

**Présentation de Paul A. Lamarche**  
**Panel « Que penser de la proposition gouvernementale ? »**  
**Colloque sur le rôle du privé dans la santé après l’Affaire Chaoulli**  
**Institut du Nouveau Monde et le Réseau de recherche en santé des populations**  
**UQAM, Montréal 25 février 2006**

### **Introduction**

Afin de me faire une opinion sur la proposition que le gouvernement Charest vient de déposer suite au jugement de la Cour suprême, j’ai pris le temps de l’analyser sous deux angles : celui de son promoteur et celui du chercheur. J’ai pris bonne note des objectifs poursuivis par le gouvernement et j’ai tenté de bien saisir les moyens proposés pour les atteindre. J’ai décortiqué la proposition pour savoir si, sur la base des expériences des pays de l’OCDE, les moyens proposés sont susceptibles ou non de produire les effets escomptés ou même de produire des effets inverses à ceux annoncés. C’est le fruit de cette double analyse que je vous présente brièvement cet après-midi.

### **Objectif poursuivis**

La proposition du gouvernement Charest poursuit deux objectifs :

- préserver et améliorer notre système public et universel de santé ;
- et répondre au jugement de la Cour suprême.

De plus, l’atteinte du deuxième objectif est subordonnée à l’atteinte du premier ce qui signifie à mes yeux que la réponse au jugement de la Cour suprême doit s’inscrire dans le maintien et l’amélioration de notre système public et universel de santé.

C’est avec ces objectifs en tête, clairement énoncés dans la proposition gouvernementale, que j’ai analysé la proposition.

### **Moyens proposés**

Je dois admettre que la proposition gouvernementale telle que présentée est très séduisante. Mais elle comporte des risques pour le maintien du caractère public et universel de notre système de santé et surtout pour sa capacité à réduire les temps d’attente de l’ensemble des québécois et des québécoises dans l’obtention de services médicaux spécialisés.

Pour vous faire part de ces risques, je me pencherai brièvement sur 3 points de cette proposition. L’influence de chacun d’eux peut être considérée comme mineure en soi, mais ensemble, ils créent une dynamique susceptible de produire des effets non désirés et non désirables. Le degré et l’intensité avec lesquels ils s’observeront empiriquement restent à être déterminés.

Le premier point concerne la logique à la base de l’option retenue par le gouvernement pour améliorer notre système public et répondre au jugement de la Cour suprême. Trois grandes options sont présentées :

- le statu quo en matière de financement des services de santé ;
- l’ouverture au privé pour le financement et la production de services de santé ;
- et le Plan d’amélioration d’accès aux services visant à réduire les délais d’attente.

C'est évidemment, cette dernière option qui est retenue par le gouvernement.

Il me semble intéressant de noter deux aspects dans l'analyse qui est faite de ces options par le gouvernement pour justifier celle qu'il a retenue.

Le statu quo en matière de financement des services de santé est rejeté dès le départ. La raison évoquée est qu'il ne laisse entrevoir aucun progrès significatif quant à la rapidité d'accès aux services et à la diminution des délais d'attente.

La réalisation du Plan d'amélioration d'accès aux services qui est l'option retenue par le gouvernement repose donc, du moins en partie, sur l'ouverture au financement et à la production de services par le secteur privé. C'est sur cette logique que se fonde la proposition gouvernementale.

L'utilisation de cette logique est assez surprenante. Elle est utilisée par un gouvernement qui dit avoir pour objectif de préserver et améliorer notre système public et universel de santé. Elle est aussi paradoxale. Elle postule que l'amélioration de notre système public et universel de santé passe par l'ouverture au financement et à la production de services par le secteur privé. Pour asseoir la validité de sa proposition, le gouvernement devrait au minimum fournir quelques exemples de pays qui ont réussi à maintenir et améliorer leur système public et universel de santé en faisant une place plus grande au secteur privé en matière de financement et de production de services de santé. Cette logique est utilisée par un gouvernement qui se targue des immenses réductions de délais d'attente que le Québec a réalisées au cours des dernières années. Ces immenses progrès ont été réalisés à l'intérieur du système actuel de financement et non de celui qui est proposé. D'ailleurs, l'obtention des effets escomptés de l'utilisation de la logique proposée par le gouvernement n'est pas appuyée par les expériences des pays de l'OCDE qui ont été amplement discutées dans le cahier du *Devoir* du samedi 18 février dernier, et qui traite de la place du privé dans les systèmes de santé.

