisé. (article 35)

Les corrections à apporter

Le projet de loi est encore loin de l'intention initiale annoncée, à savoir la définition, la réglementation et l'encadrement des activités qui ont lieu au Québec, dans différents types d'installations privées, selon qu'elles soient faites par des médecins participants ou des non-participants.

Si tel est toujours le cas, le projet de loi doit être modifié clairement dans ce sens. Pour cela, et comme la FTQ vous l'a déjà demandé, il faudrait faire en premier lieu la lumière sur ce qui se fait actuellement en cabinet ou en centre médical privés : la nature des soins et des services, la quantité, le coût des services offerts, et rendre ces renseignements publics. Il faudrait ensuite organiser un débat public, en commission parlementaire, sur le type de services médicaux et chirurgicaux permis dans le secteur privé. Enfin, il faudrait procéder à la définition, à la réglementation et à l'encadrement des activités visées.

Il y aurait lieu, également, de modifier l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance-maladie afin de garantir que tout élargissement de l'assurance privée duplicative se fera par modification législative plutôt que par simple règlement, précédée d'une commission parlementaire. Il est clair que plus il y aura de traitements autorisés en centre exploité par des médecins non participants, plus il y aura d'intérêt pour les assureurs privés.

Rappelons-nous que le document de consultation sur la garantie d'accès, en 2006, soulignait que « *toutes les analyses rejettent le recours à la privatisation du financement des soins de santé* », pour une série de raisons : protection insuffisante de la couverture d'assurance privée, coûts élevés, problèmes d'accessibilité et d'équité pour les personnes à plus faible revenu, manque de ressources humaines, exclusions, etc.

« En permettant la vente de polices d'assurance par le secteur privé pour couvrir des services actuellement financés par le secteur public, peut-on lire dans le document, le jugement de la Cour suprême ouvre la voie au développement d'un réseau privé de prestation de services où les personnes disposant de moyens financiers suffisants pourraient obtenir des services médicaux et hospitaliers plus rapidement que celles qui utilisent les services financés par le secteur public. Ce sont les assises sociales du système public québécois qui sont alors remises en cause. » (op. cit., p. 35)

Le *Document de consultation* était très clair. L'ouverture au privé est problématique : encadrement complexe inadéquat, détournement des ressources du public vers le privé alors qu'on s'inquiète de la pénurie de médecins, allongement des listes d'attente dans le public alors qu'on voulait les rapetisser.

Dans une étude effectuée en 2004 sur l'assurance privée dans ses pays membres, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) constatait elle aussi que dans la plupart des cas, cette dernière pose des problèmes considérables d'équité et de maîtrise des coûts².

Dans les pays où des marchés privés se sont développés, explique l'organisme, l'accès à la couverture reste le problème clé et là où ils le sont peu, les individus à haut risque ont de la difficulté à trouver des polices d'assurance à un prix abordable. Tout en affirmant que l'assurance privée peut élargir l'accès aux soins lorsque la couverture publique n'est pas complète ou qu'elle n'est pas universelle, l'étude de l'OCDE constate que cet accès est inéquitable du fait que *« ce sont généralement les catégories à haut revenu qui souscrivent ce type d'assurance. »*

« Dans les systèmes duplicatifs, par exemple, l'assurance maladie privée offre à ceux qui peuvent se le permettre un niveau de soins, de choix et de rapidité d'accès supérieur à ce qu'offre le système public. Les assurés d'un régime privé peuvent en particulier bénéficier de délais plus courts pour la chirurgie électorive.

Mais rien ne permet de dire que cela réduit du même coup les temps d'attente dans le secteur public, qui est le seul choix possible pour les catégories à faible revenu. » (op. cit., p. 3)

Pour nous, cela équivaut à faire de la préservation du système public de soins et services et de son mode public de financement un pari sur l'avenir. D'abord et avant tout, le gouvernement du Québec peut et doit mobiliser ses énergies sur une meilleure accessibilité aux soins et aux services de santé, et plus particulièrement, aux médecins de famille (par exemple par la multiplication des groupes de médecine familiale ou encore la promotion auprès des étudiants en médecine de ce type de médecine). Il se doit d'accorder une attention encore plus aigüe à la gestion des listes d'attente et au désengorgement des salles d'urgence. Pour ce faire, il doit intensifier les efforts de réorganisation du travail et des services au sein des établissements publics. Il se doit enfin

² OCDE, *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, 2004, ISBN : 9264015655.

d'évaluer la pertinence de la création de cliniques spécialisées publiques afin d'améliorer l'accès dans le réseau public.

CONCLUSION

La FTQ souhaite ardemment que le secteur public demeure le seul et véritable maître d'œuvre, qu'il s'agisse de la gestion des listes d'attente et de la garantie d'accès, de la réglementation relative aux soins et services privés, du respect de l'étanchéité entre financements privé et public, des critères de qualité des soins et des services requis et plus particulièrement, de l'utilisation optimale des établissements publics, de leurs installations et de leurs équipements. C'est une voie incontournable pour qui a à cœur le respect des valeurs de justice, d'équité, d'accessibilité et d'universalité, sans lesquelles notre système public ne serait plus qu'un mot creux.

S'il est certain que le projet de loi 34 du ministre Bolduc améliore sensiblement ce qu'avait mis sur la table son prédécesseur Couillard, il n'en reste pas moins qu'il pose les jalons de la création d'un marché privé de la médecine et de l'assurance duplicative.

C'est le sens profond d'une pratique médicale à l'intérieur de sociétés par actions présentant des opportunités d'affaires pour investisseurs, de l'invitation tacite qui est faite aux médecins participants de se transformer en médecins non participants, de l'élargissement potentiel du nombre de traitements dispensés en centres médicaux spécialisés et à l'ouverture plus grande à l'assurance privée duplicative.

Pour ces raisons, la FTQ ne peut appuyer le projet de loi 34. Il doit être retiré afin de permettre au ministre et à son équipe de faire les modifications nécessaires pour renforcer le système public, tout en encadrant et réglementant les activités qui sont actuellement du ressort de cabinets ou de cliniques privées.

MA/cb

c:\data\santé\2009-2010\mémoire pdl34.doc