

## L'accès à la santé passe par le public

Pour le groupe *Médecin pour l'accès à la santé* :

Simon Turcotte, médecin résident en chirurgie, Université de Montréal

Antoine Boivin, médecin de famille, Rouyn-Noranda

Prometheas Constantinides, psychiatre, Montréal

Réjean Hébert, gériatre, Doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

Raymond Lalande, médecin de famille, Vice-doyen, Faculté de médecine, Université de  
Montréal

Serge Dubé, chirurgien et professeur, Université de Montréal

*Médecins pour l'accès à la santé regroupe 124 médecins, résidents et étudiants en médecine de diverses régions du Québec dont le mandat est de promouvoir des solutions concrètes et équitables au problème des délais d'attente dans le système de santé. La liste complète des propositions du groupe est disponible à [www.med.umontreal.ca/santeaccs](http://www.med.umontreal.ca/santeaccs)*

Le gouvernement Charest a annoncé récemment un mécanisme de « garantie d'accès » ouvrant la porte à une participation accrue du secteur privé dans la prestation des services chirurgicaux par l'introduction de « cliniques spécialisées affiliées » (CSA). Ainsi, pour la chirurgie de la cataracte et le remplacement du genou et de la hanche, les hôpitaux pourraient acheter dans les CSA des services rendus par des médecins participants au régime public. Après neuf mois, le patient pourrait recourir aux cliniques de chirurgiens non participants, au Québec ou à l'extérieur, payés par le secteur public. La formule serait graduellement étendue à d'autres interventions.

À première vue, la proposition paraît intéressante. Pourtant, notre expérience de terrain nous permet d'affirmer que la garantie de recourir à la chirurgie en clinique privée s'éloigne des innovations attendues pour répondre aux problèmes d'accessibilité rencontrés dans le régime de santé public.

### **Les CSA n'ont rien à voir avec le cabinet de votre médecin de famille**

Les nouvelles CSA ne s'apparentent en rien aux cabinets privés que connaît le système public depuis ses débuts. Alors que les cabinets privés actuels sont détenus et gérés par les professionnels qui y travaillent, les CSA ouvrent la porte à d'imposants centres de soins gérés par des corporations canadiennes ou étrangères. Les impératifs de rendement financier qu'impliquent ces structures diminuent, selon les études disponibles, la qualité des soins qui y sont prodigués. De plus, recourir à ces cliniques par la sous-traitance de soins, expérimentée en Grande-Bretagne et aux États-Unis, s'est avéré plus coûteux pour l'État à long terme.

### **Ce ne sont pas les cliniques privées qui manquent**

En mettant en place un programme de sous-traitance auprès de cliniques privées, le gouvernement ne garantit pas une diminution des délais d'attente dans le secteur public.

La garantie des temps d'attente oriente plutôt le flux de patients dans les cliniques privées. En plaçant l'acte chirurgical au centre d'un calcul comptable, on oublie que la chirurgie orthopédique pratiquée en clinique, loin des unités de soins capables de prendre en charge les complications possibles de l'intervention, ne s'adresse qu'à une minorité de patients plus jeunes et en meilleure santé chez qui ces complications sont plus rares.

De plus, plusieurs cabinets privés de chirurgie existent déjà au Québec. Un certain nombre d'orthopédistes et d'ophtalmologistes ont déjà pris cette initiative puisqu'on n'a pas doté les hôpitaux d'infrastructures plus légères que les blocs opératoires principaux pour pratiquer un plus haut volume de chirurgies qui ne demandent pas d'anesthésie générale et d'hospitalisation des patients.

### **Innover avec des centres publics de chirurgie**

Présentement, les chirurgies urgentes, majeures et mineures sont souvent réalisées dans le bloc opératoire principal d'un hôpital, ce qui pose un problème majeur du point de vue de l'organisation des soins. Or, la miniaturisation des instruments chirurgicaux et la possibilité d'opérer à l'aide de caméras vidéo permettent de réaliser des chirurgies dans des structures moins lourdes que des blocs opératoires conventionnels.

Ces modèles de prestation publique de chirurgies pour des patients qui ne nécessitent pas d'hospitalisation – appelés centres ambulatoires - ont apporté ailleurs l'efficacité et la qualité de soins attendues. Le Toronto's Queensway Surgicenter, branche d'un hôpital public et plus grand centre de chirurgie ambulatoire public en Amérique du Nord, en est un exemple patent.

