



ÉTAT DES LIEUX : MAIN BASSE SUR LE SYSTÈME
PUBLIC DE SANTÉ

Rapport du CA à l'Assemblée générale des membres
Montréal, le 15 février 2011

MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC (MQRP)

5225 rue Berri, bureau 304

Montréal (Québec)

H2J 2S4

514 638-6659

info@mgrp.qc.ca

<http://www.mgrp.qc.ca>

Rédaction :

Marie-Claude GOULET, présidente

Camille GÉRIN, conseillère

Cory VERBAUWHEDE, membre associé

Lucie DAGENAI, membre associée

Révision et corrections :

Alain VADEBONCŒUR, vice-président

Table des matières

Main basse sur le système public de santé	5
1 Laisser-aller volontaire des gouvernements	7
1.1 Sous-financement, désassurance, détérioration des conditions de travail	7
1.1.1 Sous-financement	7
1.1.2 Désassurance	7
1.1.3 Détérioration des conditions de travail du personnel	8
1.2 Frais aux patients : changement en profondeur des valeurs publiques	9
1.2.1 Surfacturation illégale	9
1.2.2 Actes exclus	10
1.2.3 Taxe santé et ticket modérateur	10
1.2.4 Soins à domicile	11
2 Détournement des fonds publics	12
2.1 De l'importance de garder les fonds publics au public	12
2.2 Qui profite des fonds publics?	12
2.2.1 Les médecins non participants	12
2.2.2 Les radiologistes	13
2.2.3 Les agences privées de soins	13
2.2.4 Les assureurs privés	14
2.2.5 Et des autres fournisseurs de services privés	14
3 Privatisation de la gestion : de la collaboration à la compétition	15
3.1 Pourquoi une gestion publique?	15
3.2 D'une gestion publique à une gestion privée	15
3.2.1 Partenariats public-privé (PPP)	15
3.2.2 Centres médicaux spécialisés (CMS)	16
3.2.3 Nouveau management public (NMP)	17
3.2.4 Le piège du « panier de services »	18
3.2.5 Sous-traitance	19
4 La santé, un marché lucratif	20

5	Un dernier rempart : l'étanchéité de la pratique	22
5.1	La requête en nullité de la FMSQ : un choix crucial du Québec remis en question .	22
6	Pour la suite du monde...	24
6.1	Ce que l'avenir nous réserve si nous ne bougeons pas	24
6.2	Pour un système public en meilleure santé	25
6.2.1	Mobilisations et actualités	26
6.2.2	Actions MQRP 2010	27
6.2.3	Dossiers prioritaires 2011	29
	Annexe I - Frais illégaux, MQRP demande à la RAMQ de sévir	33
	Annexe II - Érosion de la gratuité des services médicaux	34
	Annexe III - RAMQ, Rappel à propos de la facturation de frais illégaux	36
	Annexe IV - Pour la suite du monde : Déclaration pour le 40^e anniversaire de la <i>Loi sur l'assurance-maladie</i> du Québec	38
	Annexe V - Les associations de médecins contestent le ticket	41
	Annexe VI - La solidarité assiégée : MQRP réagit au budget du ministre BACHAND	44
	Annexe VII - La coalition CHU sans PPP persiste et signe : Non aux PPP	46
	Annexe VIII - Liste des activités du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011	48

Main basse sur le système public de santé

Faut vous dire Monsieur / Que chez ces gens-là / On ne cause pas Monsieur / On ne cause pas / On compte

Jacques BREL

Une main basse sur le système public de santé ? C'est bien à quoi nous assistons depuis déjà plusieurs années. « Véritable régime d'assurance sociale », les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie s'inséraient dans un projet ambitieux, visant une amélioration constante de la couverture publique des soins, qui a contribué à nous hisser au rang des populations les plus en santé du globe.

Par un laisser-aller qui ne peut être que volontaire, nos gouvernements ont contribué à la détérioration de notre système public de santé : sous-financement, désassurances, détérioration des conditions de travail et bien d'autres choses. On exclut de la couverture publique certains actes d'imagerie médicale effectués en dehors des hôpitaux, on ferme les yeux sur des pratiques de plus en plus fréquentes de frais chargés aux patients illégalement, on met en place une taxe santé aussi régressive qu'injuste et on a même essayé d'imposer un ticket modérateur pour des soins médicalement nécessaires.

Tout semble être mis en place pour justifier et faciliter l'ouverture au privé. Des arguments trompeurs sur l'incapacité du système public à répondre aux besoins de la population justifient une remise en question de ses principes et un transfert injustifié de fonds publics vers le privé. L'instauration d'un régime d'assurance médicaments hybride et le recours de plus en plus fréquent aux agences privées d'infirmières en sont de bons exemples. La remise en question du principe d'étanchéité de la pratique médicale par la promotion de la mixité de la pratique, interdite par la *Loi sur l'assurance-maladie* (LAM) est du même ordre, ce qui pourrait avoir des conséquences néfastes sur l'accessibilité au système de santé. Permettre la mixité de la pratique signifierait la fin du système de santé tel que nous l'avons souhaité lors de sa création.

Alors que seule une gestion publique permet d'assurer les principes d'universalité, d'accessibilité et d'intégralité qui fondent notre système de santé, le gouvernement délaisse de plus en plus son rôle de gestionnaire et de prestataire public de soins, se tournant vers des modes de gestion privés et une augmentation de la prestation privée des soins de santé. Partenariats public-privé, centres médicaux spécialisés à investisseurs privés, projet de financement et primes au rendement selon les résultats et la performance, création de marchés internes avec mise en compétition de fournisseurs de soins privés et publics, diminution du « panier de services », sous-traitance : les modèles de gestion trop directement inspirés du monde des affaires s'installent. Inutile de

dire que la santé représente un marché très lucratif, source potentielle de profits ciblés depuis longtemps par de grands investisseurs.

Que l'avenir nous réserve-t-il si nous ne bougeons pas et laissons la marchandisation avancer sans réagir ? La fin de l'accès universel aux soins de santé et la création de deux classes de citoyens. L'avenir du système de santé est donc entre nos mains. Seule une mobilisation de l'ensemble des acteurs de la société pourra contrer cette privatisation grandissante et permettre le maintien d'un système public accessible, de qualité et en meilleure santé ! Pour la suite du monde...

Marie-Claude GOULET, présidente, pour le CA de MQRP

1 Laisser-aller volontaire des gouvernements

Si le privé réussit à prendre autant de place, c'est en partie à cause d'un laisser-aller de la part des autorités publiques, allant de la négligence simple à des décisions ouvrant directement la porte à un affaiblissement du système public de santé. Plus grave encore : depuis un certain temps, le système public se rend complice de sa propre privatisation.

1.1 Sous-financement, désassurance, détérioration des conditions de travail

1.1.1 Sous-financement

À partir des années 1980, la diminution des transferts fédéraux-provinciaux en santé a privé la province de revenus importants, sans compensation. Au Québec, la recherche du déficit zéro a entraîné des compressions budgétaires massives, impliquant des mises à la retraite de professionnels de la santé sans remplacements, des fermetures de lits d'hôpitaux et d'établissements, un virage ambulatoire non compensé par l'ajout adéquat de ressources pour les soins à domicile et de première ligne, ainsi que le plafonnement du nombre d'actes effectués dans les hôpitaux. Dans les années 2000, cette logique a continué. Ainsi, malgré un besoin grandissant, les coupures s'accroissent.

1.1.2 Désassurance

Dès les années 80, le gouvernement s'éloignait du projet initial de couverture universelle de l'ensemble des soins et services de santé et commençait à sabrer dans les acquis et l'universalité de notre régime d'assurance maladie. Plusieurs services sont alors désassurés : l'État ne couvre plus les soins dentaires aux enfants de plus de 10 ans, on exclut les personnes de 18 à 64 ans de la couverture des examens de la vue, on n'assure pas la couverture des soins de physiothérapie lorsqu'ils sont effectués en dehors de l'hôpital, par exemple. Cela se traduit par une diminution de la couverture des soins qui a des effets immédiats sur la santé de la population.¹

Ainsi, loin d'élargir la couverture publique aux autres services médicalement nécessaires tels les soins dentaires, la physiothérapie, l'optométrie, la psychothérapie², le gouvernement a généralement abandonné ces secteurs au privé. D'ailleurs, tout un marché d'assurances privées

¹MONTPETIT, C. *Un luxe, les soins dentaires ? Environ 30 % des Québécois auraient de la difficulté à se payer des soins*, LE DEVOIR, 11 février 2011.

²Liste non exhaustive.

s'est développé pour répondre à cette nouvelle demande. Une partie de la population se trouve dès lors privée de ces soins essentiels.

Là où on a finalement élargi la couverture, on a changé les règles du jeu, pour passer de l'universalité au principe de l'utilisateur-payeur. L'assurance médicaments est un bon exemple de ce phénomène. À première vue, l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'assurance médicaments* le 1er janvier 1997 semble paradoxale dans un contexte de compressions budgétaires, de désassurances et de révision à la baisse des programmes sociaux par le gouvernement. Mais, dans les faits, ce régime d'assurance médicaments hybride, public pour les uns, avec un régime général privé pour les autres, s'inscrit tout à fait dans cette logique de compression des dépenses publiques. En effet, une des conséquences importantes de l'application de ce nouveau régime est la diminution de la couverture publique pour les personnes âgées, qui dorénavant auront à contribuer financièrement pour payer une franchise. Les effets néfastes furent immédiats, entraînant une détérioration de l'état de santé des personnes les plus démunies consommant des médicaments essentiels et qui, dans plusieurs cas, cessèrent de les prendre.³

Alors que plusieurs rapports produits dans les années 90⁴ recommandaient l'adoption d'un régime public universel d'assurances-médicaments, les médicaments pouvant être considérés essentiels dans le traitement des patients et faisant donc partie du « médicalement nécessaire », le gouvernement en a décidé autrement et s'oriente plutôt vers une diminution de la couverture universelle et de l'accessibilité aux soins et services.⁵ De plus, créant deux classes d'assurés, ce régime d'assurance médicaments est source d'iniquités majeures.

1.1.3 Détérioration des conditions de travail du personnel

Par ailleurs, on a laissé se détériorer les conditions de travail des personnels de la santé, pour qui la situation est devenue souvent insoutenable. C'est notamment le cas des infirmières. On a ainsi ouvert la porte au développement des agences privées, qui profitent de la situation et contribuent paradoxalement à la pénurie dans les établissements publics. Déjà en manque de personnel, ces établissements sont poussés à faire affaire avec ces agences et payent ainsi beaucoup plus cher leurs ressources humaines, tout en créant des tensions dans les équipes de travail et des inefficacités liées à leur instabilité. Cette situation est d'autant plus aberrante que la pénurie n'a sans doute pas lieu d'être. En effet, avec de la volonté politique et une gestion plus

³Rapport TAMBLYN, 1999.

⁴Rapport DEMERS (avril 1994), rapport GAGNON (mai 1995).

⁵Rappelons que dès 1964, le rapport HALL recommande d'intégrer les médicaments à la couverture publique ; « La pharmacothérapie est aussi essentielle à la santé de la population que les autres traitements médicaux, qu'elle remplace ou modifie d'ailleurs souvent. » (Rapport GAGNON, 1995, p. 87).

humaine et à long terme, il y aurait moyen de ramener les infirmières des agences privées au public et d'améliorer ainsi la situation d'ensemble, tant pour le personnel que pour les patients, donc au final pour le système de santé dans son ensemble. Ce n'est que récemment, lors de la signature de la dernière convention collective, que le gouvernement a manifesté une volonté concrète de lutter contre le recours par l'hôpital au personnel des agences privées, ce que nous louons.

1.2 Frais aux patients : changement en profondeur des valeurs publiques

1.2.1 Surfacturation illégale

La surfacturation sous diverses formes n'est pas un phénomène nouveau. Mais, la pratique se diversifie et prend actuellement beaucoup d'ampleur. Malgré un besoin criant d'intervention de l'État, celui-ci faillit à son devoir et par son inaction compromet la mission d'accessibilité du système de santé. Ni le ministre ni la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ne sont intervenus assez vigoureusement pour protéger l'accès gratuit aux services médicalement nécessaires⁶, continuant de fermer trop souvent les yeux sur les pratiques de plus en plus courantes de frais accessoires illégaux chargés aux patients. Ils laissent également se développer cette pratique courante de devoir payer un abonnement annuel de plus de cent dollars dans les coopératives de santé jusqu'à quelques centaines de dollars dans certaines cliniques, pour avoir accès à un médecin, malgré une contravention directe à la *Loi sur l'assurance maladie*.

Notre système de santé repose sur le principe de l'accès aux soins en fonction des besoins et non de la capacité de payer. Les médecins sont libres d'adhérer ou non au régime public d'assurance maladie. S'ils sont participants à la RAMQ, ils sont rémunérés selon les ententes négociées par leurs fédérations syndicales et ne peuvent rien demander en sus à leurs patients.

La loi est claire est à ce sujet. En effet, l'alinéa 9 de l'article 22 énonce qu'« [i]l est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré ». Les seules exceptions que prévoient les ententes entre les fédérations syndicales et le ministre de la Santé et des Services sociaux sont les frais pour médicaments et anesthésiants.

En résumé, si c'est médicalement nécessaire et si ce n'est pas un médicament ou un anesthésiant, alors tout supplément chargé au patient est illégal. Il n'y a pas d'autre interprétation possible.

Les médecins reçoivent en cabinet privé un montant supérieur à celui qu'ils recevraient pour

⁶En effet, ceux-ci ne semblent intervenir que sur plainte.

des soins dispensés en établissement (composante technique). Si ce montant ne leur semble pas suffisant, ils doivent négocier cela avec le MSSS, et non pas avec leurs patients.

