



VERS UNE PRATIQUE EXTRA-HOSPITALIÈRE MIEUX ENCADRÉE

Projet de loi n° 34 : Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale

Commentaires présentés à la Commission des affaires sociales du Québec

Québec, le 26 mai 2009

MQRP est un regroupement volontaire de médecins, voué au maintien et à l'amélioration du système public de santé accessible à tous, sans distinction de moyens, par la voie d'un financement et d'une prestation des soins publics. Constitué en 2005 suite au jugement *Chaoulli* de la Cour suprême, MQRP considère que des améliorations au système de santé s'imposent, mais qu'elles peuvent et doivent se faire dans le cadre du régime public pour être à l'avantage de toute la population.

Notre démarche se fonde sur les réalités de la pratique quotidienne de la médecine, l'analyse des données de la littérature scientifique et de l'économie des systèmes de santé, ainsi que sur le dialogue interdisciplinaire.

MQRP compte actuellement plusieurs centaines de médecins de toutes catégories dans diverses régions du Québec. Ses activités sont aussi ouvertes aux personnes et organisations amies qui contribuent de diverses manières à ses travaux.

MQRP est partenaire de Canadian Doctors for Medicare (CDM) qui poursuit des objectifs semblables dans les autres régions du Canada.
www.canadiandoctorsformedicare.ca

www.mqrp.qc.ca

Commentaire général

Les corrections proposées dans le projet de loi 34 constituent, à notre avis, des améliorations essentielles pour limiter le développement du privé et mieux encadrer la pratique spécialisée extra-hospitalière.

Dans un premier temps, MQRP tient à préciser que nous reconnaissons la liberté des médecins d'adhérer ou non au régime public, mais nous nous objectons totalement à la pratique mixte préconisée par certaines associations médicales et par les tenants du privé. Aussi, appuyons-nous le projet de loi pour ce qui est de l'étanchéité entre CMS de médecins participants et CMS de médecins non participants.

Pour ce qui est de la pratique spécialisée extra-hospitalière, il ne s'agit pas complètement d'une nouveauté. En effet, depuis la mise en place du système public de santé au Québec dans les années 1960-1970, une certaine partie des services médicaux spécialisés est dispensée dans les cabinets privés des médecins participants à la RAMQ, dans des cliniques contrôlées par eux et aux conditions prévues dans les ententes avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les innovations technologiques ont permis d'ailleurs que certaines interventions puissent se faire sans risque hors des hôpitaux.

Mais, depuis les années 2000, surtout depuis le jugement *Chaoulli* et la loi 33, on assiste à l'émergence de cliniques et centres de chirurgie privés appartenant à des actionnaires privés, offrant une gamme de plus en plus étendue de services, couverts ou non ou en partie seulement par le régime public.

Il y a encore peu de privé/privé, mais plutôt un mélange des genres dans lequel les patients ne peuvent y voir clair alors qu'ils sont de plus en plus souvent appelés à payer de leur poche, en même temps que les honoraires des médecins sont chargés à la RAMQ. Là où le marché a des chances de survie, surtout à Montréal et dans la périphérie, ces pratiques à la limite de la loi, voire illégales (surfacturation, frais accessoires, sollicitation des patients, offre de services non pertinents ...) se développent sous l'oeil tolérant des autorités publiques, les restrictions budgétaires importantes dans les établissements publics contribuant à cette « privatisation passive ».

Nous estimons que le projet de loi, pour les CMS de non-participants, amorce un virage pour placer devant un choix responsable les rares médecins et quelques hommes

d'affaires en train de se tailler un marché privé aux dépens du réseau public qu'ils parasitent actuellement. Le projet de loi ne dispose pas cependant de la prestation privée financée par des fonds publics, comme c'est le cas avec le Centre de chirurgie Rockland. MQRP a fait connaître sa position sur le sujet à diverses reprises. Des décisions récentes du ministre permettent d'espérer qu'il limitera l'expansion de ce genre de services. À cette fin, il faut investir davantage dans les cliniques externes des hôpitaux et dans des cliniques publiques sans but lucratif. Le gouvernement pourrait aussi envisager l'achat de certaines cliniques par le secteur public, comme cela s'est fait dans d'autres provinces.

Enfin, le projet de loi ne corrige pas la pire mixité-iniquité, historique en radiologie, à laquelle nous sommes confrontés chaque jour comme cliniciens avec l'accès inégal à certains services de radiologie (échographie, scans, résonance magnétique) pour nos patients. Cette brèche importante dans la couverture gratuite des services médicalement nécessaires doit être colmatée dans les meilleurs délais, d'autant plus que le gouvernement peut corriger la situation par simple règlement. Il est de l'essence même du régime public de santé que tous les services médicalement requis soient couverts et qu'ils le soient dans des délais raisonnables.

Après un rapide examen des principales dispositions du projet de loi, nous inviterons le gouvernement à aller plus loin pour assurer l'équité et la gratuité en matière d'accès aux services.