Si le verbe en faveur d'un système public fort est très présent dans la proposition gouvernementale, la conviction sur son potentiel l'est un peu moins. Cette conviction transpire et inspire la proposition gouvernementale.

Mon deuxième point concerne les services hospitaliers visés par le Plan d'amélioration de l'accès. Les services de radio-oncologie et de cardiologie tertiaire sont les deux premiers groupes de services visés par ce plan. Un troisième groupe est composé des chirurgies électives de remplacement de la hanche et du genou, des cataractes ainsi que celles liées au cancer. L'intention manifeste du gouvernement est d'étendre graduellement à d'autres services l'application de ce mécanisme d'accès. Cette intention est louable, souhaitable et doit être appuyée.

Ce qui est intéressant de noter c'est le lien qui est fait entre (1) les services visés par la garantie d'accès et (2) les services que les assureurs privés pourront couvrir. Il y est explicitement dit que toute personne aura le choix de s'assurer privéement pour des services définis par règlement et qui sont également visés par la garantie d'accès. Ce lien constitue à mon avis un premier risque de la proposition gouvernementale. Plus la gamme de services hospitaliers visés par le mécanisme de garantie d'accès s'élargira, ce qui est en soi très souhaitable, plus la gamme de services pouvant être couverts par les assurances privées s'élargira aussi, ce qui me semble être moins souhaitable dans une perspective de maintien du caractère public et universel de notre système de santé.

Ce qui accroît le risque de dérapage, c'est que la gamme de services visée par le mécanisme de garantie d'accès et celle couverte par les assurances privées ne font pas l'objet de débats publics. Elles sont déterminées soit par le ministre de la Santé et des Services sociaux, soit par le conseil des ministres. Elles ne font pas l'objet de débat en commission parlementaire ou à l'assemblée nationale. Imaginez-vous maintenant les conséquences que pourrait avoir une Monique Jérôme Forget, Ministre de la santé et des services sociaux.

Mon troisième point concerne le fonctionnement même de ce mécanisme d'accès. Le scénario présenté dans la proposition gouvernementale est séduisant par sa simplicité. Un patient consulte d'abord un médecin et un spécialiste pratiquant dans le système public. Ces médecins recommandent au patient de subir une chirurgie visée par le mécanisme de garantie d'accès. Le patient est inscrit officiellement sur la liste d'attente d'un établissement public de son choix. Si la chirurgie n'a pas lieu dans cet établissement à l'intérieur de 6 mois, un autre établissement public ou une clinique spécialisée affiliée est proposé au patient. Si la chirurgie n'a toujours pas eu lieu à l'intérieur de 9 mois, il est offert aux patients d'aller se faire opérer dans une clinique à financement privé ou dans un établissement hors Québec. Le paiement de cette chirurgie est assumé par le public.

Dans le scénario présenté, plusieurs points ne sont pas précisés qui peuvent avoir des impacts considérables. Je me limiterai à n'en citer que trois. Il y en a d'autres.

Est-il possible pour un patient de ne pas passer par le mécanisme de garantie d'accès et de se rendre directement vers les cliniques à financement privé pour y obtenir immédiatement la chirurgie requise et de payer lui-même ou de faire payer par son assurance privée les coûts de cette chirurgie ? Si cela n'est pas possible, à quoi sert l'achat d'assurances privées ? Si cela est possible, il est plausible et même probable que nous assistions au Québec au développement de deux temps d'attente très différents : l'un, plus court, pour les patients assurés qui court-circuitent le mécanisme de garantie d'accès et l'autre, plus long, pour les patients non assurés qui passent par le mécanisme de garantie d'accès. Plus l'écart entre ces deux temps d'attente est grand, plus important est l'incitatif pour les patient de s'assurer privément.

Un autre aspect concerne l'étanchéité du financement. Cette étanchéité signifie qu'un médecin ne peut être rémunéré simultanément dans le système public et dans le système privé. La raison réside dans l'expérience de pays de l'OCDE où cette étanchéité n'existe pas. La dynamique alors créée est généralement favorable aux médecins et aux patients du secteur privé et défavorable aux patients et médecins du secteur public.

Cette étanchéité est clairement affirmée dans la proposition gouvernementale. Un médecin ne pourra pas pratiquer simultanément dans le public et dans le privé. Mais s'applique-t-elle aussi aux cliniques ? Une clinique spécialisée affiliée pourra-t-elle recruter simultanément des chirurgiens participants au régime public et des médecins non participants. Une clinique médicale dite à financement privé pourra-t-elle recruter aussi des médecins participants et non participants au régime public ? Si tel est le cas, les effets observés de la non étanchéité du financement chez les médecins ne risquent-ils pas de se produire lorsqu'elle n'est pas respectée par les cliniques ?