Les pratiques illégales en développement sous des formes multiples sont nuisibles non seulement pour les patients, mais aussi pour la communauté médicale qui ne peut cautionner des gestes d'un petit nombre de ses membres qui entachent sa réputation.⁷

1.2.2 Actes exclus

De plus, des exclusions arbitraires et légalement douteuses ont créé une iniquité quant à l'accès aux échographies, IRM et scans essentiels à un traitement approprié lorsque réalisés à l'extérieur de l'hôpital. Ces examens, payés par le patient, sont pourtant effectués pas les mêmes médecins qu'à l'hôpital. Très souvent les cliniques qui les fournissent se situent physiquement près de l'hôpital, où les listes d'attente publiques s'allongent parce que les médecins qui devraient être là pour servir les patients sont occupés à servir des clients plus payants dans leurs cliniques. Pourtant, en Ontario, où les temps d'attente sont beaucoup plus courts, ces mêmes examens, réalisés en-dehors de l'hôpital, sont couverts par l'assurance-maladie publique et intégrés dans le continuum de services. On reconnaît au Québec que la situation des temps d'attente pourrait s'améliorer grandement en intégrant la radiologie privée à la couverture publique, mais le gouvernement n'agit pas en ce sens.⁸

1.2.3 Taxe santé et ticket modérateur

Le début de l'année 2010 a été marqué par l'annonce de mesures budgétaires exigeant des citoyens une contribution directe au financement de la santé. Le ministre BACHAND prétend présenter un budget équitable qui demande de la population une participation financière à la hauteur de ses moyens, et fait absolument l'inverse. Plutôt que d'utiliser l'impôt sur le revenu à cette fin, seul mode de financement progressif des services publics, il propose des mesures régressives de financement, dont la taxe santé et la franchise santé.

Avec la taxe santé, le gouvernement prélèvera 25 \$ en 2010, 100 \$ en 2011 et, à partir de 2012, 200 \$ annuellement de la poche des citoyens. Ce montant fixe, non ajusté au revenu, représente une mesure de financement inéquitable qui touchera proportionnellement bien davantage les moins nantis que les plus riches.

Avec la franchise santé, le gouvernement suggérait l'instauration d'un ticket modérateur, calculé en fonction du nombre de visites médicales effectuées dans l'année. Les patients auraient dû

⁷Voir Annexes I et II.

⁸Voir *Rapport 2009 du CA à l'Assemblée générale des membres*.

alors verser une somme d'argent pour chaque rencontre médicale. Cette proposition consternante se base sur une fausse prémisse qui suppose que les Québécois utilisent de façon irrationnelle les soins de santé et qu'une utilisation excessive est responsable d'une partie de l'augmentation des coûts en santé. Il nous paraît aberrant de prétendre que des citoyens patienteraient dans une salle d'attente, ou des semaines sur des listes d'attente, pour des consultations qui ne seraient pas pertinentes. Il serait par ailleurs médicalement risqué d'exiger des patients de juger d'eux-mêmes du bien-fondé de consulter pour un malaise qu'ils ressentent.

Il a pourtant été bien documenté que l'imposition d'un ticket modérateur réduit effectivement les visites médicales, mais principalement chez les plus démunis, au détriment des visites de santé préventives, retardant les visites de santé moins urgentes et permettant aux problèmes de santé de se détériorer avant la consultation, imposant ainsi au système de santé de traiter des maladies plus avancées et donc plus coûteuses. L'imposition d'un ticket modérateur remet en question les fondements de l'assurance maladie en utilisant le principe d'utilisateur-payeur et en privilégiant un accès à la santé basé sur les moyens plutôt que sur le besoin. Même si cette dernière proposition a été retirée par le gouvernement suite aux pressions populaires, et possiblement parce que contraire à la *Loi canadienne sur la santé*, il faut demeurer vigilant d'autant plus que plusieurs provinces veulent remettre la loi en question lors du renouvellement de l'entente fédérale-provinciale en 2014.⁹

1.2.4 Soins à domicile

Depuis 2003, la politique de services à domicile favorise la privatisation des soins à domicile.¹⁰ Ainsi, l'aide domestique (entretien et préparation des repas,...) et la plupart des services d'assistance personnelle (aide à l'habillement, à l'alimentation,...) sont désormais de plus en plus à la charge du patient, qui devra faire appel tant bien que mal aux organismes communautaires ou aux entreprises dites d'« économie sociale » ou même dans le marché de soins privés payants à domicile.

⁹Voir Annexes V et VI.

¹⁰Voir aussi la section 3.2.5.

2 Détournement des fonds publics

2.1 De l'importance de garder les fonds publics au public

Socialiser les risques ; privatiser les gains. Un principe fondamental des services publics est la contribution selon la capacité de payer et l'utilisation selon le besoin. Pour avoir des services publics forts, les gouvernements mettent en place une fiscalité progressive à la hauteur de leurs missions publiques. Ces revenus ne devraient être utilisés qu'au service de l'intérêt public et du bien commun. De plus en plus, non seulement les revenus de l'État sont plutôt canalisés vers le privé, mais on va jusqu'à financer les profits privés en imposant l'assurance médicaments obligatoire. D'une part, on passe du principe équitable de l'utilisation en fonction des besoins au principe foncièrement injuste de l'utilisateur-payeur ; d'autre part, l'État s'appauvrit et enrichit une minorité qui profite de la richesse collective.

2.2 Qui profite des fonds publics ?

2.2.1 Les médecins non participants

CMS réservés aux non-participants Dans le *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, un article fort contestable réserve un certain nombre de traitements aux seuls CMS de non-participants.

En effet, l'article 3 se lit comme suit :

Un traitement qui requiert un hébergement postopératoire de plus de 24 heures de même que l'arthroplastie de la hanche et du genou ne peuvent être dispensés que dans un centre médical spécialisé visé au paragraphe 20 du premier alinéa de l'article 333.3 de la loi (CMS de médecins non participants).

Le ministre COUILLARD avait pourtant répété à diverses reprises qu'il n'autoriserait pas d'hôpitaux privés au Québec. Par cet article, non seulement les a-t-il autorisés mais, plus encore, le gouvernement a octroyé l'exclusivité de certaines chirurgies hors établissement aux seuls CMS de médecins non participants à la RAMQ, qui ont des considérations de rentabilité et de retour sur investissement.

Aucune exclusivité ne devrait être accordée aux CMS de médecins non participants. Particulièrement, il n'existe aucune logique à accorder un volume de chirurgies complexes, requérant même une hospitalisation, aux médecins non participants.

Mélange de genres Les omnipraticiens non participants bénéficient du pouvoir de référer leurs patients à des spécialistes participants, accélérant l'accès de leurs patients à des services spécialisés financés par le public. Le recours accru à ces généralistes est favorisé par la pénurie de médecins de famille au Québec. Inversement, dans certains cas, les spécialistes non participants bénéficient des références de leurs collègues généralistes participants. De plus, l'absence de réglementation au niveau des honoraires que peuvent facturer les non-participants favorise l'augmentation de leur nombre et ainsi la multiplication de ce genre de subvention indirecte du public au privé, tout en diminuant l'accessibilité.¹¹ Dans un même ordre d'idées, la « garantie d'accès », mise en place par le ministre COUILLARD, donne le pouvoir aux établissements de référer un patient à une clinique de non-participants, tout en finançant l'intervention.¹²

2.2.2 Les radiologistes

Dès l'adoption de la *Loi de l'assurance maladie*, le gouvernement du Québec a également promulgué, par règlements ou décrets, une liste de services qui ne sont pas considérés comme assurés, tels que des examens ou services non reliés à un processus de guérison ou de prévention de la maladie. Depuis les années 1980, des exclusions de la couverture publique selon le lieu de prestation se sont multipliées, de sorte que certains examens ne sont couverts que lorsqu'ils sont pratiqués en centre hospitalier, par exemple l'échographie, la tomographie (scanner), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et quelques autres.

Cette politique, discriminatoire envers les patients qui ne peuvent se payer ces services directement ou par l'entremise d'assurances privées, ou même parapubliques, comme la SAAQ et la CSST, illustre également un conflit d'intérêts patent lorsqu'un médecin (ou un groupe de médecins) peut choisir le lieu d'exercice plus ou moins rémunérateur, avec deux listes d'attente distinctes. En effet, les radiologistes n'ont aucun intérêt à diminuer leurs listes d'attente dans le système public, puisqu'ils y puisent leur clientèle pour leurs cliniques privées. Malgré les promesses répétées des ministres COUILLARD et BOLDUC de couvrir les actes d'imagerie médicale effectués en dehors des hôpitaux, rien ne bouge.

2.2.3 Les agences privées de soins

Tel que mentionné ci-dessus, la détérioration des conditions de travail des infirmières et autre personnel en soins¹³ a contribué à la multiplication des agences de placement. Ces entreprises

¹¹Dans certaines régions, telles que la Montérégie, l'augmentation du nombre de médecins non participants contribue de façon significative au manque d'accès à la première ligne.

¹²Art. 431.2 LSSSS.

¹³Section 1.1.3.

privées de ressources humaines sont en concurrence directe avec le réseau public pour recruter la main-d'œuvre. Ironiquement, une fois recrutée, cette même main-d'œuvre est louée aux établissements publics à gros prix. Un cercle vicieux de dépendance envers ces agences est ainsi créé, alors qu'elles deviennent une des causes de la pénurie actuelle.

Ces agences sont un autre exemple de détournement de fonds publics vers des compagnies privées, menant à un appauvrissement de l'État et à une augmentation des coûts.

2.2.4 Les assureurs privés

En adoptant un régime d'assurance médicaments hybride, privé-public, suite aux recommandations du comité CASTONGUAY qui défendait l'introduction d'une « saine concurrence » entre les assureurs privés et l'assureur public, le gouvernement a donné en exclusivité aux assurances privées un marché extrêmement lucratif.

Soulignons que ce régime inéquitable opère un triage systématique des risques où les « bons risques » reviennent à l'entreprise privée (les personnes qui travaillent ; 60 % de la population) et les « mauvais risques » au public (les personnes âgées et les personnes démunies ; 40 % de la population) facilitant ainsi les profits réalisés par les assureurs privés. Notons aussi que les outils de perception fiscale du secteur public sont accordés au privé : assurance obligatoire auprès de l'assurance privée offerte par l'employeur ou l'association et perception à la source, l'assureur privé ayant l'avantage de ne gérer que des régimes collectifs.¹⁴

Mentionnons de surcroît que les personnes qui adhèrent à un régime privé d'assurance collective doivent même parfois adhérer au plan global d'assurances offert par leur employeur (assurances complémentaires : imagerie, physiothérapie, psychothérapie, soins dentaires, etc.) et ont l'obligation d'inclure leur famille, ce qui encore une fois, représente une subvention directe (obligatoire) au marché des assurances privées.

2.2.5 Et des autres fournisseurs de services privés

Une panoplie de sociétés de services professionnels, allant des financiers aux entreprises de la construction, en passant par les grands bureaux d'avocats et de comptables, profitent de la manne que représentent les partenariats public-privé pour nos hôpitaux et nos CHSLD.¹⁵

¹⁴Voir généralement Marie-Claude PRÉMONT, *Un régime d'assurance médicaments : l'expérience du Québec*, 2011.

¹⁵Voir ci-dessous, section 3.2.1.

3 Privatisation de la gestion : de la collaboration à la compétition

3.1 Pourquoi une gestion publique ?

Seule une gestion publique du système de santé permet d'offrir des soins de qualité, de façon équitable, à l'ensemble de la population. En effet, sans gestion publique, il est impossible d'envisager une répartition rationnelle et équitable des soins et services offerts sur l'ensemble du territoire. Cette répartition planifiée selon des principes d'intérêt public est essentielle pour assurer l'accessibilité à l'ensemble des soins et services de santé couverts par le régime public. Soulignons aussi que seule une gestion publique permet une participation démocratique aux décisions qui concernent l'ensemble de la population. Une gestion privée s'accompagne donc nécessairement d'un déficit démocratique.

Nous pouvons d'ailleurs déjà observer au Québec que l'introduction du privé provoque une fragmentation de l'offre de soins et augmente la difficulté à organiser les soins sur un territoire donné ou même au sein des établissements. Cela contribue à fragiliser les équipes médicales de nos hôpitaux, affectant par le fait même l'enseignement qui, ne l'oublions pas, s'effectue essentiellement dans les établissements publics.

Au niveau des patients, la gestion publique permet une organisation autour des besoins et non des moyens. La finalité d'un tel système public est justement de répondre à ces besoins. La gestion publique s'organise autour de cet idéal, alors que sa contrepartie privée n'en fait qu'un critère parmi d'autres.

3.2 D'une gestion publique à une gestion privée

Mis en branle depuis déjà plusieurs années, phénomène amplifié par la fameuse réingénierie de l'état du gouvernement CHAREST, l'État délaisse de plus en plus son rôle de gestionnaire public et de prestataire public de soins et se tourne vers des modes de gestion privés et vers une augmentation de la prestation privée des soins de santé.

3.2.1 Partenariats public-privé (PPP)

La volonté de privatisation se retrouve dans le choix du mode PPP (partenariat public-privé) pour la construction de nos centres hospitaliers universitaires (CHUM et CUSM)¹⁶, ainsi que

¹⁶Voir *Rapport 2009 du CA à l'Assemblée générale des membres* et Annexe VII.

pour la construction et la gestion des CHSLD. Dans le cas particulier des CHSLD, en plus du financement et de la construction, le partenaire privé assume la gestion et la prestation des soins et services de santé aux patients. À ce titre, un premier CHSLD construit en PPP a ouvert ses portes en octobre 2010 à Saint-Lambert. En plus de la construction, le partenaire privé assure lui-même la prestation des soins et services aux patients de l'établissement, et ce, pour les 25 prochaines années. Les journaux ont déjà fait état de plusieurs problèmes : difficulté d'offrir des soins à des patients nécessitant plus d'heures-soins que ce qui a été prévu dans le contrat, difficultés quant aux conditions de travail des employés et difficulté à recruter des médecins.

