

Équité et liberté individuelle : une nécessaire conciliation

Mémoire présenté à
la Commission des affaires sociales

Mars 2006

AMQ

Association médicale du Québec

380, rue Saint-Antoine Ouest, Bureau 3200, Montréal (Québec), H2Y 3X7
Tél.: (514) 866-0660 • 1 800 363-3932, Téléc.: (514) 866-0670, Info@amq.ca

Médecins
EN ACTION

Liminaires

L'AMQ croit primordial de mener ce débat fondamental sur l'accessibilité du système de santé en toute honnêteté, à l'écart de toute bataille idéologique et toute inclinaison vers la défense d'intérêts personnels ou corporatistes. Le but que nous visons est d'améliorer la qualité et l'accessibilité du système ainsi que d'en assurer la pérennité en recourant aux ressources les mieux qualifiées pour faire le travail, tout en respectant les valeurs chères aux Québécois.

À cet égard, l'AMQ croit que le devoir de l'État en la matière est de fournir et de financer les services médicalement requis à ceux et celles qui en ont besoin, en assurant, quels que soient les modes de prestation de ces services, le respect des plus hauts standards de qualité.

Tout en respectant, de façon générale, le principe de l'étanchéité entre les dispensateurs de services à financement public et ceux à financement privé, le gouvernement devrait permettre cette double prestation dans certaines disciplines où l'offre de services est excédentaire, à condition que cette pratique, pour l'ensemble de la population, se traduise par :

- L'amélioration de l'accessibilité des services.
- L'augmentation de la capacité du système de santé.
- La diminution des temps d'attente.

Par ailleurs, l'AMQ croit que la population qui le désire devrait pouvoir contracter une assurance privée couvrant un ensemble d'activités médicales et chirurgicales et non pas limitée aux interventions électives faisant l'objet de la garantie d'accès. Les cliniques spécialisées affiliées devraient pouvoir offrir un ensemble le plus large possible d'interventions médicales et chirurgicales afin d'améliorer l'accessibilité des services et réduire les listes d'attente.

Le gouvernement doit faire preuve de toute la vigilance nécessaire afin d'éviter que cette ouverture au privé ne se fasse au détriment du secteur public. À cet effet, il devrait mettre en place les mécanismes appropriés de monitoring et, le cas échéant, appliquer les mesures correctrices qui s'imposent.

Enfin, l'AMQ est d'accord avec la mise sur pied d'un « compte santé et services sociaux ». Celui-ci devrait toutefois regrouper toutes les dépenses de santé et de services sociaux et être accompagné d'un mécanisme statutaire annuel de reddition de comptes. L'AMQ est aussi d'accord avec l'instauration d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, dont la caisse serait administrée de façon indépendante par la Régie des rentes du Québec.

Table des matières

Association médicale du Québec	4
Conseil d'administration	
Comité de réflexion sur l'interface public/privé	
Introduction	6
1. Le contexte	7
1.1. Le jugement de la Cour suprême	
1.2. Financement et prestation	
1.3. La situation	
1.4. Forces et faiblesses du système	
1.5. Un système menacé	
1.6. L'ampleur du défi	
1.7. Le devoir de l'État	
2. La prévention	12
3. L'amélioration de l'organisation et des modes de prestation des services	13
3.1. L'évolution des besoins de santé de la population	
3.2. Le partage optimal des tâches	
3.3. Des effectifs suffisants et une rémunération adaptée	
4. Les principes	16
5. Garantir l'accès	18
5.1. Clarifier les zones grises	
5.2. Non au <i>statu quo</i>	
5.3. Non à l'approche de libre marché	
5.4. Oui à une approche hybride	
5.4.1. L'étanchéité entre les systèmes public et privé	
5.4.2. Le recours aux assurances privées	
5.5. Passer les bons messages	
6. Le financement	32
6.1. Le compte santé et services sociaux	
6.2. Le régime d'assurance contre la perte d'autonomie	
7. Conclusion	35
Sommaire des recommandations	36

Association médicale du Québec

Conseil d'administration

Dr Robert Ouellet, président
Dr Alain Noël, vice-président
Dr Jacques H. Roy, secrétaire trésorier
Dr André Senikas, président sortant
Dr Daniel Deslauriers, administrateur
Dr Jean-François Lajoie, administrateur
Dre Yolande Leduc, administrateur
Dr Jean-Bernard Trudeau, administrateur
Mme Claudette Duclos, directrice générale

Le conseil d'administration veut remercier les membres du comité de réflexion sur l'interface public/privé qui ont alimenté ses réflexions dans le cadre de ses consultations. Toutefois, les opinions émises dans ce mémoire n'engagent que l'Association médicale du Québec.

Comité de réflexion sur l'interface public/privé

Dr Raymond Carignan
Ex président du conseil d'administration provisoire
Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
(AQESSS)

M. Michel Clair
Président et chef de la direction
Groupe santé SEDNA inc.

Dr Michel Dagenais
Omnipraticien (Montréal)

Dre Chantal Ducasse
Omnipraticienne (non participante RAMQ - Montréal)

Dr Pierre Harvey
Microbiologiste et infectiologue (Bas-Saint-Laurent)

Dr Brendan Kenny
Neurochirurgien (Estrie)

Dr Sylvain Lafontaine
Psychiatre (Montréal)

Dr Alain Larouche
Médecin conseil
AMQ

Dr Alain Messier (médecin conseil en promotion de la santé)
Montérégie

Dr Mark E.A. Roper
Omnipraticien (Montréal)

Dr Gilles Ross
Omnipraticien (Région de la Côte-Nord)

Mme Joannie Ruel
Étudiante, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke
Représentante du regroupement des étudiants en médecine de l'AMQ

M. Denis Beauregard
Consultant externe

M. Robert Nadon
Directeur, Affaires publiques et professionnelles
AMQ

Introduction

L'Association médicale du Québec (AMQ) est la seule association québécoise qui rassemble les spécialistes, les omnipraticiens, les résidents et les étudiants en médecine.

La mission de l'AMQ est de rassembler et de soutenir les médecins du Québec, afin de garantir à la population québécoise des conditions et des soins de santé de qualité. Elle constitue un lieu de réflexion et de concertation pour les médecins qu'elle représente auprès des pouvoirs publics et de la population.

L'AMQ compte sur un vaste réseau de membres pour réfléchir aux enjeux auxquels est confrontée la profession médicale, proposer des solutions et innover pour repenser le rôle du médecin dans la société et constamment améliorer la pratique médicale.

L'AMQ aborde ce débat sur la gestion de l'interface public/privé dans notre système de santé avec comme principale préoccupation l'amélioration des services à la population. Cette amélioration passe nécessairement par un accès plus rapide, plus fluide aux services de santé.