Le gouvernement a tout avantage à investir dans le développement de ce type de centres ambulatoires publics, ou de rendre plus opérationnels ceux qui sont déjà existants, comme celui de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Affiliés aux universités, ils permettraient l'enseignement des nouvelles pratiques médicales. Par ailleurs, ils préserveraient la diversité d'emplois des travailleurs de la santé. Enfin, les centres publics de chirurgie favoriseront l'accès aux soins spécialisés pour l'ensemble des Québécois, qu'ils habitent en centre urbain ou en région.

### **Appliquer de façon cohérente le principe du financement public**

Actuellement, le déboursement considérable de frais accessoires représente un obstacle rencontré pour les patients qui pourraient opter pour une chirurgie dans un cabinet privé de médecins participants plutôt qu'à l'hôpital. Souvent facturés à l'heure, ces frais peuvent s'élever à plus de 1000 \$ pour une intervention orthopédique du genou, créant ainsi une véritable « deuxième vitesse » à l'intérieur du système public. Cette distorsion au niveau de l'équité se pose aussi pour certains examens diagnostiques (comme le scanner et la résonance magnétique) qui ne sont pas remboursés lorsque effectués à l'extérieur de l'hôpital.

Les coûts des services médicalement nécessaires devraient être intégralement financés de façon publique, sans frais pour le malade, que ceux-ci soient offerts à l'hôpital ou en

cabinet. Les tarifs de la RAMQ destinés aux médecins devraient comprendre l'ensemble des frais inhérents aux traitements, chirurgies et actes diagnostiques.

### **Le patient commence à attendre chez lui**

Dans une perspective plus large, le gouvernement donne une définition étroite et problématique du délai d'attente, calculé à partir de la visite au spécialiste jusqu'à l'obtention de la chirurgie. De cette façon, on néglige le temps d'attente qui précède la rencontre du spécialiste, souligné par le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé rendu public cette semaine. Qu'en est-il de l'attente d'examen menant au diagnostic? Et de l'attente initiale pour voir un médecin de famille, porte d'entrée dans le système de santé? En portant un regard myope sur des interventions spectaculaires s'adressant à une minorité de patients, on oublie du coup les milliers d'autres qui n'ont pas accès aux soins et aux interventions préventives qui pourraient diminuer ou retarder le recours à la chirurgie.

Le calcul du délai d'attente doit commencer à partir du moment où le besoin d'un service médical est établi par un professionnel de la santé. De plus, il faut continuer à renforcer les services de première ligne offerts par des équipes multidisciplinaires. Afin d'identifier les goulots d'étranglement à l'intérieur du système et de mieux cibler les interventions permettant d'y remédier, un système intégré de surveillance des délais d'attente et de leurs conséquences sur la santé doit être mis en place.

### **Les médecins non participants et l'assurance privée ne font pas partie de la solution**

Le recours à la sous-traitance auprès de médecins non participants au régime public, proposé comme solution au problème de l'accessibilité, nous paraît contre-productif, voire utopique. Comment l'achat de services auprès de médecins représentant moins de 1% des effectifs médicaux pourrait-elle accroître de façon significative l'offre de service? N'étant assujettis à aucune contrainte au niveau du suivi des patients les plus malades ou de la répartition régionale des effectifs médicaux, le nouveau marché que le gouvernement se propose d'ouvrir pour les médecins non participants offre la possibilité de financer, à même les fonds publics, le développement d'un réseau parallèle qui drainera davantage de professionnels par effet de vases communicants. De la même façon, rien ne permet d'affirmer sérieusement que l'ouverture à l'assurance privée pour défrayer les services offerts par ces médecins contribuera à « désengorger les listes d'attente » dans le système public, comme d'aucuns le prétendent. Face à la pénurie actuelle, le gouvernement doit plutôt poursuivre l'effort visant à accroître le nombre de médecins, d'infirmières et autres professionnels de la santé, et concrétiser des solutions innovatrices à l'intérieur du système public.

### **Investir dans des solutions qui portent fruit**

Grâce à des investissements publics ciblés et une meilleure gestion des listes d'attente, les délais pour obtenir des traitements de radio-oncologie et de cardiologie ont considérablement diminués au cours des dernières années. Le gouvernement demande, en prémisses de son document de consultation: « *quel rôle doit jouer le secteur privé pour*

mieux répondre aux besoins de la population? » Devant l'existence de solutions publiques ayant fait leurs preuves pour améliorer à moindre coût la qualité et l'accès aux soins, nous nous demandons plutôt *en quoi* garantir l'élargissement de la prestation privée permettra de répondre aux exigences de la bonne pratique médicale et aux besoins de la population quant à l'accessibilité aux soins de santé.