Rigidité des contrats, coûts plus élevés, diminution de la qualité des soins et manque de transparence : autant de problèmes qui sont associés aux contrats en PPP. Les sociétés privées n'ont de compte à rendre qu'à leurs actionnaires et non à l'ensemble de la population, ce qui est inacceptable dans le contexte de dépenses publiques. Trois autres projets de CHSLD en PPP sont actuellement en branle pour les secteurs de Granby, Saint-Jean-sur-Richelieu et Châteauguay. Une étude publiée par l'Institut de recherche en politiques publiques (IRPP) démontre clairement que les établissements privés à but lucratif en matière d'hébergement aux personnes âgées « sont plus susceptibles de fournir des soins de moindre qualité » et qu'il faut revenir « au financement public plutôt que de recourir au capital privé pour construire de nouveaux établissements »,¹⁷ La conclusion du rapport de l'IRPP est éloquent à ce sujet :

*Taking care of seniors at a time in their life when they are most vulnerable and need the most support or assistance may be one of the most important public policy challenges facing us over the next 30 years. The decisions we make about how to finance and deliver long-term care services will be crucial in ensuring that vulnerable seniors receive the quality of care they deserve.*¹⁸

Néanmoins, le gouvernement continue de supprimer des milliers de lits publics de soins de longue durée et se tourne vers le financement de lits privés à but lucratif ainsi que la construction et la gestion de CHSLD en mode PPP.¹⁹

3.2.2 Centres médicaux spécialisés (CMS)

Depuis le jugement Chaoulli de la Cour suprême, qui a ébranlé l'interdiction de souscrire à des assurances privées pour certains actes couverts par l'assurance-maladie, le gouvernement du Québec a, par divers changements législatifs (lois 33, 34 et leurs règlements), instauré un nouveau

¹⁷IRPP, *Residential Long-Term Care for Canadian Seniors : Nonprofit, For-Profit or Does It Matter ?*, MCGREGOR, M.J. & RONALD L.A., 2011.

¹⁸*Ibid.*

¹⁹CHOUINARD, T., *Plus de 1700 lits en CHSLD fermés à Montréal en 2006*, La Presse 17 janvier 2011.

régime basé sur les règles du marché, entre autres par la création de centres médicaux spécialisés à investisseurs privés financés par des fonds publics. La décision de la Cour suprême n'était qu'un prétexte. Ces cliniques à investisseurs privés, mises en place sous le prétexte fallacieux de l'amélioration de l'accès aux soins de santé, n'étaient qu'une étape d'un plan de privatisation préparé depuis déjà plusieurs années.

Les CMS mettent à mal la logique de notre régime public de santé puisque cette formule soumet la pratique médicale à des impératifs financiers contraires aux principes du régime public, dans la mesure où les décisions médicales doivent tenir compte de la rentabilité au profit des investisseurs. Ces CMS sont aussi susceptibles de déstabiliser les équipes déjà fragiles de nos hôpitaux tout en leur laissant les cas les plus complexes. Ainsi, l'entente entre l'hôpital Sacré-Cœur et le Centre de chirurgie Rockland MD garantissait à ce dernier un revenu et des patients, alors qu'en même temps, plusieurs salles d'opération de l'hôpital n'étaient pas en fonction faute de personnel et de budget. Dans les deux cas, ce sont les mêmes fonds, médecins et personnel. Le choix était donc clairement politique.

D'autres problèmes que MQRP a déjà soulevés²⁰ concernent la qualité des soins et la sécurité d'une pratique extra-hospitalière. En effet, nulle chirurgie n'est à l'abri d'une complication et selon tous les standards de soins, le patient bénéficie grandement de la continuité des soins par la même équipe, dans la même institution, et du fait que tous les services lui soient accessibles dans un même lieu physique. De plus, la loi dégage explicitement ces cliniques de la responsabilité du suivi et du paiement des frais liés aux soins requis pour traiter les complications, reléguant ces risques plus difficiles à quantifier et à prévoir au réseau public, alors que la portion la plus prévisible des soins, la prestation initiale, est sous la responsabilité de la clinique.

La fragmentation des services complique indéniablement la vie de tous et favorise la survenue d'erreurs et de complications. Au niveau administratif, les tracas et les coûts sont dédoublés et alourdis. Par ailleurs, une infrastructure le moins éloignée d'un hôpital expose le patient à un danger sérieux et inutile.

3.2.3 Nouveau management public (NMP)

« [Le nouveau management public] (*New Public Management*) trouve ses origines dans les laboratoires d'idées néo-libérales des années 1970. [II] fait partie d'un ensemble de recommandations destinées à mettre fin à des formes d'État-providence jugées illégitimes et productrices d'effets anti-économiques. »²¹

²⁰MQRP, *Commentaires au MSSS sur le PROJET DE RÈGLEMENT des CMS*, 15 Septembre 2010.

²¹MERRIEN, F.-X. M., *La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique*, Lien social et Politiques, no. 41, 1999, p. 95.

Le gouvernement actuel favorise l'application des règles du marché à notre système de santé, ainsi que la création de marchés internes pour mettre les établissements en compétition²² et en les finançant selon leur productivité et leurs résultats²³. En effet, le nouveau management public devient une réalité au Québec depuis la réforme COUILLARD de 2003, qui s'insérait dans le cadre de la réingénierie de l'État du gouvernement CHAREST. On a ainsi décentralisé la gestion du réseau avec les Agences de santé et de services sociaux, responsables de dresser un portrait des caractéristiques populationnelles. Par ailleurs, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont la responsabilité d'implanter des Réseaux locaux de services qui réunissent l'ensemble des prestataires de services sur leur territoire, qu'ils soient des secteurs publics ou privés, à but lucratif ou sans but lucratif. Une de leurs fonctions est l'achat des services auprès de fournisseurs, autant privés que publics.

Dans la conjoncture actuelle de multiplication de cliniques privées à but lucratif, l'application de cette logique de marché servira à mettre en concurrence les établissements publics et les centres privés pour l'offre de soins et services de santé. Il est pourtant démontré qu'il est profondément erroné d'appliquer les règles du marché à la prestation de soins et que cela contribue à multiplier les activités comptables et les interventions rentables, souvent inutiles, auprès de la population la moins malade. Les expériences étrangères d'application de marchés internes au système de santé, notamment en Angleterre, nous démontrent que cela contribue à l'augmentation des coûts pour les gouvernements et non l'inverse, tout en créant une situation de compétition néfaste au bon fonctionnement du système de santé dans son ensemble.

Pourquoi ne pas continuer de miser sur la collaboration? Il faut arrêter de prétendre que les soins et services de santé sont des biens comme n'importe quel autre bien de consommation. Soigner la population ne peut et ne pourra jamais être comparé à la vente de biens de consommation.

3.2.4 Le piège du « panier de services »

D'aucuns vont même jusqu'à dire qu'il faut remplacer la notion de services médicalement nécessaires, un principe pourtant central à la justice et l'humanité de nos régimes d'assurances hospitalisation et maladie, pour mettre en place un *panier de services* rétréci.²⁴ En effet, en transformant l'idéal du traitement de tout ce qui est médicalement nécessaire en une offre se limitant à

²²Par ex., publication des attentes comparées dans les urgences, comparaison CSSS Jeanne-Mance et les autres, sans tenir compte des contextes...

²³Par ex., budgets diminués si certains n'atteignent pas les objectifs ; primes au rendement des cadres,...

²⁴CASTONGUAY, C. et al., COMITÉ D'IMPLANTATION DE L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (INESSS), Rapport de décembre 2008.

une liste bien définie, on passerait d'un principe acceptable *tout ce qui n'est pas explicitement exclu est inclus* à son contraire : *tout ce qui ne serait pas explicitement inclus serait exclu*. Ce faisant, nous perdriions l'universalité des services couverts et contribuierions à un marché d'assurance maladie complémentaire déjà florissant grâce aux secteurs déjà abandonnés.

3.2.5 Sous-traitance

La pratique de la sous-traitance est de plus en plus courante à l'intérieur du système de santé, surtout dans les services auxiliaires des hôpitaux (services alimentaires, buanderie,...) et les services à domicile. Ainsi, on fait appel à l'entreprise privée et aux organismes communautaires ou d'« économie sociale » pour les soins à domicile, ce qui entraîne des frais supplémentaires importants pour les patients. Les problèmes occasionnés par ces pratiques sont nombreux, allant d'une diminution de la qualité des services offerts par des employés sous-formés et sous-payés à une compromission de la continuité des soins, en passant par un manque de redditions de comptes.

4 La santé, un marché lucratif

C'est dans ce contexte de désinvestissement de l'État, de mise aux enchères du système public et d'un discours du privé dominant que s'ouvre pour le privé ce nouveau marché créé par le besoin de services. Le domaine de la santé, dont une grande partie a été gardée à l'abri des forces du profit pendant des décennies, se *remarchandise* à grands pas.

Depuis 2007, les médecins peuvent désormais s'incorporer et ainsi profiter de plusieurs avantages fiscaux :

Après des mois, voire des années d'attente, l'incorporation des médecins pourra enfin être permise d'ici peu. [...] L'incorporation de votre pratique n'aura pas d'impact sur la façon dont vous prodiguez des services médicaux ou sur votre horaire, vos façons de faire et votre facturation ; cependant, l'exercice de la profession médicale en société entraînera plusieurs avantages d'ordre fiscal et organisationnel. Les médecins qui s'incorporeront bénéficieront de véhicules financiers très avantageux pour la planification de leur retraite et l'épargne à l'abri du fisc. Serez-vous de ceux qui en profiteront ? (SANTÉ INC., *L'incorporation des médecins : Enfin, elle s'en vient*, juillet/août 2006, p. 36).

Ainsi, l'État perd des revenus et on insère une disparité dans la rémunération des médecins. Dans le cas des CMS, on est allé plus loin encore : ceux-ci peuvent être exploités par des sociétés dont les actionnaires ne sont même pas médecins, tant que leur droit de vote n'atteint pas les 50 %. Déjà, de très grandes structures corporatives ont été mises en place pour bénéficier de ces règles, qui allient financement public à des profits privés.

Dans un autre ordre d'idées, la tolérance de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) quant aux interprétations de la *Loi sur l'assurance maladie* concernant les frais accessoires est exploité par certains CMS et autres cabinets privés.²⁵ Afin de facturer des services non assurés ou permisibles en vertu des ententes entre le ministère et les fédérations, ces cliniques facturent deux fois les mêmes choses, une fois à la RAMQ et une autre fois au patient, contournant la loi en toute quiétude. Par exemple, une clinique à Montréal facture ses patients plus de 300 \$, notamment pour des « frais d'ouverture de dossier ». Sur leur site, l'effet de la tolérance de la RAMQ est très clair :

Cependant, la Clinique [...] demandera au patient le versement de certains frais nominaux inhérents à la prestation de ses services médicaux soit, essentiellement, les frais suivants :

Frais accessoires (ex. : médication et agents anesthésiques liés aux examens

²⁵Ainsi, certaines cliniques ophtalmologiques facturent leurs clients plus de 200 \$ pour de simples gouttes ophtalmiques valant tout au plus 30 \$.

d'endoscopies digestives) ;

Frais administratifs (ex. : photocopies, télécopies et messageries liées aux examens d'endoscopies digestives) ;

Frais d'ouverture de dossier incluant la préparation et rédaction d'une documentation médico-administrative ainsi que l'utilisation d'équipements médicaux à la fine pointe technologique. (À cet égard, veuillez considérer la note suivante : lors de la mise en ligne du présent site Web, la détermination de tels frais faisait l'objet de négociations entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Conséquemment, la Clinique [...] a effectué une telle détermination d'une manière juste et raisonnable.

Sous réserve de la note ci-haut mentionnée, veuillez noter que de tels frais découlent d'une grille tarifaire suggérée en cabinet privé par la Fédération des médecins spécialistes du Québec et dont copie, à votre demande, vous sera remise. Veuillez également noter que le paiement de ces frais s'effectue, en toute discrétion, auprès du préposé à la réception de la Clinique [...], et ce, selon les modalités suivantes : argent comptant, cartes de débit bancaire ou principales cartes de crédit (SITE WEB DE LA CLINIQUE, FÉVRIER 2011).

Des compagnies d'assurances salivent déjà à l'idée que le modèle d'assurance médicaments puisse commencer à s'appliquer à l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie :

Les nouvelles mesures gouvernementales concernant le virage ambulatoire ont créé un nouveau marché pour les assureurs, leur permettant ainsi d'aller rechercher une partie du commerce arraché en 1961 lors de la mise en vigueur de la Loi sur l'hospitalisation (GROUPE ULTRA-VIE INC., *Historique de l'assurance collective*, 2002).

La longue listes de chirurgies pratiquées en CMS n'a plus qu'à être ouverte aux assureurs privés, qui pourront alors commencer à rajouter cette couverture à leurs régimes collectifs. Les actes réservés aux non participants²⁶ dans les mini-hôpitaux privés pourraient être les premiers à intéresser les assureurs privés.

Avec tous ces développements, si l'on permet en plus une mixité de pratique, certains médecins, tout en étant assurés d'un fonds de roulement dans le système public (où les listes d'attente s'allongeront), pourront à leur guise et selon l'état du marché, moduler leurs pratiques afin de maximiser leurs profits. Les infrastructures auront été mises en place, le financement répondra bientôt à l'appel (investisseurs et assurances) : il n'y a plus qu'à abattre ce dernier rempart qu'est l'interdiction de la mixité de pratique et le tour sera joué.

²⁶Voir section 2.2.1.

5 Un dernier rempart : l'étanchéité de la pratique

Lors de l'instauration du régime public d'assurance maladie, les gouvernements au Canada ont voulu mettre en place un solide régime public ; il fallait mettre fin aux multiples régimes privés qui n'avaient pu assurer une couverture adéquate des soins de santé, sans discrimination entre les personnes plus fortunées et l'immense majorité de la population.

À cette fin, les provinces ont alors adopté diverses mesures pour diriger le plus de ressources possible vers le régime public. Ces mesures sont de trois ordres et elles diffèrent d'une province à l'autre : 1) interdiction de l'assurance duplicative, 2) interdiction de la pratique hybride, 3) obligation des médecins non participants au régime public de s'en tenir au montant des honoraires du régime public.

Au Québec, c'est l'interdiction de l'assurance duplicative et celle de la pratique hybride qui ont été retenues. Depuis 2006, le gouvernement du Québec a profité de l'arrêt *Chaoulli* pour faire une brèche dans la première et adopter un ensemble de mesures qui affaiblissent le régime public.²⁷ C'est maintenant la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) qui attaque sur la seconde.