Comme toujours, notre intervention se veut lucide et constructive. Elle est guidée par notre souci de contribuer efficacement et positivement à l'amélioration des services à la population.

1. Le contexte

1.1 Le jugement de la Cour suprême

Le débat sur la place du secteur privé dans le domaine de la santé a cours au Canada depuis plusieurs années. Les problèmes d'accessibilité dont se plaignent les Canadiens ont été à l'origine d'une offre de services dont certains discutent sinon la pertinence, du moins la légalité. En juin 2005, la Cour suprême du Canada, dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis, a enjoint le gouvernement du Québec de lever l'interdiction légale de souscrire à une assurance privée pour obtenir, dans des délais raisonnables, des soins assurés par le secteur public.

Au-delà de la stricte question du recours à l'assurance privée pour défrayer les coûts de services couverts par le régime public, l'occasion est belle d'aller au fond de cette problématique qui est en voie de devenir un véritable débat de société au Québec, tout comme dans l'ensemble du Canada. Au-delà aussi des arguties juridiques, c'est d'accessibilité dont il est question. Une accessibilité aux services dans des délais raisonnables. Le monopole que l'État s'est réservé touche l'ensemble des soins médicalement requis. La Cour suprême n'indique-t-elle pas que ce monopole d'État doit aller de pair avec la capacité d'assurer ces soins à l'intérieur de délais médicalement acceptables ?

1.2 Financement et prestation

Il y a lieu de distinguer dans le domaine de la santé entre le financement du système et la prestation des services.

Les Canadiens ont opté, au cours des années 1970, pour un système de santé dont le financement est public; du moins en ce qui concerne les services médicalement requis au sens de la loi canadienne (honoraires des

médecins, frais d'hospitalisation, etc.). Le financement public du système de santé a toujours cours et est rarement remis en cause.

La prestation des services peut être privée ou publique et n'a rien à voir avec leur financement. Ainsi, la grande majorité des services de première ligne offerts au Québec le sont dans des cliniques mises sur pied et gérées de façon indépendante par des médecins participant au régime d'assurance-maladie du Québec, sans pour autant que le financement public du système ne soit mis en cause. Ce réseau très efficace de cliniques indépendantes s'est avéré, au fil des ans, un complément indispensable au réseau d'établissements publics.

1.3 La situation

À l'instar de la majorité des autres pays industrialisés, la part de financement public du système canadien de santé est d'environ 70 % et celle du financement privé, d'environ 30 %. Derrière cette apparente similitude entre le financement public du système canadien de santé et le financement du système dans d'autres pays comparables se cachent des différences importantes.

Sans simplifier à outrance des comparaisons complexes, il est possible d'affirmer que le système canadien couvre à 100 % un panier étroit de services, alors que d'autres pays couvrent dans une moindre mesure un panier plus complet de services.

En effet, dans la presque totalité des autres pays, le système de santé couvre des services non couverts au Canada, par exemple, la santé dentaire, les soins de la vue, les services de physiothérapie et autres. Par contre, les utilisateurs des services de santé doivent contribuer directement au financement du service, par exemple, les utilisateurs français doivent défrayer

un coût de consultation à chaque fois qu'ils consultent un professionnel de la santé. Pour un grand nombre de citoyen, ces dépenses sont remboursées par leurs assurances privées, collectives ou individuelles.

En résumé : le système canadien couvre à 100 % un nombre limité de services; la majorité des autres systèmes couvrent dans une proportion moindre un plus grand nombre de services.

1.4 Forces et faiblesses du système

Le système canadien de santé a certainement contribué à l'atteinte des objectifs pour lesquels il a été conçu au cours des années 70. Notamment, il a permis à tous d'obtenir les soins médicalement requis, en fonction des besoins des utilisateurs et non des moyens financiers ou des relations dont chacun dispose.

Toutefois, l'évolution des conditions de santé de la population et de sa structure démographique modifie de façon importante la demande de services (demande pour certaines interventions – hanches, genoux, cataractes; demande reliée au vieillissement de la population notamment à la perte d'autonomie, etc.).

Par ailleurs, la sous-utilisation de certaines ressources matérielles (notamment les salles d'opération) a un impact sur les délais d'attente en chirurgie, alors que les médecins spécialistes en sont réduits à n'assumer qu'une fraction de la charge de travail qu'ils seraient disposés à assumer.

Le débat sur la réallocation des ressources entre secteur privé et secteur public en santé ne peut ignorer ces aspects cruciaux de la réalité. L'organisation actuelle du système ne doit pas faire illusion : sommes-nous aux prises avec un problème de pénurie de ressources en santé ou avec un

problème de sous utilisation des ressources disponibles et aptes à rendre des services de qualité ?

1.5 Un système menacé

Les resserrements budgétaires qui ont frappé le système québécois de santé depuis les années 1990 ont causé des problèmes avec lesquels il faut encore composer aujourd'hui et sont responsables, dans une certaine mesure, de certains délais d'attente jugés inacceptables par la Cour suprême. Par ailleurs, le financement du système est loin d'être assuré comme l'a démontré le rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec (Rapport Ménard) dont le constat financier est entériné dans le document ministériel intitulé « *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* ».

1.6 L'ampleur du défi

Selon le rapport Ménard, si rien ne change, le système québécois de santé et de services sociaux s'achemine vers un déficit annuel, cumulatif et récurrent, de l'ordre de 6 milliards \$ par année, dans dix ans ; de 11 milliards \$ par année, dans 15 ans ; de 28 milliards \$ par année, dans 25 ans. La part des dépenses socio sanitaires passerait alors de 32 % des dépenses de programmes du gouvernement, il y a une vingtaine d'années, à 68 % dans 25 ans. Cette année, ces dépenses accaparent déjà 43 % des dépenses de programmes du gouvernement, alors que même ratio représentait 32 % de ces dépenses en 1985. Il est clair que si rien ne change, c'est la pérennité même du système de santé qui est menacée, tout comme son efficacité et la qualité des services dispensés.

Rappelons également ce qui pose problème. Le financement du système repose entièrement sur l'effort fiscal des contribuables qui paient des impôts

et sur les entreprises qui contribuent au fonds de santé via une taxe sur leur masse salariale. Or, le vieillissement accéléré de la population du Québec aura pour effet de faire décroître de façon importante le nombre de personnes en âge de travailler par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus. De façon plus précise, ce ratio est passé de 8 : 1 à la fin des années 60, à 5 : 1 aujourd'hui. Il passera à 2 : 1 dans 25 ans. Donc, les personnes au travail à ce moment-là ne seront pas assez nombreuses pour payer la facture à eux seuls. De plus, un tel fardeau fiscal constituerait une grave iniquité à leur égard.