Enfin, la proposition gouvernementale interdit à un médecin travaillant dans le secteur privé d'exiger une rémunération supérieure à celle prévue à la RAMQ. Pour bien saisir

l'applicabilité et la portée de cette interdiction, il faut connaître les trois statuts que peuvent choisir les médecins qui pratiquent au Québec. L'actuelle loi de l'assurance maladie décrit ces trois statuts.

Le premier statut est celui de médecin soumis à l'application de l'entente. C'est le statut que choisit la presque totalité des médecins qui pratiquent actuellement au Québec. Ces médecins acceptent de pratiquer dans le cadre du régime public d'assurance maladie et d'être rémunérés directement par la RAMQ aux tarifs négociés par leurs fédérations médicales. Le deuxième est celui de médecin désengagé. C'est le statut des médecins qui ne veulent pas pratiquer dans le cadre du régime public de l'assurance maladie du Québec mais qui acceptent d'être rémunérés par leurs patients aux mêmes tarifs que ceux payés par la RAMQ. Leurs patients sont alors remboursés par la RAMQ. Le troisième est celui de médecins non participants. C'est le statut des médecins qui n'acceptent pas de pratiquer à l'intérieur du régime public d'assurance maladie ni d'être rémunérés selon les tarifs payés par la RAMQ. Leurs patients paient les honoraires de leur médecin. Ils ne sont pas remboursés par la RAMQ.

Doit-on comprendre de la proposition gouvernementale, que c'est uniquement vers des médecins désengagés que le mécanisme de garantie d'accès réfèrera des patients et dont les honoraires seront payés par le public aux tarifs de la RAMQ. Permettez-moi d'en douter pour la simple et bonne raison que le nombre de médecins désengagés est infime au Québec. Doit-on plutôt comprendre de la proposition gouvernementale que le statut de médecin non participant sera aboli ou modifié ? Permettez-moi encore d'en douter très fortement. Ce statut est l'une des concessions majeures que le gouvernement du Québec a faite aux fédérations médicales lors de la mise en place du régime public d'assurance maladie. Il y a actuellement une centaine de ces médecins au Québec. Si c'est vers ces médecins non participants que le mécanisme de garantie d'accès entend diriger des patients, ces derniers devront accepter d'être payés selon les tarifs de la RAMQ. Sinon, le gouvernement se trouvera devant une situation indéfendable : celle de payer des honoraires plus élevés à des médecins non participants que ceux payés aux médecins qui pratiquent à l'intérieur du régime public d'assurance maladie. C'est possiblement sur ce scénario que repose en grande partie la proposition gouvernementale. Mais, il existe un autre scénario que la proposition gouvernementale est susceptible de développer. C'est le suivant.

Des patients possédant une assurance privée court-circuitent le mécanisme de garantie d'accès, obtiennent directement et immédiatement, dans le privé, des chirurgies visées par règlement, qui sont pratiquées par des chirurgiens non participants au régime public, facturant des honoraires plus élevés que ceux payés par la RAMQ et remboursés en tout ou en partie par l'assurance privée des patients. C'est uniquement dans un tel scénario que réside tout l'intérêt de l'assurance privée pour les patients. C'est aussi dans ce scénario que réside tout l'intérêt de devenir médecin non participant et de pratiquer dans des cliniques à financement privé. D'ailleurs, plus l'écart entre les honoraires obtenus par les médecins non participants et ceux versés par la RAMQ sera grand, plus important sera l'incitatif des médecins de quitter le régime public d'assurance maladie et d'opter pour le statut de non participant. C'est généralement ce qui a été observé dans les pays de l'OCDE qui ont implanté ce type de mécanisme. C'est précisément ce que l'on appelle au Québec un système à deux vitesses.

### **Conclusion**

En conclusion, le mécanisme de garantie d'accès aux soins proposé par le gouvernement est très séduisant. Il répond aux attentes légitimes de la population d'obtenir des délais

raisonnables pour l'obtention des services médicaux spécialisés. Tel que conçu, il présente toutefois des risques importants. À moins que des mesures très serrées ne soient prises pour éliminer ces risques, je crains que la proposition gouvernementale :

- ne réponde pas au jugement de la Cour suprême plus que nécessaire ;
- n'affaiblisse le caractère public de notre système,
- n'augmente les délais d'attente **de l'ensemble** des Québécois
- en bref, obtienne exactement l'inverse de ce qui est promis par les promoteurs.