5.1 La requête en nullité de la FMSQ : un choix crucial du Québec remis en question

Le 28 octobre 2010, la FMSQ et Docteur Claude TRÉPANIÉ (anesthésiste) ont déposé une requête en nullité des articles de la LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX qui imposent aux médecins des Centres médicaux spécialisés de choisir leur camp : ou ils exercent dans des Centres médicaux spécialisé (CMS) de médecins participants à la RAMQ, ou ils exercent dans un CMS de non participants.²⁸

Cela est pratiquement passé inaperçu dans les médias, bien qu'il s'agisse d'éléments essentiels : un même médecin ne peut exercer à la fois dans et hors le régime public ; un CMS doit être composé soit de médecins participants au régime, soit de non participants, mais non les deux à la fois.

La loi 34, en vigueur depuis le 31 mars 2010, prévoyait des exceptions pour des médecins de certains CMS où, « au 31 décembre 2007, exerçaient à la fois des médecins participants et des médecins non participants » (art. 34). Cette clause *grand-père* est aussi contestée par la FMSQ.

²⁷Le jugement n'ordonnait pas une telle brèche, mais de prendre les mesures pour mettre fin aux délais d'attente déraisonnables. Voir BRUN, H. et al., *Privatisation des soins de santé au Québec - Il n'y a pas d'« ordre » de la Cour suprême*, LE DEVOIR, 17 novembre 2005.

²⁸http://www.fmsq.org/pdf/medecins/f/requete_introductive.pdf.

Indirectement, la FMSQ remet en question non seulement les dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS), mais aussi de la LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE qui distingue clairement le statut de participant et de non participant, puisqu'il s'agit de permettre à des médecins participants de travailler aussi comme non participant dans les CMS de non participants, ce qui serait interdit par l'article 333.6 de la LSSS.

Cette action est la brèche qui pourrait mener au bris de l'étanchéité de pratique. En effet, les règlements entourant les CMS ont rendu difficile la croissance des CMS de non participants, nécessitant des anesthésistes non participants, puisque le marché n'est pas assez développé pour que les anesthésiologistes puissent réaliser un revenu convenable dans les CMS de non participants. Vu la prohibition de la pratique mixte, les anesthésiologistes optent donc pour le système public. Mais certains voudraient faire les deux. Dans leur requête, ils dénoncent un gouvernement qu'ils trouvent trop imposant. Les anesthésiologistes ont beau dépendre l'interdiction de la pratique hybride comme une entrave injuste à leurs libertés, le système est en fait très simple et très démocratique : comme médecin au Québec « *you're in or you're out* ». Le médecin qui opte pour une pratique publique ne peut avoir des allégeances divisées ; il ne peut s'assurer d'un fonds de roulement au public et en même temps tenter sa chance au privé.²⁹

²⁹Bien qu'il y ait des médecins que se désengagent et se réengagent en série, profitant de la laxité réglementaire au Québec dans ce domaine.

6 Pour la suite du monde...

6.1 Ce que l'avenir nous réserve si nous ne bougeons pas

Nous ne pouvons nous permettre d'assister passivement au démantèlement de notre système public de santé. Une véritable stratégie de marchandisation de la santé se déploie sous nos yeux. Elle se met en place par étapes depuis plus de vingt ans : discréditation du système public par des coupures répétées, instauration d'assises légales et juridiques pour le développement du marché privé, application des règles du marché à la gestion de notre système de santé, démission des autorités publiques responsables de la défense des valeurs fondamentales sur lesquelles notre système public de santé s'est érigé il y a maintenant quarante ans. L'universalité et l'équité d'accès aux soins s'effritent rapidement.

Les difficultés et iniquités d'accès croissantes aux services d'imagerie médicale ne sont que la pointe de l'iceberg. Si les attaques actuelles pour la mixité de la pratique réussissent à faire tomber le principe d'étanchéité de la pratique médicale, ce ne sera plus seulement l'accès aux moyens techniques diagnostiques qui sera compromis : nous reculerons de quarante ans pour revenir à l'ère où l'accès aux soins médicaux n'était pas déterminé par le besoin de soins de santé, mais bien par la capacité de payer.

Avec l'instauration d'un régime d'assurance médicaments hybride en 1997, les décideurs publics ont imposé un système d'assurance qui nous habitue au principe de franchise et de co-paiements. C'est le principe d'utilisateur-payeur. Ce principe maintenant bien inscrit dans nos habitudes d'accès aux médicaments.

Se pourrait-il, [...] que le régime d'assurance médicaments serve de modèle pour tarifier ou privatiser d'autres services de santé jusqu'à maintenant assurés entièrement par l'État? Si ce régime s'inscrit effectivement dans une stratégie de privatisation du système de santé, ne peut-on pas dès lors prédire la fin, à plus ou moins long terme, de l'accès universel aux soins de santé et la création de deux catégories d'assurés : les personnes assurées par le privé qui seront assujetties aux lois du marché et les personnes assurées par l'État, « les assistées », à qui on offrira une couverture minimale. Ce serait alors le retour à la conception résiduelle de la sécurité sociale [...] qui a prévalu jusqu'à la fin des années 1950, alors que le rôle déterminant, en matière de santé, était assumé par le secteur privé.³⁰

Nous nous sommes dotés en 1970 d'un régime public de santé basé sur des valeurs de solidarité sociale et de répartition collective des risques reliés à la santé. Quarante ans plus tard,

³⁰BLAIN, L., *L'assurance médicaments : les conséquences de la mixité du régime sur l'accès équitable aux médicaments*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en droit social et du travail, Université du Québec à Montréal, septembre 2000.

notre système public de santé garant de l'universalité et de l'équité d'accès aux soins est en péril. Nous ne pouvons laisser le présent être annonciateur du futur. Nous devons nous mobiliser à la défense de notre système public de santé, seule option capable d'assurer l'accès à des soins de qualité pour tous.

6.2 Pour un système public en meilleure santé

Le discours discréditant la viabilité financière du système public de santé, continue à être démenti. L'Institut Canadien d'Information sur la Santé, dans son rapport annuel, nous montre que le Québec continue à être la province qui dépense *le moins* en santé par habitant au pays et qui consacre *la plus faible part de son budget* provincial à la santé.³¹ Dans ce même rapport, le supposé spectre du vieillissement paraît soudainement bien moins inquiétant ! En effet, la proportion de gens âgés de plus de 65 ans ne progresse que très lentement et graduellement (12,3 % en 1998 ; 13,7 % en 2008), et les dépenses publiques consacrées à cette population restent stables (43,6 % en 1998 ; 43,8 % en 2008 au Canada). Peut-on vraiment prétendre dans ce contexte que nous n'avons pas les moyens financiers d'assumer le financement de notre système de santé public ? Qu'il faut procéder à des compressions budgétaires et recourir au financement privé ?

La supposée plus grande efficacité du privé a été démentie par plusieurs publications cette année. Ainsi, le vérificateur général conclut dans son rapport présenté à l'Assemblée nationale qu'il n'avait pas été démontré que la réalisation en PPP des hôpitaux universitaires coûtera moins cher aux contribuables que la réalisation par le secteur public.³² De son côté, l'Institut de Recherche en Politiques Publiques, après avoir révisé plusieurs études canadiennes et américaines, conclut que les établissements à but lucratif sont plus susceptibles de fournir des soins de moindre qualité dans les services de soins de longue durée, et recommande qu'on revienne au financement public pour l'ouverture de nouveaux établissements.³³

Dans leur rapport *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance médicaments*, publié par l'IRIS et le CCPA, Marc André GAGNON et Guillaume HÉBERT démontrent qu'un régime d'assurance médicaments public et universel serait économiquement possible et surtout souhaitable. Il permettrait d'économiser entre 2.67 et 10.7 milliards de dollars au Canada selon le degré de contrôle sur les pratiques de l'industrie pharmaceutique de gonflement artificiel des prix. Un régime public pour mieux contrôler les coûts en plus de garantir une universalité et une équité d'accès aux médicaments, est-ce qu'on peut demander mieux ?

³¹INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2010*, 2010.

³²http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2010-2011-Rapport-CHU/fr_Rapport2010-2011-CHU.pdf, p. 5.

³³Voir note 17.

6.2.1 Mobilisations et actualités

Heureusement, face à la privatisation grandissante de la santé, la société civile est présente et réagit!

Plusieurs citoyens ont alerté les médias au sujet de la multiplication de pratiques illégales abusant du besoin de soins de santé dans un but lucratif : accès à un médecin moyennant des frais (coopératives de santé, bilans de santé payants pré-rencontre médicale), facturation de frais illégaux car chargés pour des services médicalement nécessaires, surfacturation de frais accessoires et marketing abusif. Les médias ont permis de dévoiler ces abus, faisant réagir la RAMQ qui a ensuite enclenché des enquêtes. La journaliste Louise-Maude RIOUX SOUCY du Devoir a publié un excellent dossier sur les frais illégaux et les enquêtes de la RAMQ le 15 janvier 2011.

Des regroupements citoyens protestent et demandent des comptes. Ainsi, un regroupement de patients atteints de dégénérescence maculaire enclenche une série de mesures juridiques. À cause du refus de plusieurs établissements de fournir le médicament nécessaire à leur traitement à l'intérieur des murs de l'hôpital, ces patients sont obligés de consulter en clinique privée pour recevoir leur injection intra oculaire où des frais accessoires déraisonnables leur sont facturés.

Du côté des organisations syndicales, communautaires et populaires, plusieurs initiatives ont été développées en 2010. En célébration du 40^e anniversaire de la RAMQ, la Coalition Solidarité Santé a lancé une série de capsules vidéo pour le maintien d'un régime public en santé. L'Union des consommateurs mène une campagne en faveur d'un régime universel d'assurance médicaments. La Coalition Montérégie sans PPP s'est créée en opposition à l'annonce de la construction et de la gestion de quatre CHSLD en mode PPP.³⁴ Suite à l'annonce du budget BACHAND, la Coalition contre la privatisation et la tarification des services publics a vu le jour, regroupant diverses organisations, dont MQRP, autour de la campagne « Non aux hausses » contre les hausses de tarifs injustes et les compressions budgétaires dans les services publics. Une vague de protestation, regroupant citoyens, organismes communautaires et professionnels, s'est organisée contre les coupures budgétaires drastiques annoncées au CSSS Jeanne-Mance en septembre 2010. En novembre dernier, des déléguées du regroupement l'R des centres de femmes du Québec occupent le bureau du ministre BOLDUC et obtiennent une rencontre avec lui pour exiger une abolition de la taxe santé.

³⁴http://aptsq.com/documents/intersyndicales/20100506-CPresse_CoalitionPPP.pdf.

Réactions de la RAMQ et du Collège des Médecins du Québec

La RAMQ, responsable de l'application de la loi sur l'assurance maladie, et le Collège des Médecins du Québec, responsable de la protection du public par la promotion d'une médecine de qualité, ont dû réagir aux plaintes de plus en plus fréquentes des citoyens.

La RAMQ mène de front quelques enquêtes sur la facturation de frais illégaux aux patients. Elle a aussi en décembre dernier rappelé aux médecins l'interdiction de facturer des forfaits pour des services non assurés pas encore rendus, l'interdiction d'exiger une contribution financière pour avoir accès à un médecin, et s'est engagée à informer tant la population médicale que générale de l'illégalité de telles pratiques ainsi que les recours possibles.³⁵

Le Collège des Médecins du Québec a publié un guide de pratique sur la publicité, interdisant les stratégies de marketing à caractère trompeur, prohibant la publicité destinée à des personnes vulnérables et obligeant le médecin à afficher le prix des services, fournitures et frais accessoires qu'il facture.³⁶

De plus, le Collège des Médecins du Québec mène présentement une enquête sur la pratique d'un médecin de famille lié à la compagnie MEDSYNC qui offrait un rendez vous médical privilégié si précédé du passage sur place d'un bilan de santé payant. Le Conseil de discipline a retenu six chefs d'accusation : acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession médicale, sollicitation de clientèle, acte intempestif compromettant son indépendance professionnelle, acte intempestif contraire aux données de la science actuelle, défaut d'assurer la prise en charge et le suivi adéquat et défaut d'élaborer avec la plus grande attention son diagnostic.

Nous saluons ces initiatives mais enjoignons le ministre de la Santé et la RAMQ de cesser d'être en mode réactif et de prendre le taureau par les cornes en exerçant les responsabilités que la loi leur confie en sanctionnant les fautifs. Ils doivent surveiller davantage l'application de la loi, notamment des dispositions introduites par les lois 33 et 34, sans attendre les plaintes, et sévir contre les médecins fautifs. La RAMQ devrait aussi examiner la possibilité de contrôles aléatoires comme elle le fait pour le contrôle de l'authenticité des réclamations.

6.2.2 Actions MQRP 2010

En avril 2010, MQRP a rassemblé la FMOQ, le CQMF, la FMEQ, la FMRQ, l'AMSCLCQ, et les Dr DURAND et HÉBERT, respectivement doyens des facultés de médecine de l'Université Laval et de l'Université Sherbrooke, autour d'une déclaration commune dénonçant la non pertinence et les

³⁵Voir Annexe III.

³⁶http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/41D4F0B6E17843B9B4BC7D769DADCCCB.ashx?sc_lang=fr-CA&21106.

effets pervers de l'instauration d'un ticket modérateur tel que proposé par le ministre BACHAND.³⁷ En parallèle, une forte mobilisation populaire s'est organisée contre le budget BACHAND et ses mesures injustes et inefficaces. Cinq mois plus tard, le gouvernement retire son projet de franchise santé. Le projet étant à l'agenda depuis plusieurs années, il faudra bien sûr rester vigilant car il risque de refaire surface. Entretemps, la contribution santé sera mise en application cette année et sa contestation reste primordiale.