Si les décisions annoncées par le ministre Couillard peuvent avoir un impact sur la réduction des délais d'attente, ce dont il faut nous réjouir, ces décisions n'auront pas pour effet de réduire l'ampleur du défi financier auquel les Québécois sont confrontés. Au contraire, il faudra injecter des ressources additionnelles dans le système pour financer les services accrus qui ont été annoncés. Le ministre a parlé d'une vingtaine de millions de dollars additionnels.

Dans le débat qui s'amorce, les médecins québécois ne peuvent ignorer l'aspect financier de la problématique du système de santé. En conséquence, les orientations soutenues dans ce mémoire tiendront compte à la fois de dimensions ayant trait notamment à la qualité des services et à la capacité de la société québécoise de supporter le coût du système.

1.7 Le devoir de l'État

L'AMQ croit primordial de mener ce débat fondamental pour la société québécoise en toute honnêteté, à l'écart de toute bataille idéologique et toute inclinaison vers la défense d'intérêts personnels ou corporatistes. Le but de cette discussion est d'améliorer la qualité et l'accessibilité du système ainsi que d'en assurer la pérennité en recourant aux ressources les mieux

qualifiées pour faire le travail, tout en respectant les valeurs chères aux Québécois.

À cet égard, l'AMQ croit que le devoir de l'État en la matière est de fournir et de financer les services médicalement requis à ceux et celles qui en ont besoin, en assurant, quels que soient les modes de dispensation de ces services, le respect des plus hauts standards de qualité. L'expérience étrangère démontre que l'accomplissement de ce devoir de l'État est loin d'être incompatible avec une participation importante du secteur privé dans la prestation des services et même, à l'intérieur de certaines balises, dans le financement des services. À cet égard, le rôle de l'État doit être de s'assurer que l'accès aux services d'une partie de la population ne rende pas illusoire l'accès d'autres citoyens.

2. La prévention

Nous passerons rapidement sur la prévention comme facteur d'évolution du système de santé. Non que cette question ne soit pas importante, bien au contraire. Mais les principaux enjeux et pistes d'action sont bien campés dans le document de discussion du ministère et nous ne ferons pas double emploi.

L'AMQ est parfaitement d'accord avec l'orientation générale d'accentuer les efforts en prévention. Il est largement documenté que ce sont les habitudes de vie qui les principaux déterminants de la santé. La meilleure façon d'assurer la pérennité de notre système de santé est encore de l'éviter le plus possible. Nous voulons cependant formuler deux brefs commentaires sur les efforts de prévention.

Le premier concerne les nombreuses campagnes d'information et de sensibilisation pilotées par le Ministère et ses partenaires. Personne ne remettra en question la pertinence et l'utilité de ces campagnes. Il faut quand même reconnaître leurs limites. Ces limites, selon nous, sont principalement liées à la

finalité de ces campagnes qui visent, en bout de piste, à changer des comportements, ce qui n'est jamais facile.

Le deuxième commentaire est à l'effet d'améliorer les mécanismes de coordination interministériels ou intersectoriels, en particulier dans le domaine de l'environnement et de l'éducation. Il est pour le moins incongru de travailler à améliorer les habitudes d'alimentation de nos jeunes, tout en tolérant que les écoles et les commissions scolaires abritent des concessionnaires alimentaires offrant des menus inadéquats (*junk food*). De mémoire, c'est la première fois qu'un gouvernement énonce son intention d'assujettir l'activité des concessionnaires alimentaires à une politique globale d'alimentation et de nutrition. C'est une mesure que nous applaudissons. Plus largement, il faudrait que l'ensemble des actions gouvernementales, dans tous les secteurs d'activités, soient examinées à la lumière des impacts possibles sur la santé et la sécurité de la population

3. L'amélioration de l'organisation et des modes de prestation des services

3.1 L'évolution des besoins de santé de la population

Tout comme les autres systèmes de santé nord-américains, nous sommes confrontés à des défis importants en raison du nombre croissant de personnes souffrant de maladies chroniques. Ainsi, en Amérique du Nord, une personne sur deux souffre d'au moins une maladie chronique et environ 40% de celles-ci souffrent de deux maladies chroniques ou plus. Plus de 80% de toutes les dépenses de santé sont causées par les maladies chroniques. Les personnes souffrant de 5 maladies chroniques ou plus représentent 3% de la population et expliquent 16% de toutes les dépenses de santé.

Les malades chroniques, à défaut d'avoir accès à des soins continus et bien coordonnés dans la communauté, se retrouvent à engorger les lits d'urgence et les lits des hôpitaux lorsque leur état de santé se détériore. Ces situations et les complications des maladies chroniques peuvent être prévenues.

Plus spécifiquement, au Québec, il a été observé dans quatre régions différentes totalisant une population de 1,4 million de personnes que moins de 3% de la population sont responsables d'environ 50% de toutes les journées d'hospitalisation. Projetée à la grandeur du territoire québécois, ce serait environ 225 000 personnes qui accaparaient à elles seules la moitié de notre capacité totale d'hospitalisation!

Il est connu que les systèmes de santé ont été parfaitement adaptés, au cours des 50 dernières années, pour traiter, les épisodes aigus de soins comme par exemple, les maladies infectieuses et les différents traumatismes. Ce sont des systèmes réactifs. Pour ce qui est de la prise en charge des malades chroniques, nous avons besoin de systèmes de santé qui agissent : la prévention (secondaire et tertiaire), la continuité et la coordination des services pour cette clientèle produisent de bien meilleurs résultats de santé à des coûts moindres. L'urgence d'apporter les réformes nécessaires ne fait aucun doute, tellement les prévisions démographiques et épidémiologiques convergent vers un diagnostic implacable : il y aura de plus en plus de personnes souffrant de conditions chroniques et, à défaut d'agir, l'état de santé de la population se dégradera. L'AMQ croit important d'apporter cet élément de réflexion car comme société, nous le savons, nous aurons à assumer des dépenses de santé de plus en plus importantes, ce qui compromettra la viabilité d'autres services publics tout aussi essentiels.

Toute réflexion sur l'évolution des besoins de la population ne saurait se faire sans revenir à la nécessité de recentrer nos préoccupations sur l'articulation d'objectifs de santé clairs et sur le développement d'indicateurs appropriés. Le Québec a fait figure de proue dans le passé, notamment avec l'adoption de sa *Politique de santé et de bien-être*. Il faut toutefois reconnaître que la préoccupation d'orienter les actions en fonction d'objectifs de santé précis ne semble guère partagée par les milieux de soins eux-mêmes, qui ont à

composer quotidiennement avec la lourde tâche d'offrir des services dans des conditions souvent difficiles. De toute évidence, le discours macroscopique, aussi pertinent soit-il, ne semble pas être pleinement intégré aux actions posées par les professionnels sur le terrain. À l'heure où les centres de santé et de services sociaux sont à définir des projets cliniques pour mieux servir la population qu'ils desservent, il convient de se questionner sur la façon dont ces projets s'inscriront dans un plan plus global de santé et de bien-être.