Articles 1, 2 et 13

Traitements médicaux spécialisés pouvant être dispensés en CMS

- (arts. 1, 13) MQRP considère qu'il est plus démocratique que le gouvernement, et non le ministre seul, détermine quels traitements peuvent être dispensés dans les CMS.
- (art. 2) Les restrictions à la liste prévue par règlement nous semblent mieux assurer la sécurité des malades

Articles 3, 4, 5 et 15

Conseil d'administration et direction médicale contrôlés par des médecins qui exercent leur profession dans le CMS

MQRP considère inacceptable que des hôpitaux et des cliniques médicales soient la propriété de sociétés commerciales. Cela étant, les changements apportés par le projet de loi qui exigent que les conseils d'administration soient formés en majorité par les médecins qui exercent dans le CMS et que le directeur médical soit choisi parmi eux sont essentiels pour renforcer l'autonomie professionnelle par rapport aux actionnaires non-médecins ou qui n'exercent pas dans la clinique.

Article 6

CMS de médecins non participants et imputation des coûts pré-, péri- et postopératoires

Cet article précise les coûts qui doivent être assumés par le malade. En plus du traitement médical spécialisé autorisé, le patient désirant se faire traiter dans un CMS de non participants devra aussi assumer tous les frais préopératoires et postopératoires. MQRP demande que l'exploitant du CMS soit tenu de préciser par écrit son plan de traitement entier, avec les coûts afférents, et d'informer le patient que ces coûts ne sont pas assumés par la RAMQ.

Article 8

Rapport annuel

MQRP considère cette disposition importante pour assurer la transparence des activités des CMS.

Article 9

Permis avec possibilité d'hébergement

MQRP considère que les CMS ne devraient pas être autorisées à pratiquer des traitements médicaux spécialisés qui exigent l'hospitalisation. Nous croyons toujours que

les CMS ne devraient pratiquer que des chirurgies mineures pour des patients à faible risque selon les normes des organisations professionnelles.

Par ailleurs, la modification à l'article 441 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (« *LSSS* ») limitant le nombre de lits à 5 par CMS, ne garantit pas qu'il n'y aura pas de collusion entre plusieurs CMS pour contourner la limite légale. Par conséquent, MQRP s'interroge sur l'applicabilité de cette limite.

Articles 10 et 11

Les conditions de suspension, de révocation et de refus de renouvellement d'un permis

(art. 10) MQRP demande à ce que soit ajouté une condition supplémentaire, à savoir « être déclaré coupable d'une infraction à la *Loi sur l'assurance maladie (LAM)* ou à l'un de ses règlements ». En effet, cette loi n'est pas moins importante que la *LSSS*, d'autant plus que les infractions à cette loi touchent directement les patients (ex. surfacturation).

(art. 11 et 12) Les patients devraient être informés par écrit de toute suspension, révocation ou refus de renouvellement d'un permis de CMS où ils sont traités. La liste de tels permis devrait être publiée, notamment sur le site du MSSS.

Conclusion et recommandations

Tout en appréciant certaines modifications aux dispositions de la loi concernant les CMS, nous tenons à réaffirmer que cette structure, même améliorée par le présent projet de loi, non seulement ne peut résoudre l'ensemble des problèmes d'accessibilité, de qualité et d'équité dans l'accès aux soins, mais doit être considérée comme une solution de dernier recours.

Le resserrement des règles entourant les CMS de médecins non-participants pourrait être l'occasion de ramener certaines équipes au sein du secteur public. D'autres provinces ont même racheté des cliniques chirurgicale (Manitoba) et radiologiques (Ontario) pour les intégrer au réseau public.

Le gouvernement doit augmenter l'offre de services dans le réseau public (hôpitaux, cliniques ambulatoires publiques, CLSC ...). Il doit faire appliquer rigoureusement l'interdiction de surfacturation dans les cabinets privés et les CMS de médecins participants.

Le gouvernement doit éliminer les exclusions de la couverture publique de certains actes radiologiques. Ces examens doivent être couverts par l'assurance publique, qu'ils soient effectués à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. Ils sont essentiels au processus de traitement et personne ne doit être mis devant le choix d'attendre des semaines ou des mois ou alors, de payer pour les recevoir. On voit de plus en plus de patients, même cancéreux qui paient pour des examens préopératoires, ce qui est tout à fait intolérable.

De plus, il n'est pas normal qu'un patient qui paie pour son examen puisse passer pour son traitement devant celui qui n'a pas eu les moyens de payer. Il est de l'essence même du régime public de santé que tous les services médicalement requis soient disponibles et le soient dans les délais raisonnables.

Donc, tant qu'il y a des listes d'attente déraisonnables au public, il faut que ces examens soient accessibles aux professionnels de la santé et aux patients. Autrement, on contre-vient aux lois qui assurent l'accessibilité aux soins médicalement nécessaires. Et si on n'applique pas la loi, on contribue à une « privatisation passive » avec les abus que l'on a pu constater dans le développement anarchique de cliniques plus ou moins privées. Nous

devons en même temps promouvoir des lignes directrices pour l'utilisation de ces examens de façon judicieuse et basée sur les évidences cliniques.

Enfin, les changements apportés par le projet de loi 34 sont assez considérables. Il est essentiel que le gouvernement et la RAMQ mettent en place les moyens nécessaires pour s'assurer que les nouvelles dispositions seront appliquées systématiquement et dans les meilleurs délais.

Pour terminer, nous félicitons le ministre d'avoir eu le courage de commencer à redresser une situation qui est en train de miner le caractère universel et démocratique de notre système de santé. Ça fait près de quinze ans que les difficultés s'accumulent. Il n'y a plus de temps à perdre. Il faut re donner confiance dans le système aux malades et à ceux et celles qui oeuvrent auprès d'eux.