Le 30 octobre 2010, le 40^e anniversaire de l'assurance maladie au Québec a été célébré à la Grande Bibliothèque. MQRP a organisé cet événement festif en collaboration avec la CSN, la CSQ, la FTQ et l'UPA. Après les allocutions de l'historien Jean Claude GERMAIN, de la présidente de MQRP Marie-Claude GOULET, et un spectacle humoristique des Zapartistes, les organisateurs ont signé une déclaration commune *Pour la suite du monde*, réitérant notre attachement profond au régime de santé public et adressant au gouvernement du Québec et à la RAMQ une série de revendications contre la fragilisation de notre système de santé par la privatisation.³⁸

Par ailleurs, MQRP a mené plus d'une centaine d'activités de sensibilisation, d'éducation et de mobilisation via des conférences auprès de médecins, d'étudiants, de représentants syndicaux, d'organismes communautaires, via la publication d'articles de journaux, la participation à des entrevues radio, télévisées, des blogues web et via les médias sociaux.³⁹

Cette année, MQRP s'est fait partenaire de plusieurs initiatives et appuie la Coalition contre la tarification et la privatisation des services publics, le mouvement citoyen contre les coupures au CSSS Jeanne Mance, la Coalition Montérégie sans PPP et l'Union des consommateurs dans leur campagne pour un Régime public universel d'assurance médicaments. Une enquête sur les CMS est présentement en cours. Elle a pour objectif de faire un état des lieux sur le développement des CMS et l'application des lois 33 et 34. Cette enquête nous permettra de mieux comprendre l'ampleur du phénomène et de mieux cerner les enjeux qui l'entourent. Les CMS doivent produire un rapport de leurs activités le 31 mars. Dès qu'ils seront rendus publics, nous compléterons le travail d'enquête amorcé l'été dernier.

Une aile étudiante de MQRP dynamique et engagée s'est formée cette année qui a déjà à son actif des articles dans les journaux étudiants, la création d'une affiche de sensibilisation, l'organisation d'une exposition sur les témoignages de médecins de leur vécu de la privatisation et la participation à des discussions avec des étudiants en communication. Finalement, nous avons voulu améliorer nos méthodes de communication en mettant notre site web à jour et en formant notre page Facebook qui compte maintenant plus de 1000 adeptes !

³⁷Voir les annexes : *Déclaration commune* et *La solidarité assiégée*.

³⁸Voir Annexe IV.

³⁹Voir la liste de nos activités en annexe.

6.2.3 Dossiers prioritaires 2011

MIXITÉ DE LA PRATIQUE : L'ENJEU MAJEUR !

Tel que mentionné ci-dessus, l'étanchéité de la pratique représente à notre avis un des derniers remparts de notre système public de santé. Permettre la mixité de la pratique signerait ni plus ni moins la fin du caractère public de notre système de santé. Plusieurs groupes, dont la FMSQ, militent en faveur d'une mixité de la pratique, tant individuelle qu'à l'intérieur d'un même CMS.⁴⁰

MQRP continuera d'assurer un suivi de l'application de la loi 34 dans le cas des CMS qui interdit à des médecins participants et non participants de travailler au sein d'un même CMS et suivra avec attention le recours de la FMSQ contre le MSSS remettant en question l'interdiction de mixité de la pratique et s'y objectera avec véhémence. Nous nous proposons d'intervenir auprès des pouvoirs publics pour que l'étanchéité de la pratique demeure un principe fondamental à respecter pour la sauvegarde du système public de santé. Nous encouragerons aussi tous les autres groupes de pression à en faire autant.

MQRP prévoit une rencontre avec le Collège des Médecins pour discuter des enjeux déontologiques et des conflits d'intérêts engendrés par la mixité de pratique.

MQRP va plus loin et dénonce le fait que la mixité de pratique soit autorisée sous un même toit dans les cabinets privés (médecins participants et non participants qui pratiquent sous un même toit). L'interdiction de la mixité de pratique exigée dans les CMS devrait être étendue à tous les cabinets.

FRAIS ACCESSOIRES

MQRP exige que la Loi sur l'assurance maladie soit appliquée et que tout paiement exigé à une personne assurée pour un service ou une fourniture accessoire à un service médicalement nécessaire soit qualifié d'illégal et sanctionné par les autorités concernées.

MQRP demande à la RAMQ de renforcer et d'ajuster ses mécanismes d'inspection et de contrôle pour que cesse la pratique croissante des frais accessoires. Nous continuerons de faire des pressions en ce sens auprès des autorités concernées (RAMQ, Ministre de la santé).

⁴⁰Voir section 5.

MQRP prévoit faire une demande d'accès à l'information pour prendre connaissance des plaintes adressées à la RAMQ au sujet de frais illégalement facturés. Nous encourageons d'ailleurs les patients et autres groupes à porter plainte lorsqu'ils ont à payer de tels frais accessoires illégaux.

MQRP pense qu'il faut aller plus loin et remettre en question l'exception décidée par entente entre les fédérations médicales et le Ministre de la santé qui autorise l'exigence de frais pour des médicaments et agents anesthésiques. Nous pensons que le coût des médicaments et agents anesthésiques devrait être assumé par le régime d'assurance médicaments plutôt que par le patient directement.

ACTES EXCLUS

MQRP revendique l'élimination des exclusions de l'assurance publique de services médicalement nécessaires pour couvrir l'ensemble des soins médicalement nécessaires, quel que soit le lieu où ils sont prodigués. Ceci correspond en particulier aux services hors-établissement d'imagerie (échographies, tomodensitométrie, IRM).

MQRP exige qu'au-delà d'une entente avec la FMSQ, l'élimination de ces exclusions se fasse également par amendement du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, afin de protéger l'accès aux services médicalement nécessaires pour le futur, qui verra l'arrivée de nouvelles technologies.

MQRP désire élargir le combat pour l'accès gratuit aux soins d'autres professionnels de la santé tout aussi médicamenteusement nécessaires (dentistes, physiothérapeutes, psychologues, optométristes, orthophonistes, etc.). En ce sens, MQRP compte rencontrer le ministre, le président de la FMSQ et les représentants des différents professionnels de la santé dont les services sont présentement désassurés lorsque prodigués hors-établissement.

MÉDECINS NON PARTICIPANTS

MQRP continue à dénoncer le fait que la désaffiliation croissante de médecins a un effet négatif sur l'accessibilité aux soins de santé pour la majorité de la population.

MQRP demande au Ministre de la santé et des services sociaux d'exercer les pouvoirs que la loi lui confère en interdisant aux médecins non participants de charger des honoraires supérieurs

aux médecins participants et en suspendant la possibilité de devenir non-participant dans les régions où les spécialités ou le nombre de non-participants affecte la qualité et la suffisance des services médicaux offerts.

MQRP s'engage à sensibiliser le public à la réduction d'accessibilité aux soins de santé engendrée par la désaffiliation d'un nombre grandissant de médecins.

MQRP prévoit une rencontre avec le Collège des Médecins pour discuter des pratiques croissantes de sollicitation de patients par les cliniques privées et de mauvaise pratique avec prescription de bilans de santé inutiles et non reconnus par les normes de pratique.

MODES DE GESTION ET DE FINANCEMENT

MQRP désire approfondir toute la question du « Nouveau management public » pour bien en saisir tous les enjeux lorsqu'appliquée à la gestion du système de santé. Recours de plus en plus fréquent dans les établissements à un financement selon leur performance et leurs activités, modes de gestion inspirés du modèle des affaires, séparation de la notion d'acheteurs et de fournisseurs de soins, décentralisation, etc., il importe de bien cerner tous les tenants et aboutissants de ces « nouvelles façons de faire » que l'on nous présente comme étant gage d'amélioration du système de santé. Notre pari est plutôt celui de la facilitation de la privatisation du système de santé. À cet effet, MQRP organisera une journée de formation pour ses membres sur ces questions.

MQRP publiera également un article sur le sujet dans L'actualité médicale.

RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

MQRP appuie fermement l'idée d'un régime public et universel d'assurance médicaments.

MQRP est d'avis que les médicaments sont aussi essentiels que les autres traitements médicaux et qu'ils se doivent d'être entièrement couverts pour l'ensemble de la population par un régime public universel d'assurance médicaments. Nous appuyons les groupes qui militent en ce sens (Union des consommateurs, AQDR, etc.).

MQRP compte organiser une journée de formation sur la question cette année.

CHU ET CHLSD EN PPP

MQRP est consterné de la décision gouvernementale de persister à vouloir construire les CHU en mode PPP et d'autoriser la construction et la gestion de nouveaux CHLSD en mode PPP, malgré la mobilisation et l'abondance de preuves des impacts négatifs en termes éthique, économique et sécuritaire de leur décision.

MQRP continuera à surveiller et dénoncer les problèmes émergents du choix du mode PPP en construction et gestion d'établissements de santé.

MQRP continuera d'appuyer les groupes qui militent contre les PPP en santé (Coalition Montérégie sans PPP, Coalition CHU sans PPP).

Consultation AMC

MQRP suivra avec attention les consultations publiques organisées par l'AMC en y étant présent et en encourageant nos membres à participer à la réflexion débutée par l'AMC sur l'avenir des soins de santé au Canada.

IMPLICATION DES MEMBRES ET SENSIBILISATION

MQRP prévoit plusieurs journées de formation à laquelle nous convierons nos membres. Nous lancerons des outils de sensibilisation (affiches, vidéo) que nos membres pourront ensuite utiliser dans leurs milieux.

MQRP continue à être présent dans l'Actualité Médicale avec la publication d'une chronique mensuelle. Nous encourageons nos membres à se mobiliser avec nous pour défendre un système de santé public fort!

It will last as long as there are folk with faith to fight for it.

Aneurin BEVAN (créateur du NHS en Grande-Bretagne, 1948)

Annexe I

Frais illégaux, MQRP demande à la RAMQ de sévir

9 janvier 2011

Alors que plusieurs cliniques médicales défient ouvertement la Loi sur l'assurance maladie en exigeant des patients des frais formellement interdits par la loi, la RAMQ « se questionne ». MQRP lui demande d'exercer avec diligence les responsabilités que la loi lui confie pour arrêter les pratiques illégales qui se multiplient et, si les contrevenants n'y mettent pas fin, elle doit appliquer les sanctions prévues par la loi. Dans le cas des Centres médicaux spécialisés (CMS), le ministre de la Santé peut aller jusqu'à la suspension du permis.

La surfacturation sous diverses formes n'est pas un phénomène nouveau. MQRP, plusieurs juristes et organisations syndicales et populaires ont dénoncé la situation depuis 2006. Mais, la pratique se diversifie et prend actuellement beaucoup d'ampleur, comme l'a illustré l'enquête récente de Radio-Canada à l'émission La Facture. Notre système de santé repose sur le principe de l'accès aux soins en fonction des besoins et non de la capacité de payer.

Les médecins sont libres d'adhérer ou non au régime public d'assurance maladie. S'ils sont participants à la RAMQ, ils sont rémunérés selon les ententes négociées par leurs fédérations syndicales et ne peuvent rien demander en sus à leurs patients.

La loi est claire est à ce sujet. En effet, l'alinéa 9 de l'article 22 énonce qu' « Il est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré ». Les seules exceptions que prévoient les ententes entre les fédérations syndicales et le Ministre de la Santé et des Services sociaux sont les frais pour médicaments et anesthésiants.

En résumé, si c'est médicalement nécessaire et si ce n'est pas un médicament ou un anesthésiant, alors tout supplément chargé au patient est illégal. Il n'y a pas d'autre interprétation possible.

Les pratiques illégales en développement sous des formes multiples sont nuisibles non seulement pour les patients, mais aussi pour la communauté médicale qui ne peut cautionner des gestes d'un petit nombre de ses membres qui entachent sa réputation.

La politique de l'autruche doit cesser. MQRP demande à la RAMQ et au ministre de la Santé d'intervenir rapidement.

Dre Marie-Claude GOULET, Présidente
Médecins québécois pour le régime public

Annexe II

Érosion de la gratuité des services médicaux

10 février 2010

MQRP s'inquiète du foisonnement des frais de pratique (ou frais accessoires) chargés directement aux patients par certains confrères, en contradiction avec le droit des patients à la gratuité des soins médicaux et avec les dispositions des ententes collectives qui établissent notre rémunération.

Cette pratique, qui prend de l'ampleur dans certaines cliniques, n'est pas sans lien avec les restrictions budgétaires imposées dans les services hospitaliers. Les gouvernements ainsi que les directions régionales et locales prennent des décisions administratives qui, malgré le discours officiel de la garantie d'accès, limitent les interventions à l'hôpital, laissant le champ libre aux cliniques privées, dont certaines chargent des frais allant jusqu'à plusieurs centaines de dollars, en plus des honoraires médicaux demandés à la RAMQ par les médecins.

Nous ne pouvons cautionner ce type de pratique, indéfendable dans notre système public de santé qui prône la justice et l'accessibilité pour tous et toutes selon les besoins et non selon les moyens. Cette réponse inadéquate, individuelle ou de petits groupes, compromet en réalité la recherche de solutions tangibles aux problèmes d'accessibilité du régime public et nous affaiblit, collectivement, comme profession. En effet, ces pratiques nuisent tout autant aux patients qu'à la communauté médicale dans son ensemble. Est-ce un retour au temps où le médecin réclamait ses honoraires à chaque patient et était payé selon les moyens de chacun ? N'est-ce pas un acquis majeur d'être représentés collectivement par nos associations professionnelles pour tout ce qui concerne la rémunération et ainsi ne plus avoir à « collecter » les patients ou leur famille ?

C'est au sein de nos fédérations que nous devons régler les problèmes de rémunération et d'accès aux équipements nécessaires à une pratique optimale. Recherchons des solutions collectives et publiques plutôt que de poser ces gestes individuels que MQRP continuera de dénoncer !

Comment ? Il nous faut agir davantage sur l'organisation du travail au sein de nos établissements plutôt que de fuir les insuffisances du réseau public ! Il faut aussi faire lever les plafonds déraisonnables imposés pour certains actes pratiqués en centres hospitaliers.

Par exemple, nous saluons la démarche MSSS/FMSQ dans les salles d'opération en 2008, qui a illustré de nombreuses possibilités d'amélioration du fonctionnement et produit des résultats bien tangibles d'amélioration de l'accès. Nous suggérons qu'elle soit reprise en visant cette fois

l'amélioration de l'accès aux scopies digestives, dans le but de rendre inutile leur développement extra-hospitalier.

En janvier 2007, le ministre COUILLARD demandait au président de la RAMQ qu'il « agisse rapidement auprès de l'ensemble des médecins qui pratiquent en clinique privée et qu'elle précise au plus tôt, au bénéfice de tous les citoyens, quels sont les frais qui peuvent, en toute légalité, être réclamés des personnes assurées qui obtiennent des services médicaux dans les cliniques privées ». Nous demandons aujourd'hui au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la RAMQ que cette démarche soit complétée.