3.2 Le partage optimal des tâches

Une réponse adaptée aux besoins de malades chroniques appelle non seulement des changements organisationnels (réforme des soins primaires) mais également des changements dans les modes de dispensation des services. Nos membres qui sont impliqués dans le soin aux patients souffrant de maladies chroniques au sein d'équipes regroupant divers professionnels de la santé nous témoignent des bénéfices, tant pour leurs patients que pour eux-mêmes de cette collaboration. C'est pourquoi, l'AMQ fonde ses actions sur des activités de promotion de nouvelles façons de faire. C'est le cas de notre congrès annuel, ouvert encore cette année à nos partenaires du réseau, ainsi que de l'animation de groupes de réflexion sur le sujet.

3.3 Des effectifs suffisants et une rémunération adaptée

Tous les observateurs s'entendent pour noter des modifications sensibles quant à la disponibilité des médecins afin d'assurer à la population une accessibilité aux soins et aux services, continus ou pas, selon la nature de leurs besoins.

Dans plusieurs milieux, le résultat global est à l'effet que les médecins généralistes sont de moins en moins présents dans le champ de la première

ligne et qu'une partie importante de la population se retrouve sans médecin de famille. L'accessibilité à un médecin de famille est même devenue problématique pour les médecins spécialistes lorsque ceux-ci donnent congé à un patient après un séjour hospitalier et qu'ils veulent le confier à un médecin de famille. Un cercle vicieux s'installe, lorsque des patients, à défaut d'obtenir des soins et des services adaptés à leur besoins de santé (maladies chroniques), se retrouvent à l'urgence et dans une unité de soins de patients admis.

Dans le respect des responsabilités confiées aux fédérations médicales de négocier les conditions d'exercice et les modalités de rémunération de leurs membres, l'AMQ invite le ministère à amener à l'ordre du jour des discussions avec les fédérations les questions concernant la meilleure façon de rémunérer les médecins au regard des besoins de santé de la population québécoise. L'AMQ croit que des efforts devraient être déployés afin de favoriser la prise en charge des patients vulnérables, par une rémunération adaptée et cohérente avec les réformes actuellement en cours et pour lesquelles tous s'entendent sur leur pertinence.

4. Les principes

Certains principes encadrent la démarche de l'AMQ vers des propositions visant à assurer aux Québécois un système de santé répondant aux plus hauts standards de qualité, dans le respect des droits de chacun.

L'équité

L'équité consiste à donner à chacun ce qui lui est dû, en fonction de la notion de justice naturelle. Par ailleurs, il est courant de confondre égalité et équité, qui sont deux concepts différents.

L'universalité

L'universalité est le caractère de ce qui s'étend à l'ensemble des individus, de ce qui est commun à tous. Appliqué à la santé, le principe d'universalité exige l'inscription de tous au système et leur capacité de bénéficier de ses dispositions.

L'accessibilité

L'accessibilité réside dans la capacité, pour la population d'avoir accès, en temps opportun, à des services de santé de qualité.

La solidarité

La solidarité est la propension de faire preuve de sensibilité à l'égard des maux d'autrui et à en partager le fardeau, en tenant compte notamment des générations futures. Dans le domaine de la santé, c'est en vertu du principe de solidarité que la gestion et le financement publics couvrent tous les services médicalement requis.

La transférabilité

Le principe de transférabilité permet d'assurer la couverture de tous les Canadiens, lorsqu'ils consomment des services médicaux ou hospitaliers dans une autre province au pays.

L'imputabilité

L'imputabilité invite chaque intervenant dans le réseau à répondre de la qualité et de la pertinence de ses actes professionnels et chaque utilisateur à reconnaître qu'il est le premier responsable de son état général de santé.

L'efficacité

Chaque intervenant dans le système doit atteindre les objectifs qui lui ont été fixés à l'intérieur des délais impartis. Le système doit donc offrir des services au meilleur coût possible, en réponse à un besoin, réel ou ressenti. Ce concept est étroitement relié à celui de la pertinence.

L'efficience

Le système doit utiliser ses ressources de façon optimale pour atteindre les objectifs fixés et donc poser les gestes appropriés, à chacune des étapes de la livraison des services. Efficience et efficacité, bien qu'étroitement reliés, ne sont donc pas synonymes.

La relation patient-médecin

Ce principe doit au premier chef permettre de maintenir la relation privilégiée entre le patient et son médecin. La gestion du système doit donc maintenir l'équilibre entre la liberté de choix du patient, l'équité dans l'accès aux services et l'autonomie professionnelle des médecins.

La qualité

L'État doit fournir et financer les services médicalement requis à ceux qui en ont besoin, en assurant le respect des plus hauts standards de qualité, qu'ils soient offerts par le secteur public ou par le secteur privé.

5. Garantir l'accès

Dans cette section, l'Association médicale du Québec présente sa proposition en réponse au document de discussion du Ministère. Plus spécifiquement, nous

ferons état des moyens que nous jugeons appropriés pour améliorer l'accessibilité des services de santé, tout en préservant les principes fondamentaux qui sont le fondement de notre système.

5.1 Clarifier les zones grises

Tout comme elle l'a fait lorsque le document de discussion a été rendu public, en février dernier, l'AMQ réitère son appui au maintien du financement public fort de notre système de santé. L'accès au système et aux ressources professionnelles qui le composent, sans égard à la capacité de payer, constitue un principe fondamental auquel nous souscrivons entièrement. Le respect de ce principe n'empêche toutefois pas la recherche de solutions complémentaires qui permettraient aux citoyens d'avoir plus de choix au moment où ils doivent accéder au système de soins. Nous aurons l'occasion d'y revenir un peu plus loin.

Pour le moment, il nous apparaît indispensable de profiter de tout ce débat sur le financement et la prestation privés de notre système de santé pour clarifier les zones grises qui subsistent à ce chapitre. Et elles sont nombreuses.

Toute discussion sur l'interface public/privé de notre système de santé doit d'abord partir de la reconnaissance d'un fait trop souvent occulté, à savoir que le Québec est doté d'un système mixte public/privé et ce, autant pour le financement que pour la prestation des services. Environ 30 % des dépenses en santé sont financées par des sources privées, soit des assurances complémentaires, soit d'une contribution monétaire des citoyens. Le mythe selon lequel le système de santé est totalement public est justement cela : un mythe.

Cela étant dit, le financement public joue un rôle majeur dans la prestation des services médicaux et hospitaliers au Québec et partout au Canada. La Loi canadienne de la santé, ainsi que les législations provinciales et territoriales, prévoient que tous les services médicaux et hospitaliers « nécessaires » doivent être couverts par le régime public, sans possibilité d'une contribution directe du citoyen utilisateur.