Il y va de la pérennité de l'accès à un système de santé public juste et équitable.

Marie-Claude GOULET

Annexe III

RAMQ, Rappel à propos de la facturation de frais illégaux



199

À l'intention des médecins omnipraticiens
des médecins spécialistes

21 décembre 2010

Rappel à propos de la facturation de frais illégaux

La Régie continue d'être préoccupée par différentes pratiques qui feraient en sorte que les patients puissent être appelés à payer des frais illégaux pour obtenir des services médicaux assurés.

Du fait que le nombre de situations portées à notre attention continue d'augmenter et de la nature particulière de certaines de celles-ci, nous vous adressons ce rappel lié aux principes d'universalité et d'accessibilité aux services médicaux couverts.

D'abord, la *Loi sur l'assurance maladie* interdit à toute personne d'exiger une contribution financière, de quelque manière que ce soit, à une personne assurée pour avoir accès ou avoir une priorité d'accès à un médecin pour des services assurés. À titre d'exemple, une contribution financière exigée sous forme de forfait pour avoir un accès prioritaire à un médecin est interdite.

La gratuité des services médicaux assurés est un principe fondamental de la *Loi sur l'assurance maladie*. Les exceptions à ce principe sont limitées et font l'objet d'un encadrement légal et réglementaire précis.

Ainsi, des frais peuvent être exigés seulement :

- par un médecin non participant ou;
- pour des services non assurés ou non considérés assurés ou;
- à titre de compensation pour les seuls frais accessoires prévus aux ententes.

De plus, le médecin participant exerçant en cabinet privé ou dans un centre médical spécialisé (CMS) est tenu d'afficher, à la vue du public dans la salle d'attente du cabinet ou du CMS, le tarif des services, fournitures et frais accessoires qu'il rend. Il en va de même pour les services médicaux non assurés ou non considérés comme assurés rendus. Cette affiche doit aussi faire mention du recours que la personne assurée peut entreprendre auprès de la Régie. Une facture détaillée indiquant le tarif réclamé et payé pour chacun des services, fournitures et frais accessoires et pour chacun des services médicaux non assurés ou non considérés comme assurés qui ont été rendus, doit aussi être remise à la personne assurée. La Régie considère que les frais et services non assurés facturés sous la forme d'un forfait mais qui n'ont pas tous été rendus lors du paiement sont illégaux. Il en est ainsi des forfaits trimestriels ou annuels, aussi appelés « block fees ». Cette interprétation n'est cependant pas partagée par l'ensemble de la communauté médicale.

La Régie posera les gestes appropriés afin que les médecins, les cliniques et toutes autres personnes qui exigent le paiement d'une somme d'argent pour donner accès à des services assurés se conforment à la Loi. Ainsi, selon la nature des faits constatés, la Régie pourra exiger une modification des pratiques jugées non conformes. Un remboursement des sommes demandées indûment et payées par les personnes assurées pourrait aussi être exigé. Advenant un refus du professionnel ou du tiers impliqué de se conformer au cadre légal et réglementaire, les actions légales appropriées seront envisagées.

Courriel
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Téléphone
Québec 418 643-8210
Montréal 514 873-3480
Ailleurs 1 800 463-4776

Télécopieur
Québec 418 646-9251
Montréal 514 873-5951

NOS PRÉPOSÉS SONT EN SERVICE
DU LUNDI AU VENDREDI,
DE 8 H 30 À 16 H 30
(MERCREDI DE 13 H À 16 H 30)

Enfin, la Régie tient à vous informer qu'elle a préparé des chroniques sur ce sujet. Au cours des prochains mois, elles paraîtront dans L'Actualité médicale afin de rejoindre le plus grand nombre possible de professionnels.

Dans le même ordre d'idée, en début d'année 2011, la Régie rendra disponible de l'information à la population du Québec concernant les frais ne pouvant lui être facturés ainsi que la démarche à prendre pour obtenir un remboursement le cas échéant.

Annexe IV

Pour la suite du monde : Déclaration pour le 40^e anniversaire de la *Loi sur l'assurance-maladie* du Québec

30 octobre 2010

En 1970, le Québec adoptait sa *Loi sur l'assurance maladie*, un outil moderne à portée universelle qui allait permettre de dispenser les soins et les services de santé selon les besoins et non la capacité de payer.

Cette avancée fondamentale plaçait le principe de solidarité sociale au cœur même de notre système de santé, où désormais les risques liés à la maladie, jusque-là assumés par les personnes, allaient dorénavant être pris en charge par l'ensemble de la collectivité.

« Véritable régime d'assurance sociale », selon une expression provenant du Conseil des ministres, cette victoire pour l'équité, la justice sociale, l'accessibilité et l'universalité s'insérait dans un projet ambitieux, visant cette amélioration constante de la couverture publique des soins qui a contribué à nous hisser au rang des populations les plus en santé du globe.

Mais certains soins, pourtant essentiels, allaient ensuite être retirés de cette couverture universelle, contribuant à recréer ces inégalités que la loi initiale avait voulu combattre. L'exemple le plus significatif est la désassurance des examens radiologiques (échographie, résonance magnétique et tomographie) quand ils sont réalisés à l'extérieur de l'hôpital, creusant une brèche dans la couverture publique, engendrant des problèmes de cohésion dans la continuité des soins et ouvrant la porte aux assurances privées. Puis, dans un Québec pourtant en pleine croissance, la limitation des dépenses publiques devint une obsession aux conséquences douloureuses : fermeture d'hôpitaux, virage ambulatoire sans ajout de ressources, plafonnement des actes effectués dans les hôpitaux, mise à la retraite de médecins, d'infirmières et d'autres personnels aujourd'hui en pénurie, diminution des services et frais accessoires, ouvrant chaque fois la porte aux fournisseurs privés de soins.

Les pouvoirs publics ont continué à favoriser, par divers changements législatifs, les règles du marché. En proposant d'accroître la prestation des soins par des centres médicaux spécialisés à investisseurs privés, pourtant reconnus moins efficaces que leurs équivalents publics, ils ont précarisé du coup certaines équipes médicales spécialisées, alors que les organismes de contrôle et de régulation, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec, n'assumaient pas pleinement leur rôle de gardiens de la *Loi sur l'assurance maladie*.

Enfin, depuis le jugement *Chaoulli* et la réponse gouvernementale disproportionnée, l'assurance privée duplicative pouvait désormais couvrir certains gestes médicaux, alors que son interdiction avait été essentielle pour concentrer la vaste majorité des ressources de notre système de santé dans le régime public et donc au service de l'ensemble de la population. On a ensuite observé une augmentation notable du nombre de médecins non participants au régime, des contrats de sous-traitance, des partenariats public-privé (PPP) et du recours aux agences privées d'infirmières et d'autres personnels en soins.

Nous réaffirmons donc la nécessité absolue et la supériorité d'un service public universel de soins et de services de santé, offert à l'ensemble de la population et financé par l'État, en adressant aux pouvoirs publics les revendications qui suivent :

1) Que le Gouvernement du Québec :

- assure la consolidation et le développement du système de santé public en garantissant une offre de soins et de services de santé adéquate, gratuite et universelle ;
- s'engage à couvrir l'ensemble des services de santé et des services sociaux nécessaires à la population, sans exclure arbitrairement certains actes médicaux requis, notamment l'échographie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique ;
- alloue les ressources nécessaires aux établissements pour leur permettre d'accomplir pleinement leur mission de fournir les services assurés de façon adéquate sans recours à la sous-traitance ;
- réintroduise les mécanismes de participation des usagers, de la communauté, des médecins et du personnel dans les établissements et les associe à toutes les décisions concernant l'organisation des services ;
- assure le financement du système de santé par le biais de l'impôt progressif, sans recours à un ticket modérateur ou à une taxe santé régressive ;
- cesse de favoriser la création des Centres médicaux spécialisés (CMS) à investisseurs privés, les partenariats public-privé ainsi que le développement des agences privées de main-d'œuvre.

2) Que la Régie de l'assurance maladie du Québec :

- assume pleinement son rôle de gardienne de la Loi sur l'assurance-maladie ;
- sanctionne toutes les pratiques qui s'attaquent aux valeurs qui sous-tendent notre système de santé public et à la gratuité des services assurés.

Quarante ans après l'adoption d'une des lois les plus progressistes de l'histoire du Québec, nous arrivons à un tournant qui oblige la réflexion et pousse à l'action. Souhaitons-nous consolider

notre réseau de soins en comblant les brèches ou l'affaiblir davantage au profit de l'investissement privé ? Voulons-nous corriger ses problèmes en révisant certaines approches ou jeter le bébé avec l'eau du bain en offrant un espace croissant au marché ? Allons-nous finalement accepter que l'assurance-maladie universelle n'ait été qu'une parenthèse de quelques décennies ou travailler d'arrache-pied à lui donner un second souffle ?

A l'occasion de ce 40^e anniversaire de l'assurance-maladie, il faut réitérer notre attachement profond au régime de santé public, agir efficacement pour l'améliorer et continuer à dénoncer toute situation qui compromet l'accessibilité comme les pratiques de surfacturation, les frais accessoires et les délais d'attente déraisonnables. Aujourd'hui, comme en 1970, il s'agit de retrousser nos manches et de poursuivre le travail le plus important, celui d'assurer à l'ensemble de la population un accès universel aux soins et services de santé, en favorisant des solutions intégrées, publiques, efficaces et novatrices. C'est le vaste défi que nous souhaitons nous donner pour les prochaines décennies. Pour nous, pour nos enfants. Pour la suite du monde.

À LA SANTÉ DU RÉGIME !



Annexe V

Les associations de médecins contestent le ticket

28 avril 2010

Le budget BACHAND 2010 propose l'instauration d'une franchise santé calculée en fonction du nombre de visites médicales effectuées durant l'année, ce qui équivaut à un ticket modérateur. La mise en place d'une telle mesure obligerait les malades à verser des sommes d'argent supplémentaires à l'État pour rencontrer leur médecin ou recevoir des soins. Cette proposition est inacceptable : non seulement ne doit-on pas taxer la maladie, mais le concept même d'utilisateur-payeur ne peut s'appliquer à la santé.

Reconnaissant la nécessité de financer adéquatement le système de soins, nous rejetons toutefois que ce financement prenne la forme d'un ticket modérateur (ou orienteur) pouvant avoir des conséquences néfastes sur la santé de nos patients, porter atteinte au lien de confiance médecin-patient et rendre encore plus complexe la gestion du réseau de la santé. De plus, aucune diminution des coûts n'est garantie avec une telle initiative, bien au contraire. Rien ne justifie donc une telle remise en cause des principes de l'assurance maladie, où les soins médicalement requis sont couverts par un régime public financé collectivement.

Des impacts négatifs sur la santé des Québécois

Lorsque nos patients consultent, ce n'est certainement pas pour le plaisir, mais bien pour prendre soin d'eux-mêmes ou pour effectuer les suivis demandés et les examens requis. Notre désaccord est d'abord éthique : un ticket modérateur (ou « franchise santé ») risque de compromettre l'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus vulnérables. Nous refusons l'idée que dorénavant nos patients puissent choisir de consulter ou non en fonction de leurs moyens plutôt que de leurs besoins.

C'est pourtant ce qui arrivera si un ticket modérateur est instauré : comme dans d'autres pays, certains patients retarderont ou annuleront des consultations, ce qui fragilisera la continuité des soins et conduira à une augmentation des hospitalisations et conséquemment des coûts. Parallèlement, la promotion de la santé et la prévention, éléments fondamentaux d'un bon système de santé, seront laissées pour contre. Un ticket modérateur, qu'il soit modulé ou non, est donc une option éthiquement douteuse, médicalement indéfendable et d'autant plus injustifiée que les jeunes familles, les personnes âgées, les malades chroniques et les patients les plus pauvres en seront les premières victimes. Dans la perspective du vieillissement de la population et de la

pandémie de maladies chroniques qui l'accompagne, cette mesure va à l'encontre de l'adaptation essentielle du système de santé à ces nouveaux défis.

Une proposition ingérable et coûteuse

Faut-il souligner la difficulté pratique de mettre en place une telle mesure ? On souhaite « modérer » ou « orienter » nos patients, mais comment évaluer si leurs « choix » seront ou non « adéquats » ? Selon quels critères nébuleux ? Bien répondre demandera une connaissance précise des conditions médicales et des trajectoires de soins. Alors, *qui* en jugera ? Un médecin, peut-être même le médecin traitant ? De notre côté, nous n'avons pas l'intention de nous prêter à ce jeu.

D'un strict point de vue comptable, les coûts d'administration d'un tel programme risquent par ailleurs de dépasser largement les « gains » théoriques, sans compter que l'aggravation prévisible de l'état de santé et la hausse conséquente des hospitalisations entraineront de nouvelles dépenses. De plus, en contradiction directe avec les principes de la loi canadienne sur la santé, le ticket modérateur fera l'objet de batailles juridiques aussi coûteuses qu'inutiles. Rappelons qu'à l'inverse de certaines idées reçues, l'utilisation du système de santé suppose déjà certains déboursés directs de la part des patients, qui payent de leur poche une part significative des soins, notamment ce qui n'est pas entièrement couvert par l'assurance-maladie : médicaments, dentisterie, physiothérapie, etc. Or, d'après l'OCDE, les montants en jeu sont déjà plus élevés au Canada que dans la plupart des pays comparables. Comment dès lors justifier une hausse supplémentaire sous forme de ticket modérateur ?

Rejeter le ticket modérateur

Nos patients n'ont pas à subir les effets pernicious d'un ticket modérateur. L'implantation de cette mesure aussi injuste qu'inefficace se ferait à leur détriment. Et ils risquent malheureusement d'en payer le prix... de leur santé. Il faut favoriser plutôt que nuire à l'accès à un médecin, alors que plus de 25 % des Québécois n'ont pas de médecin de famille, de loin le pire résultat au Canada.

Nous rejetons donc fermement une proposition qui ferait en sorte que les Québécois aient à défrayer des coûts pour chaque consultation médicale.

Nous sommes d'avis qu'il faut plutôt redoubler d'ardeur pour implanter les solutions connues, démontrées efficaces et qui amélioreront vraiment notre système de soins : une meilleure organisation de la première ligne et une bonification des ressources qui lui sont allouées, le suivi intégré des malades chroniques (ce qui prévient les consultations à l'urgence et les longues hospitali-

sations), l'informatisation du dossier-patient et la gestion centralisée des listes d'attente doivent donc compter parmi les priorités gouvernementales.

Le gouvernement doit orienter son action vers ces chantiers plutôt que d'instaurer un ticket modérateur.

Signent cette déclaration :

Alain VADEBONCŒUR, vice-président et Marie-Claude GOULET, présidente, Médecins québécois pour le régime public ; Louis GODIN, président, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Guillaume CHARBONNEAU, président, Collège québécois des médecins de famille, Yann DAZÉ, président, Fédération des médecins résidents du Québec, Jean-François LAJOIE, président, Association médicale du Québec, Myriam AUCLAIR, présidente, Fédération médicale étudiante du Québec, Sylvain DION, président, Association des médecins de CLSC du Québec, Réjean HÉBERT et Pierre J. DURAND, doyens des facultés de médecine des universités de Sherbrooke et Laval.

Annexe VI

La solidarité assiégée :

MQRP réagit au budget du ministre BACHAND

31 mars 2010

Médecins québécois pour le régime public dénonce les mesures BACHAND sur le financement des soins de santé : le fondement même de l'assurance-maladie est dorénavant remis en cause.

Au Québec, nous nous sommes battus pour obtenir, au début des années 1970, une assurance-maladie universelle et publique, comme la plupart des pays industrialisés où les soins sont dispensés, non pas en fonction du portefeuille, mais bien des besoins. Pourquoi ? Par solidarité sociale, parce que la très grande majorité des gens, même assez fortunés, ne peuvent assumer véritablement les coûts reliés aux soins de santé à un moment ou l'autre de leur vie. Il s'agissait de partager collectivement les risques associés à la maladie individuelle.

C'est cela, et bien d'autres choses, que ce nouveau budget remet essentiellement en question : le principe de « l'utilisateur-payeur » est contraire au système d'assurance-maladie universelle et à la solidarité dont elle s'inspire. Imposer à toute la population, peu importe ses revenus, la même taxe santé constitue une mesure aussi régressive qu'injuste. Riche ou pauvre, chacun va payer le même montant, appauvrissant ceux qui sont déjà en difficulté.

On ajoute l'insulte à l'injure en ajoutant une « franchise santé » ou « ticket modérateur » dissimulé sous le vocable « ticket orienteur » applicable selon le nombre de visites médicales ou même selon l'endroit où l'on consulte. Comme si l'on avait vraiment le choix. Cette mesure lamentable véhicule le préjugé commun que beaucoup de gens consultent « pour rien » ou ne vont pas « à la bonne place ». Des études sérieuses démontrent pourtant l'effet délétère d'un tel « ticket », les gens les plus malades et les plus démunis consulteront moins, non pas parce qu'ils en auront moins besoin... mais parce qu'ils n'auront pas l'argent pour le faire ; lorsqu'ils consulteront finalement... les coûts pourraient être plus élevés : l'hospitalisation sera plus fréquente et souvent prolongée, comme cela a bien été démontré aux États-Unis.

On tente également de nous faire croire qu'il faut appliquer les règles du marché à notre système de santé et qu'on doit mettre les établissements en compétition et les financer ensuite en fonction de leur productivité et de leurs résultats. On sait pourtant pertinemment que les règles du marché sont invalides lorsqu'appliquées à la prestation de soins de santé. Favoriser de telles règles conduit à multiplier les interventions « rentables », souvent inutiles, dans la population la moins malade... et à mettre de côté les clientèles chroniques et âgées. On parle de soigner des

malades... pas de vendre son produit ! Pourquoi ne pas miser sur la collaboration, qui a fait ses preuves, plutôt que sur la compétition ?

Et si on parle d'argent... parlons-en sérieusement. Peut-on réellement demander aux usagers de se vider les poches pour payer le système de soins de santé, tout en ne leur offrant pas plus de services, tout en continuant à payer nos médicaments au gros prix, en multipliant des cliniques privées à but lucratif et en privilégiant la sous-traitance du public, alors qu'on sait pertinemment qu'au final les coûts seront plus élevés. Sans parler des agences privées de main-d'œuvre ou encore du choix très coûteux des PPPs pour nos CHUs.

Comment se réjouir suite à l'annonce d'un budget qui remet en question les fondements mêmes de notre système de santé ? Comment se réjouir alors qu'on vient remettre en question les principes d'accessibilité et d'universalité ? Qui profitera de ce budget et qui en paiera les frais ?

Monsieur BACHAND, votre budget indéfendable, MQRP le dénonce haut et fort. C'est un affront envers les gens les plus malades et les plus démunis, un affront à la solidarité sociale, un affront à la démocratie.

Dre Marie-Claude GOULET, Présidente
Médecins québécois pour le régime public

Annexe VII

La coalition CHU sans PPP persiste et signe :

Non aux PPP

19 novembre 2009

Lors d'une conférence de presse tenue aujourd'hui à Montréal, les membres de la Coalition CHU sans PPP, regroupant médecins, infirmières, architectes, professionnels, techniciens, patients, pharmaciens, travailleurs et autres, ont rappelé au gouvernement CHAREST leur complète opposition au choix du mode PPP pour la réalisation des hôpitaux universitaires.

« La Vérificateur général du Québec nous confirme que les analyses en faveur la réalisation des CHUs en PPP n'ont jamais tenu la route. L'Agence des PPP a répondu à son mandat... en gonflant le coût du mode conventionnel, en ignorant les désavantages du mode PPP et en minimisant les risques liés au PPP. Quel dérapage ! » s'est étonné le porte-parole de la coalition et vice-président de Médecins québécois pour le régime public, le docteur Alain VADEBONCEUR.

« Est-ce qu'il faut vraiment rappeler que le mode PPP n'a pas fait ses preuves pour la construction des hôpitaux, bien au contraire ! Les modes conventionnels, connus et maîtrisés, répondent bien mieux aux besoins et respectent les coûts. On vient d'ailleurs d'inaugurer des projets majeurs à l'Hôpital Ste-Justine, conçus et construits en mode public, sans dépassement du budget ni des échéances » a poursuivi le docteur Marie-Claude GOULET, présidente de Médecins québécois pour le régime public.

« Pourquoi continuer à nier cette expertise ? Et est-ce qu'on a compris la leçon du monde municipal ? Le plein transfert au secteur privé de la conception, la construction, l'exploitation, l'entretien et le renouvellement des projets majeurs peut conduire à des excès. » a affirmé madame Régine LAURENT, présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec.

Reprenant les propos du vérificateur général, les membres de la coalition ont invoqué l'incertitude du transfert de risque, la précarité du consortium privé, la complexité juridique de la transaction, le manque de flexibilité pour répondre aux besoins et concurrence limitée comme étant très problématiques avec les PPP.

Confondus par l'obstination du gouvernement, les membres de CHU sans PPP ont aussi affirmé avoir maintes fois proposé de revenir au mode conventionnel pour les futurs CHUM et CUSM et la rénovation du CHUQ. « Comme nous, les ingénieurs et les entrepreneurs en construction ont émis des réserves considérables dans ce dossier. Depuis, différents signaux nous laissaient croire que le gouvernement allait abandonner ce mode. Nous avons salué prudemment

ces orientations, mais ces dernières semaines, le gouvernement a recommencé à encenser le mode PPP, ce qui est une grave erreur. » a poursuivi monsieur Pierre FRISKO, directeur des communications de l'Ordre des architectes du Québec.

« En réalité, il est impossible d'affirmer que les économies suggérées se matérialiseront : le choix des PPP pourrait même coûter beaucoup plus cher, comme le montre le vérificateur quand il pondère les hypothèses les plus douteuses. » a complété monsieur Louis ROY, vice-président de la CSN.

« Des événements sont venus nous confirmer l'importance rejeter le mode PPP : l'abandon du PPP pour l'échangeur Turcot aurait dû influencer la réflexion. Pourquoi ? Toutes les raisons invoquées par la ministre Julie Boulet s'appliquent aussi aux CHUs : crise économique mondiale, resserrement du marché du crédit, manque de souplesse du mode PPP pour des projets de cette envergure, zone urbaine dense, abondance des partenaires, etc. » a ajouté madame Dominique VERREAULT, présidente de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux.

Les membres de la coalition CHU sans PPP ont terminé en exhortant de nouveau le gouvernement du Québec à abandonner dès maintenant le mode PPP pour les CHUs, puis à revenir sans tarder au mode conventionnel. « Notre position est d'ailleurs endossée par les présidents des trois fédérations médicales du Québec. Ces choix qui vont déterminer la qualité des installations universitaires en santé pour le prochain demi-siècle. L'Agence des PPP a été abolie, il faut maintenant révoquer aussi ses conclusions. » a conclu le docteur Alain VADEBONCŒUR.

Annexe VIII

Liste des activités du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011

Évènements du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011		
Date	Interventions	Sujet
26/11/09	Rencontre avec le ministre BOLDUC Louise AUTHIER, Marie-Claude GOULET, Bruno PELLETIER, Alain VADEBONCŒUR, Saïdeh KHADIR et Cory VERBAUWHEDE	Dépôt du rapport annuel de MQRP
26/11/09	Conférence organisée par l'IRSPUM Louise AUTHIER, Marie-Claude GOULET	Le Privé en santé

Conférences du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011		
Date	Interventions	Sujet
22/11/09	Conférence auprès des syndicats des TCA Saïdeh KHADIR	MQRP
20/01/10	Présentation lors de la réunion des médecins du CLSC Les Faubourgs Marie-Claude GOULET	MQRP
28/01/10	Présentation devant une association étudiante à l'université McGill Saïdeh KHADIR	MQRP
29/01/10	Présentation à l'assemblée générale de la Coalition Solidarité Santé Marie-Claude GOULET	MQRP
09/02/10	Rencontre des représentantes du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) Marie-Claude GOULET	MQRP

suite

Conférences du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011		
Date	Interventions	Sujet
24/02/10	Présentation lors de la rencontre organisée par le NDP, à Ottawa, à la Chambre des Communes, devant les députés du NPD et la population Saïdeh KHADIR	Journée d'information sur la compréhension des défis de nos systèmes de santé, sur la privatisation, sur l'avenir de notre système de santé avec des experts de partout au Canada
11/03/10	Conférence à la CSQ Alain VADEBONCŒUR	Présentation de nos dossiers prioritaires devant leurs membres (350 personnes); motion d'appui officielle à MQRP, votée à l'unanimité
13/03/10	Présentation au forum organisé par les étudiants de l'université de Montréal. Invités internationaux : Dre Sara CROWTHER, de la Grande-Bretagne, présidente de C for London, Dr Claude RUEY, président de Santé suisse, Dr Bernard PLÉDRANT, vice-président de MGF, Médecine générale France Saïdeh KHADIR	Système de santé
17/03/10	Participation à une table ronde du Dr Fernando Alvarez. Autres participants : monsieur Francis Brunet (DG de HSJ), monsieur André Pierre Contandriopoulos, monsieur Marcel Boyer de l'IEDM Marie-Claude GOULET	<i>Médecine publique ? Médecine privée ?</i> (mini symposium à l'unité de pédiatrie inter-culturelle)
21/03/10	Présentation lors du Colloque de santé mondiale à l'Université de Montréal Marie-Claude GOULET	MQRP et le système de santé québécois
08/04/10	Conférence devant des membres de l'Association des retraités de l'enseignement du Québec (AREQ), section Valleyfield Marie-Claude GOULET	Activité d'information traitant de notre système public de santé et d'une stratégie pour son maintien
22/04/10	Présentation à l'Association féminine d'éducation et d'action sociale Région Richelieu-Yamaska Saïdeh KHADIR	MQRP

suite

Conférences du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011		
Date	Interventions	Sujet
21/04/10 - 22/04/10	Participation et présentation à la rencontre du Réseau des femmes de la FIQ Marie-Claude GOULET	<i>Pour l'autonomie économique des femmes et contre la privatisation – encore des luttes à mener.</i> Cette conférence s'inscrit dans la cadre de la lutte contre la privatisation et pour la préservation des services publics, en particulier les services de santé.
08/05/10	Présentations, en français et en anglais, sur invitation de Ji WEI YANG, étudiant médecine-2 de McGill Saïdeh KHADIR	Évènement <i>Un esprit sain dans un corps sain !</i>
14/05/10	Conférence lors de l'assemblée annuelle du Collège des médecins, à l'invitation du Dr ROBERT Alain VADEBONCEUR	Mixité de pratique
19/05/10	Présentation au conseil général de la FTQ (120 personnes) Marie-Claude GOULET	<i>Médecine publique ? Médecine Privée ?</i>
01/06/10	Présentation lors du conseil fédéral de la FIQ Marie-Claude GOULET	Le système de santé public
30/10/10	Évènement organisé par MQRP en collaboration avec la CSN, la CSQ, la FTQ et l'UPA à la Grande bibliothèque. Présentations de Jean-Claude GERMAIN, Marie-Claude GOULET et des Zapartistes. Déclaration commune, envoyée aux journaux	40 ^e anniversaire de l'assurance maladie
06/11/10	Colloque organisé par le Syndicat des professionnelles et professionnels du milieu de l'éducation de Montréal (SPPMEM) Marie-Claude GOULET	L'importance de nos services publics dans l'émancipation de notre société
22/11/10	Présentation lors du conseil fédéral de la Fédération de la santé et des services sociaux de la CSN (FSSS-CSN), à Rivière-du-Loup devant 600 délégués, représentant 125 000 personnes qui travaillent dans le système de santé partout à travers le Québec. Marie-Claude GOULET	MQRP

suite

Conférences du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011		
Date	Interventions	Sujet
10/12/10	Présentation lors du conseil fédéral de la Fédération des professionnelles de la CSN (FP-CSN) Marie-Claude GOULET	Reprise de la présentation faite le 30 octobre 2010, lors de l'évènement soulignant le 40 ^e anniversaire de l'assurance-maladie