Pourtant, dans les faits, les accommodements à ce principe sont nombreux. Plusieurs cliniques privées font affaire au Québec, en offrant, sur une base privée, des services non couverts par le régime public. Les cliniques privées sont utilisées principalement par les entreprises et les employeurs qui désirent obtenir une expertise dans un processus de pré emploi ou qui souhaitent un accès rapide pour des dirigeants de haut niveau.

Théoriquement, ces cliniques offrent des services qui ne sont pas couverts par le régime public. Théoriquement, disons-nous. À compter du moment où une personne a un accès rapide à une clinique privée, moyennant rétribution, il devient bien difficile de départager les services couverts de ceux qui ne le sont pas. Il existe donc une zone grise où s'exerce une médecine presque parallèle, pratiquée par des médecins qui travaillent à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. Ignorer cet état de fait serait se mettre la tête dans le sable. Le débat actuel nous apparaît être une bonne occasion de reconnaître les faits et de permettre, dans certaines circonstances que nous déterminerons plus loin dans le présent mémoire, des pratiques qui font déjà partie de la réalité.

Si des cliniques privées ont ouvert leurs portes et continuent à offrir des services à la population, c'est qu'elles répondent à un besoin bien réel. C'est particulièrement vrai pour les services d'imagerie diagnostique qui ont fait l'objet d'investissements privés majeurs suite à la décision du gouvernement de ne pas assurer de tels services lorsque dispensés à l'extérieur des

établissements publics. D'ailleurs, il est monnaie courante pour ces derniers d'offrir à la clientèle le choix de faire appel à de telles cliniques ou d'attendre dans une file d'attente que le service soit offert par l'établissement public.

5.2 Non au *statu quo*

À la suite du jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis, le gouvernement aurait pu recourir à la clause dérogatoire (ou « nonobstant ») afin de soustraire la législation actuelle à ce jugement. Cette option, favorisée par l'opposition officielle, a été rejetée par le gouvernement. L'AMQ avait d'ailleurs déclaré publiquement que le *statu quo* n'était pas une option viable. Nous croyons également que toute orientation qui interpréterait de façon trop restrictive le jugement de la Cour suprême n'est pas non plus une option viable.

5.3 Non à l'approche de libre marché

Une approche de libre marché permettrait aux citoyens d'accéder au système de santé en fonction de leur capacité de payer. En vertu de cette approche, le citoyen pourrait payer de sa propre poche, ou en utilisant des assurances privées, pour accéder à des services de santé auprès de professionnels disposés à offrir leurs services contre rémunération.

Cette approche irait à l'encontre du principe d'équité, en permettant au citoyen de court-circuiter une file d'attente s'il possède les moyens financiers de le faire. Théoriquement, les personnes mieux nanties pourraient accéder au système de santé, devançant ainsi des personnes dont l'état de santé justifie qu'ils aient accès à ce même système plus rapidement. Cependant, l'utilisation d'assurances privées pourrait être acceptable quand tous les citoyens auront l'assurance d'accéder au système de santé dans des délais médicalement acceptables. Nous aborderons cette question un peu plus loin.

Pour l'instant, contentons-nous de dire non à une approche de libre marché, où les règles économiques de l'offre et de la demande s'exerceraient sans aucune forme de régulation. La santé n'est pas qu'un simple bien de consommation.

5.4 Oui à une approche hybride

Après avoir rejeté tant le *statu quo* que l'approche de libre marché, l'AMQ désire soumettre une approche qu'on peut qualifier d'hybride. Cette approche pourrait être l'amorce d'une réponse du gouvernement au jugement de la Cour suprême. Elle respecte, croyons-nous, le délicat équilibre entre la liberté individuelle du citoyen, le principe d'équité dans l'accès au système de santé et le maintien de la relation privilégiée patient/médecin.

Cette approche se caractérise par des modalités plus souples concernant l'étanchéité entre les systèmes public et privé et par un recours plus large des assurances privées pour couvrir la prestation des services couverts par le régime public.

5.4.1 L'étanchéité entre les systèmes public et privé

Les médecins devraient-ils pouvoir exercer leur profession à la fois dans le système public et dans le système privé? Cette question est fondamentale dans toutes les discussions qui ont cours relativement à l'interface public/privé de notre système de santé.

Il est impossible d'analyser cette question sans revenir à la Loi canadienne sur la santé.

La santé, avons-nous besoin de le répéter, est une juridiction provinciale et non fédérale. Toutefois, l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, en 1984,

est venue établir les conditions d'octroi et de versement applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé que doivent respecter les provinces et les territoires pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé.

La loi établit un certain nombre de grands principes, dont l'application fait en sorte que les patients n'ont pas à déboursier directement pour des services de santé au point de service. Elle vise les services médicaux et les services hospitaliers « médicalement nécessaires ». Sommairement, les cinq grands principes de la Loi sont les suivants : gestion publique, intégralité, universalité transférabilité et accessibilité.

Il est à noter que le Québec est la seule province qui ne respecte pas le principe de la transférabilité. Ainsi, un résident du Québec qui consulte un médecin dans une clinique ontarienne devra sans doute payer directement le montant de la consultation et ensuite se faire rembourser par la Régie de l'assurance maladie du Québec le montant de la consultation, à un tarif inférieur. Il doit alors assumer la différence entre le montant payé et le montant remboursé.

Dans les faits, la Loi canadienne sur la santé accorde passablement de latitude sur la façon dont les provinces déterminent leur propre cadre de gestion de l'interface public/privé. La Loi est muette sur des enjeux aussi importants que les modalités de désengagement des médecins, sur l'assurance privée sur les services médicalement requis et sur le statut public, privé sans but lucratif ou privé avec but lucratif des professionnels et des établissements. De plus, les principes de la loi canadienne ne s'appliquent pas aux services de santé offerts à l'extérieur des établissements publics, ce qui touche une partie significative des dépenses en santé.

Des approches diversifiées

Les provinces, dans ce cadre plutôt souple, ont développé des approches souvent différentes dans la gestion du cadre législatif et réglementaire de l'interface public/privé. Les principales variables sont les suivantes :

Le désengagement des médecins – toutes les provinces, sauf l'Ontario, permettent aux médecins de se désengager du régime public d'assurance-maladie.

La facturation additionnelle par des médecins participant au régime public – cette pratique est interdite par toutes les provinces sauf par l'Île du Prince Édouard.

Le plafonnement de la facturation pour les médecins non participants – dans trois provinces (la Nouvelle-Écosse, l'Ontario et le Manitoba), les médecins sont limités aux tarifs prévus aux ententes pour leur facturation.

L'interdiction des assurances privées pour des services assurés – six provinces, incluant le Québec, interdisent légalement de telles assurances. C'est justement cette interdiction qui a été jugée inconstitutionnelle par la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis.

Comme on peut le voir, les approches varient d'une province à l'autre. Le constat qu'on peut faire toutefois est que la disponibilité des soins médicaux financés privément est très limitée. Même si partout, sauf en Ontario, les médecins ont la possibilité de ne pas participer au régime public, les mesures incitatives financières et administratives sont tellement modestes que bien peu de médecins acceptent de faire le saut. Selon les données du rapport annuel de Santé Canada et selon les données de la RAMQ, 240 médecins au Canada (dont 106 au Québec) ont choisi de désengager du régime public,

soit moins de un demi de un pour cent des 60 000 médecins actifs au Canada.

La « pratique double »

Pour les besoins de la présente démonstration, nous appellerons « pratique double » la possibilité qu'ont les médecins de pratiquer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé.

Cette pratique double est presque impossible au Québec. Certains médecins peuvent pratiquer dans le secteur public et compléter leur pratique en offrant, sur une base privée, des services non assurés par le régime public. Mais travailler à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé en offrant des services couverts par le régime public est interdit.

Pourtant, c'est là pratique courante dans de nombreux pays. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), une douzaine de pays permettent l'assurance privée duplicative. Nous aurons l'occasion de discuter de la question des assurances privées dans la prochaine section du présent mémoire. Pour l'instant, contentons-nous de mentionner que sur les douze pays permettant cette pratique, dix permettent également aux médecins de pratiquer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé (Australie, Danemark, Finlande, Grèce, Irlande, Nouvelle-Zélande, Portugal, Espagne, Suède et Royaume-Uni).

Il est intéressant de noter que tous ces pays bénéficient d'un rapport médecins/population supérieur à celui qu'on retrouve au Québec. Deux réflexions viennent à l'esprit. D'abord, il est difficile de comparer de tels rapports médecins/population, les pratiques professionnelles étant très différentes d'un pays à l'autre. L'analyse d'un tel rapport doit tenir compte de l'éventail des responsabilités confiées aux médecins et de la présence de ressources professionnelles complémentaires, qui peuvent varier

considérablement d'un pays à l'autre. Ces données affectent bien sûr la façon dont le système professionnel prend en charge la demande de soins. Deuxièmement, l'offre de services des médecins est une composante essentielle des décisions à prendre lorsqu'on doit déterminer les modalités de la « double pratique ». Ces modalités doivent tenir compte de l'offre excédentaire dans certaines disciplines, le cas échéant.

L'Association médicale du Québec est en faveur, de façon générale, du maintien du principe de l'étanchéité entre le secteur public et le secteur privé, en ce qui a trait à la participation des médecins dans la prestation des services de santé. La sévère pénurie de médecins que nous connaissons milite en faveur de ce principe d'étanchéité.

Cela étant dit, il faut bien reconnaître que dans certaines circonstances, il peut être tout à fait approprié, voire souhaitable, que les médecins puissent être autorisés à exercer une double pratique.

Dans le cas des spécialités chirurgicales, il est de notoriété publique que nos chirurgiens ne bénéficient pas suffisamment de temps opératoire. De nombreux chirurgiens n'opèrent guère plus d'une journée par semaine dans les établissements publics. Le rationnement imposé connaît des causes multiples : ressources financières limitées, pénurie de personnel spécialisé, limitation dans la disponibilité des lits, etc.

Dans le cas des médecins omnipraticiens, la situation est moins claire. La pénurie d'omnipraticiens est perçue et ressentie autant par les médecins que par les nombreux citoyens québécois qui n'ont pas accès à un médecin de famille. On aurait toutefois tort d'attribuer cette pénurie seulement au nombre insuffisant d'omnipraticiens. Un ensemble de facteurs expliquent leur disponibilité limitée. Outre le nombre d'omnipraticiens, jugé insuffisant par la plupart des observateurs, il existe des considérations reliées à l'organisation

du travail qui doivent également être considérées. Plusieurs médecins consacrent une partie beaucoup trop importante de leur temps à la recherche d'information sur leurs patients, information qui pourrait facilement être partageable si les systèmes d'information adéquats étaient mis en place. De plus, l'absence de soutien technique qui sévit dans un grand nombre de cabinets et de cliniques constitue également une contrainte importante à l'efficacité. Un soutien de cette nature est bien sûr possible, quoique de façon limitée, dans les groupes de médecine de famille (GMF). Cependant, est-il nécessaire de rappeler qu'une majorité très significative des omnipraticiens ne travaillent pas dans des GMF ? L'AMQ l'a dit à plusieurs reprises à d'autres tribunes : les cliniques indépendantes sont une composante essentielle du réseau de la santé et le succès de la présente réforme des services de première ligne est largement tributaire des liens efficaces que les réseaux locaux sauront tisser avec elles.

Cependant, certains omnipraticiens sont encore assujettis à des plafonds salariaux. Cette contrainte crée des situations qui sont carrément inacceptables. À l'heure où l'on vit de très sérieux problèmes d'accès aux médecins de famille, il est pour le moins incongru de maintenir une politique de plafonnement des revenus des omnipraticiens. Ce plafond de revenus n'a plus sa place. Le Ministère doit abolir cet obstacle à l'accessibilité. L'offre de services ainsi rendue disponible pourrait avantageusement servir la cause de la prise en charge des personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques. Les modalités entourant cet ajustement aux conditions de travail ne sont pas du ressort de l'AMQ, mais relèvent plutôt d'une démarche de négociation entre le gouvernement et les fédérations concernées. En tant qu'association professionnelle, l'AMQ est parfaitement légitimée d'exprimer son opinion sur cette question.

Il semblerait que le nombre d'omnipraticiens qui atteignent leur plafond trimestriel soit à la baisse. Il est connu cependant que plusieurs arrêtent de

travailler avant d'atteindre ce plafond ou travaillent ailleurs qu'en cabinet privé. On peut difficilement imaginer un effet plus pervers des plafonds salariaux.

Pour revenir au principe de l'étanchéité, l'AMQ est d'avis que lorsque l'offre de services est excédentaire, le gouvernement devrait permettre aux médecins de pratiquer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. Mais cette double pratique devrait respecter un certain nombre de critères incontournables. Elle devrait faire en sorte que pour l'ensemble de la population, cette pratique se traduise par :

- L'amélioration de l'accessibilité des services.
- L'augmentation de la capacité du système de santé.
- La diminution des temps d'attente.

Le Ministre devrait donc s'assurer d'éviter un glissement des ressources du secteur public vers le secteur privé. Il aurait donc, selon cette proposition, la responsabilité de mettre en place les mécanismes permettant un monitoring serré faisant en sorte que cette ouverture au privé ne se traduise pas par une détérioration du secteur public. Si tel était le cas, des mesures correctrices devraient être mises en place rapidement.

En somme, l'AMQ est d'avis que le gouvernement pourrait autoriser les médecins, dans certaines circonstances, d'exercer une pratique double, en autant que les critères mentionnés plus haut soient respectés. Il faut absolument agir face à la sous-utilisation de certains spécialistes et augmenter la capacité du système. Dans certaines spécialités chirurgicales, la levée de la barrière étanche entre la pratique publique et la pratique privée permettrait vraisemblablement d'accroître le nombre d'interventions, sans avoir à investir dans les infrastructures. Cela serait aussi un facteur de

rétribution non négligeable pour les spécialistes formés à grands frais dans les facultés de médecine québécoises.

Les cliniques spécialisées affiliées

La description sommaire des cliniques spécialisées affiliées nous laisse perplexe. Bien que la gestion de telles cliniques relève du secteur privé, le fait que leur débit de production soit tributaire d'un contrôle exercé par le système public risque d'en limiter singulièrement la portée. Il est difficile d'imaginer qu'une clinique gérée privéement puisse investir dans des infrastructures et prévoir la disponibilité de personnel qualifié sans avoir au moins une garantie de volumes. De plus, les nombreuses contraintes qui seraient imposées aux cliniques affiliées spécialisées nous semblent être autant de freins à un fonctionnement efficace.

Selon la proposition du gouvernement, l'intervention des cliniques affiliées spécialisées se ferait uniquement dans le cas des interventions faisant l'objet d'une garantie de traitement, c'est-à-dire certaines chirurgies orthopédiques (hanche et genou) et les cataractes. Cela nous semble être un choix bien mal avisé.

Le contexte actuel (notamment la réponse à donner au jugement de la Cour suprême) constitue une occasion en or pour remettre en question un certain nombre de pratiques ayant cours dans notre système public. Ainsi, il est grand temps de se questionner sur la pertinence de continuer à offrir, en milieu hospitalier, un ensemble de services et d'interventions qui pourraient être offertes par des ressources plus légères. Plusieurs de ces interventions ne nécessitent pas une infrastructure hospitalière caractérisée par un environnement spécialisé et un plateau technologique lourd.

Il nous apparaît que les cliniques spécialisées pourraient apporter beaucoup plus en termes d'amélioration de l'accessibilité en réalisant tout un éventail

d'interventions médicales et chirurgicales et non seulement agir comme une soupape de sécurité pour un système public qui ne répond déjà pas à la demande. Ce serait là une façon bien concrète d'améliorer l'accessibilité, tout en améliorant l'efficience, sans que ne soient remis en question les plus hauts standards de qualité.

5.4.2 Le recours aux assurances privées

La proposition gouvernementale prévoit que toute personne aurait le choix de s'assurer privéement pour une couverture de services privés « pour les cas électifs définis par règlement et qui sont également couverts par la garantie d'accès aux services dans le régime public ». Dans les faits on parle des chirurgies de la hanche, du genou et des cataractes, qui pourront faire l'objet d'une couverture privée quand les délais prévus à la politique de garantie d'accès seront écoulés.

Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il s'agit là d'une interprétation extrêmement restrictive du jugement de la Cour suprême.

La proposition gouvernementale est tellement restrictive qu'elle ferme, à toutes fins utiles, la porte à l'utilisation des assurances privées pour des services couverts par le régime public. L'AMQ est d'avis que la possibilité, pour un citoyen, de contracter une assurance privée devrait être étendue à l'ensemble des interventions médicales et chirurgicales qui répondent aux critères énoncés dans la section précédente et non pas se limiter aux interventions électives faisant l'objet de la garantie d'accès. C'est le secteur de l'assurance, et non le législateur, qui devrait déterminer l'étendue, la portée et la viabilité du marché de l'assurance dans le domaine de la santé.

Dans ce contexte, il faut recentrer le rôle de l'État. Son devoir est d'assurer que tous les citoyens ont accès aux services de santé dans des délais

médicalement requis. Une fois cette condition arrêtée, en vertu de quel principe devrait-on empêcher un citoyen d'avoir accès plus rapidement à ces mêmes services s'il peut payer de sa poche ou encore s'il peut avoir accès à une assurance privée s'il en a les moyens ?

5.5 Passer les bons messages

L'AMQ réitère son appui aux campagnes de prévention et d'information auprès de l'ensemble de la population. Plus spécifiquement, le gouvernement devrait lancer les bons messages et encourager les gens à investir dans leur propre santé. Nous lançons l'idée d'introduire des incitations fiscales à mieux prendre soin de sa santé. Il existe déjà des incitations fiscales à économiser pour prendre sa retraite. Pourquoi ne pas introduire de telles incitations pour les personnes qui choisissent de bien s'alimenter et à se remettre en forme ? Toute action permettant à une personne de retarder le recours aux institutions de santé lourdes ne devrait-elle pas être encouragée ?

De façon non exhaustive, il nous apparaît important d'envisager les mesures suivantes :

- Soutien aux entreprises qui encouragent leurs employés à utiliser les transports en commun.
- Soutien au développement d'infrastructures propres à améliorer les conditions de santé (pistes cyclables, sentiers pédestres, terrains tout usage pour le sport familial, etc.).
- Bannir des écoles le « Junk Food » (boissons gazeuses, chips, etc.).
- Intensifier les campagnes antitabac particulièrement chez les jeunes.
- Soutenir davantage l'aide alimentaire dans les écoles en milieu défavorisés (petits déjeuners, par ex.).
- Soutenir l'ouverture des équipements sportifs en milieu scolaire hors des périodes régulières d'activité.

- Soutenir davantage les efforts d'éducation en milieux défavorisés pour développer de saines habitudes de vie, en utilisant les ressources du milieu.

6. Le financement

6.1 Le compte santé et services sociaux

Les sondages révèlent qu'une majorité de citoyens se dit d'accord pour accroître sa contribution financière aux services socio sanitaires, à la condition qu'ils aient l'assurance que les fonds ainsi recueillis sont effectivement alloués à la santé et aux services sociaux et que leur utilisation est efficace.

La création d'un compte santé et services sociaux, ainsi que la mise en place d'un processus de reddition de comptes transparent permettrait à la population d'établir les liens entre l'effort financier exigé et l'utilisation des fonds recueillis pour financer les dépenses du système socio sanitaire.

La tenue d'un exercice statutaire et annuel de reddition de comptes et fournirait l'occasion de partager avec le ministre et les autres grands responsables du système les grands enjeux ainsi que leur vision de l'évolution dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'exercice permettrait par le fait même de mieux sensibiliser la population du Québec à la problématique du financement du système de santé et de services sociaux du Québec en regard des défis très importants que nous devons relever collectivement au cours des années qui viennent.

L'AMQ appuie donc la mise sur pied d'un Compte santé et services sociaux et croit que la tenue d'une commission parlementaire annuelle et statutaire contribuerait à l'atteinte des objectifs fixés. Il faudrait toutefois que cet exercice public de reddition de compte s'applique non seulement aux fonds

qui viendraient s'ajouter aux ressources actuelles, mais bien à l'ensemble des fonds alloués à la santé et aux services sociaux.

6.2 Le régime d'assurance contre la perte d'autonomie

Les listes d'attente dans le domaine des services reliés à la perte d'autonomie sont déraisonnables. Les prévisions démographiques annoncent des problèmes considérables tant au plan de l'obtention des services qui seront requis d'ici une dizaine d'année qu'à celui de la capacité des générations au travail à ce moment d'assumer à eux seuls les coûts de ces services.

En effet, croire que les deux personnes en âge de travailler vers 2030 arriveront à elles seules à financer les services requis par les cinq personnes qui ne seront pas en âge de travailler et dont un nombre croissant auront besoin de services reliés à la perte d'autonomie relève de la pensée magique. La société québécoise ne peut échapper à ses responsabilités en se faisant l'illusion que les « Baby boomers » disposeront à leur retraite de ressources financières considérables et que leur état de santé sera tel que le financement des services publics reliés à la perte d'autonomie ne posera pas problème.

D'une part, plusieurs régimes de retraite commencent déjà à éprouver de sérieuses difficultés à rencontrer leurs obligations et d'autre part la richesse accumulée par les « Baby Boomers » dans les REER est loin d'être aussi impressionnante que certains veulent bien le croire. Quand 41 % des contribuables québécois ne paient pas d'impôt, le plus souvent parce que leurs revenus sont insuffisants, il serait étonnant que cette tranche de la population ait réussi à mettre de côté l'argent nécessaire pour subvenir à ses propres besoins le moment de la retraite venu. Quant à l'état de santé de ce très nombreux groupe de Québécoises et de Québécois, jumelé à une

espérance de vie qui croît sans cesse, il serait téméraire de miser sur une hypothétique fontaine de jouvence qui permettrait de prolonger pratiquement jusqu'à la mort un état de béatitude dans le domaine de la santé. L'historique des coûts de santé témoigne plutôt du contraire.

Devant l'évidence, il serait irresponsable de nous comporter collectivement comme si tout allait pour le mieux dans le meilleur des mondes dans ce domaine. Il est impératif de mettre à contribution dès maintenant la génération des « baby boomers » encore au travail, soit les gens qui sont le plus en mesure de contribuer financièrement aujourd'hui, et ceux qui profiteront le plus de ces services au cours des années à venir. D'autres pays ont choisi de mettre sur pied des régimes universels d'assurance contre la perte d'autonomie dont les détails varient mais qui visent tous un même objectif, soit assurer une offre suffisante de services et mettre en place, dès maintenant, un moyen de financement qui respecte l'équité intergénérationnelle.

L'approche d'un régime universel d'assurance préconisé par le rapport Clair en 2000 et le rapport Ménard en 2005 présente l'avantage de mutualiser les risques et de faire partager le fardeau par l'ensemble des contribuables en fonction de leur âge et de leur capacité de payer. De plus, la création d'une caisse indépendante administrée par la Régie des rentes du Québec offre l'avantage de mettre ces capitaux à l'abri de toute tentative de l'État de piger dans la caisse en périodes difficiles. Enfin, la liberté de choix qui devrait accompagner un tel régime permettrait aux utilisateurs des services d'opter pour le fournisseur qui correspond le mieux à leurs besoins, tout en maintenant la garantie de qualité sous la responsabilité du système public.

L'AMQ appuie donc une telle initiative et suggère que le Québec s'inspire des expériences étrangères dans ce domaine. De plus, l'AMQ insiste sur le fait qu'il y a urgence d'agir.

7. Conclusion

L'Association médicale du Québec croit que les discussions entourant la réponse du gouvernement du Québec au jugement de la Cour suprême devraient permettre d'envisager un apport plus important du secteur privé dans le financement et dans la prestation des services de santé.

Cet apport, balisé de façon serrée, permettrait d'améliorer l'accessibilité des services, tout en préservant le principe fondamental de l'équité. Le recours au privé constituerait une incitation à l'efficacité et pourrait contribuer à introduire une saine émulation entre les établissements dispensateurs de services,

L'approche que nous proposons se veut pragmatique et non idéologique. Elle est guidée par notre désir le plus cher d'améliorer la qualité de notre système de santé, dont l'accessibilité constitue une composante essentielle.

Sommaire des recommandations

L'Association médicale du Québec recommande :

QUE, tout en maintenant le principe général de l'étanchéité entre les dispensateurs de services à financement public et ceux à financement privé, le gouvernement permette cette double prestation lorsque l'offre de services est excédentaire, à condition que cette pratique, pour l'ensemble de la population, se traduise par :

- L'amélioration de l'accessibilité des services.
- L'augmentation de la capacité du système de santé.
- La diminution des temps d'attente.

QUE le gouvernement, dans une démarche négociée avec ses partenaires, instaure des modes de rémunération et des conditions de pratique facilitant la prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques.

QUE les cliniques spécialisées affiliées puissent offrir un ensemble le plus large possible d'interventions médicales et chirurgicales, en particulier celles ne nécessitant pas le recours à l'infrastructure lourde de l'environnement hospitalier, afin d'améliorer l'accessibilité des services et réduire les listes d'attente.

QUE le gouvernement lève l'interdiction de contracter une assurance privée couvrant un ensemble d'activités médicales et chirurgicales et non pas limitée aux interventions électives faisant l'objet de la garantie d'accès.

QUE le gouvernement mette en place les mécanismes appropriés de monitoring afin de s'assurer que l'ouverture au privé ne se traduise par une détérioration du secteur public et, le cas échéant, qu'il applique les mesures correctrices nécessaires.

QUE le gouvernement étudie la possibilité d'introduire des mesures incitatives, notamment fiscales, s'adressant aux personnes qui choisissent d'adopter de saines habitudes de vie et aux entreprises qui faciliteraient un tel choix.

QUE le gouvernement abolisse tous les plafonds salariaux des médecins.

QUE le gouvernement procède à la mise sur pied d'un « compte santé et services sociaux », regroupant toutes les dépenses de santé et de services sociaux, accompagné d'un exercice statutaire annuel de reddition de comptes.

QUE le gouvernement procède à l'instauration d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, dont la caisse serait administrée de façon indépendante par la Régie des rentes du Québec.