Prises de position dans les journaux du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011		
Date	Interventions	Sujet
05/01/10	Depuis quelques mois, Alain VADEBONCŒUR tient un blogue dans la version électronique de l'Actualité médicale.	MQRP
11/02/10	Publication dans le journal La Presse d'une lettre Marie-Claude GOULET	<i>Érosion de la gratuité des services médicaux</i>
26/03/10	Texte dans le journal Le Devoir et dans l'Actualité médicale Alain VADEBONCŒUR	PPP
31/03/10	En réaction au budget présenté par le ministre BACHAND, une lettre est envoyée aux journaux. Elle est publiée dans la version écrite de l'Actualité Médicale, dans le journal de l'AMCSLCQ, mise en ligne sur Cyberpresse et citée dans le journal Le Devoir.	<i>La solidarité assiégée</i>
07/04/10	Texte en réaction au budget BACHAND, publié dans le journal La Presse, édition du 9 avril 2010 Louise AUTHIER	Le ticket modérateur
09/04/10	Texte envoyé aux médias écrits Alain VADEBONCŒUR	<i>Système de santé : quelle erreur fondamentale ?</i>
10/01/11	Texte envoyé aux journaux, aux organisations médicales et syndicales, publié le 11 janvier dans le journal Le Devoir	Frais illégaux

Communiqués de presse et conférences de presse du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011		
Date	Interventions	Sujet
19/11/09	Conférence de presse, organisée par MQRP, tenue à l'Auberge des gouverneurs Place Dupuis. Lettre envoyée aux journaux. Sont présents : Gaétan CHÂTEAUNEUF, CCMM-CSN, Francine LÉVESQUE, FSSS-CSN, Louis ROY, CSN comité exécutif, Marie-Claude GOULET, MQRP, présidente, Alain VADEBONCCEUR, MQRP, vice-président, Régine PARENT, FIQ, présidente, Dominique VERREAULT, APTS, présidente, Pierre FRISKO, Ordre des architectes, service des communications.	Coalition CHU sans PPP
28/04/10	Conférence de presse, avec la FMOQ, le CQMF, la FMEQ, la FMRQ, l'AMSCLCQ, Dr DURAND, doyen de la faculté de médecine de l'Université de Laval. Les Dr Réjean HÉBERT, doyen de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, Dr Jean L. ROULEAU, doyen de la faculté de médecine de l'université de Montréal et Dr Richard LEVIN, doyen de la faculté de médecine de l'université McGill ont signé la déclaration commune. Déclaration commune envoyée aux journaux. Texte mis en ligne le 5 mai 2010, en manchette de la section Place publique du site Cyberpresse du journal La Presse. Texte de la déclaration commune envoyé aux ministres et députés provinciaux.	Le ticket modérateur
02/11/10	Marie-Claude GOULET participe à la conférence de presse pour dénoncer le plan de compressions budgétaires au CSSS Jeanne-Mance, à titre de présidente de MQRP et de médecin travaillant au CLSC Les Faubourgs, en présence du président du syndicat des employés du CSSS Jeanne-Mance et de monsieur Amir Khadir, député de Québec Solidaire. Entrevue à la radio de Radio-Canada.	Compressions budgétaires au CSSS Jeanne-Mance
25/11/10	Marie-Claude GOULET participe à une conférence de presse avec la Coalition Montérégie sans PPP, portant sur le CHSLD St-Lambert-sur-le-golf, construit et géré en PPP.	PPP

suite

Communiqués de presse et conférences de presse du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011		
Date	Interventions	Sujet
10/01/11	Texte portant sur les frais illégaux envoyé sous forme de communiqué de presse	Frais illégaux

Entrevues radiophoniques et télévisuelles du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011	
Date	Interventions
19/11/09	Marie-Claude GOULET, entrevue à CIBL Radio-Montréal, suite à la conférence de presse de la coalition CHU sans PPP.
19/11/09	Marie-Claude GOULET, entrevue à LCN, commentaires sur une augmentation annoncée de 60 % des coûts de construction du CHU en PPP.
19/11/09	Alain VADEBONCŒUR, entrevue Télé journal de Radio-Canada, heure du midi, avec Anne-Marie DUSSAULT, suite à la conférence de presse de la coalition CHU sans PPP et pour RDI, à l'émission de Simon DURIVAGE.
19/11/09	Entrevue radiophonique d'Alain VADEBONCŒUR avec M. Pierre-Michel BOLIVARD, journaliste à CPAM, Radio privée sur la bande AM.
20/11/09	Marie-Claude GOULET en entrevue à l'émission radiophonique DUTRISAC, 98,5, suite à la conférence de presse de la coalition CHU sans PPP.
17/12/09	Alain VADEBONCŒUR fait une intervention au sujet d'une nouvelle clinique privée au Lac Beauport à l'émission de Dominique POIRIER, à la radio de Radio-Canada.
21/12/09	Alain VADEBONCŒUR fait une entrevue au sujet d'une nouvelle clinique privée au Lac Beauport, au journal télévisé de Radio-Canada, à Québec.
22/12/09	Alain VADEBONCŒUR fait une entrevue au sujet d'une nouvelle clinique privée au Lac Beauport : aux nouvelles radio de Radio-Canada, à Québec.
04/01/10	Entrevue radiophonique d'Alain VADEBONCŒUR à Radio-Canada, sur le sujet des PPP pour les CHU.
30/01/10	Alain VADEBONCŒUR fait une entrevue avec Yves POIRIER, journaliste, sur le sujet des médecins hors RAMQ, aux nouvelles de TVA et sur LCN.
12/02/10	Entrevue de Marie-Claude GOULET avec la journaliste Claude LAFLAMME, de Radio-Canada, pour l'émission La Facture. Sujet : la multiplication des cliniques qui chargent des frais accessoires aux patients.
09/03/10	Entrevue d'Alain VADEBONCŒUR avec le journaliste Éric MALO, TVA. Dossier des urgences.
09/03/10	Entrevue d'Alain VADEBONCŒUR avec le journaliste François PARADIS, TVA Québec, dossier des urgences.

suite

Entrevues radiophoniques et télévisuelles du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011	
Date	Interventions
23/03/10	Entrevue de Marie-Claude GOULET avec la journaliste Catherine KOVACS, de Radio-Canada, pour le journal télévisé du jeudi 25 mars 2010, sur la question des cliniques privées, spécifiquement de la clinique d'endoscopie 1037.
25/03/10	Alain VADEBONCEUR participe à l'émission radiophonique animée par Dominique POIRIER, L'après-midi porte conseil, sur les ondes de Radio-Canada. Il aborde le sujet de sa lettre La démission collective, publiée dans le journal Le Devoir et l'Actualité médicale.
26/03/10	Entrevue d'Alain VADEBONCEUR à l'émission radiophonique Dutrisac, 98,5, sur le sujet des PPP.
31/03/10	Entrevue en direct de Marie-Claude GOULET, à RDI, Radio-Canada, en réaction au budget provincial présenté par le ministre BACHAND.
02/04/10	Entrevue de Saïdeh KHADIR avec la journaliste Anne LAGACÉE, lors d'une émission radiophonique à CJAD.
08/04/10	Entrevue de Marie-Claude GOULET avec madame BOILEAU, journaliste de la TV communautaire COGECO, Valleyfield, sur le budget BACHAND et le système de santé public.
13/04/10	Entrevue de Marie-Claude GOULET avec Andrée POMMERLEAU, de l'organisme Carrefour familial des personnes handicapées, sur MQRP, lors de son émission radiophonique hebdomadaire à la radio communautaire (Québec).
23/04/10	Entrevue-discussion de Saïdeh KHADIR avec Audrey O'BREHAM, sur les ondes de CKUT, radio de McGill, sur la privatisation des soins de santé et le budget BACHAND.
13/05/10	Saïdeh Khadir participe à une émission d'information et d'affaires publiques « À vous de juger », diffusée sur TVRS, avec le journaliste Gilles PETEL.
13/05/10	Alain VADEBONCEUR accorde une entrevue à Caroline JARRY, télé de Radio-Canada, sur la question de la mixité de pratique.
27/07/10	Marie-Claude GOULET accorde une entrevue à la radio FM93 à Québec, portant sur les médecins non participants et l'ouverture de la clinique du Dr LACROIX dans la région de Québec.
21/09/10	Marie-Claude GOULET participe à une émission sur le web, à Radio-Canada. Il s'agit d'une discussion, en réponse aux questions des auditeurs, commentant l'émission la Facture du même jour et expliquant le fonctionnement et les problèmes du système de santé, en particulier le développement du privé, les coopératives de santé et une clinique qui offre des bilans de santé payant pour avoir accès à un médecin de famille.
14/10/10	Alain VADEBONCEUR en entrevue avec Christiane CHARRETTE, à l'émission Christiane Charette, radio de Radio-Canada. En présence du Dr LAMONTAGNE, du Collège des médecins, il y a un court débat sur le système de santé.
25/10/10	Marie-Claude GOULET en entrevue avec la journaliste Louise Maude RIOUX SOUCY, du journal Le Devoir, au sujet de l'évènement du 30 octobre, la célébration du 40 ^e anniversaire de l'assurance maladie.

suite

Entrevues radiophoniques et télévisuelles du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011	
Date	Interventions
30/10/10	Marie-Claude GOULET, en entrevue avec un journaliste de Radio-Canada, télévision, sur l'évènement du 30 octobre, la célébration du 40 ^e anniversaire de l'assurance maladie. Reportage au télé-journal de 22 heures.
30/10/10	Marie-Claude GOULET, en entrevue avec un journaliste de canal V (télévision), pour l'émission Nouvelles Express, sur l'évènement du 30 octobre, la célébration du 40 ^e anniversaire de l'assurance maladie.
01/11/10	Marie-Claude GOULET, en entrevue à l'émission radiophonique Maisonneuve en direct, Radio-Canada, sur l'évènement du 30 octobre, la célébration du 40 ^e anniversaire de l'assurance maladie.
01/11/10	Marie-Claude GOULET en entrevue radiophonique avec Jean LAGACÉ, au 98,5 FM Montréal, sur l'évènement du 30 octobre, la célébration du 40 ^e anniversaire de l'assurance maladie.
02/11/10	Marie-Claude GOULET en entrevue avec Pierre Michel BOLIVAR, de Radio union CPAM, radio privée commerciale, sur l'évènement du 30 octobre, la célébration du 40 ^e anniversaire de l'assurance maladie.
09/11/10	Alain VADEBONCŒUR en entrevue pour Radio-Canada Ontario, en compagnie de JB TRUDEAU, de l'AMQ.
25/11/10	Marie-Claude GOULET, à titre de médecin qui travaille au CLSC Les Faubourgs, en entrevue avec Anne-Marie DUSSAULT, à l'émission Le téléjournal Midi à la télévision de Radio-Canada, sur les coupures au CSSS Jeanne-Mance.
25/11/10	Marie-Claude GOULET, à titre de médecin qui travaille au CLSC Les Faubourgs, en entrevue avec Anne-Louise DESPATIE, à l'émission Le téléjournal 18 heures, à la télévision de Radio-Canada, sur les coupures au CSSS Jeanne-Mance.
20/12/10	Alain VADEBONCŒUR en entrevue sur LCN, sujet CHUM : PPP confirmé et augmentation des coûts.
11/01/11	Marie-Claude GOULET en entrevue à l'émission radiophonique Maisonneuve en direct, Radio-Canada.
12/01/11	Cory VERBAUWHEDE en entrevue radiophonique, avec le journaliste Denis MIRON, Radio Ville-Marie, émission du matin Passeport Matin, sujet Les frais illégaux.

Médias écrits et en ligne, entrevues et publications du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011	
Date	Interventions
20/11/09	Publication dans le journal Le Devoir de la lettre envoyée le 19 novembre, à l'occasion de la conférence de presse de la Coalition CHU sans PPP.

suite

Médias écrits et en ligne, entrevues et publications du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011	
Date	Interventions
26/11/09	Entrevue d'Alain VADEBONCEUR avec Ariane LACOURSIÈRE, du journal La Presse. Article sur le PPP du Centre de recherche du CHUM et la décision récente du gouvernement de payer le tout en bonne partie au terme de la construction et non sur 30 ans.
03/12/09	Entrevue d'Alain VADEBONCEUR avec le journaliste Jean-François CYR, journal 24 HEURES, sur l'annonce du choix du consortium pour le campus Glenn, CUSDM.
04/12/09	Parution d'un texte d'Alain VADEBONCEUR sur son blogue sur le site http://www.professionssantequebec.ca . Texte diffusé à tous les membres du département d'urgence du CHUM et aussi publié dans le journal Le Devoir.
Déc 2009	Publication d'un article de Saïdeh KHADIR dans le journal communautaire iranien.
5/01/10	Entrevue de Marie-Claude GOULET avec Michel DONGEOIS, publiée dans la version électronique de l'Actualité médicale, portant sur le 40 ^e anniversaire de l'assurance maladie.
Janv 2010	Entrevue de Marie-Claude GOULET avec Hélène LEBRUN de la CSQ, entrevue publiée dans la Publication officielle de la CSQ, Nouvelles CSQ Hiver 2010.
21/01/10	Entrevue d'Alain VADEBONCEUR avec le journaliste René MAILLARD de la revue Protégez-vous, sur la question des conflits d'intérêt des compagnies pharmaceutiques.
24/02/10	Lettre publiée dans l'Actualité médicale. Titre et sujet : Érosion de la gratuité des services médicaux : retour au temps où les médecins « collectaient » leurs patients ?
8/04/10	Entrevue de Marie-Claude GOULET avec Erin HUDSON, journaliste au journal Daily, de l'Université McGill, sur le coût des services de santé au Québec.
01/05/10	Texte de Marie-Claude GOULET, intitulé La solidarité assiégée, publié dans Le Bulletin de l'AMCSLCQ, volume 35, numéro 1.
Juin 2010	Marie-Claude GOULET accorde une entrevue à madame Silvana FORTI, pour un article publié dans la revue Medicina Social. La revue circule dans tous les pays d'Amérique latine. Une version anglaise suivra.
26/07/10	Marie-Claude GOULET accorde une entrevue au journaliste Pierre-Olivier FORTIN, du journal Le Soleil, sur le sujet des cliniques privées. Article paru le 27 juillet 2010, titré Bientôt une deuxième clinique privée à Québec.
29/07/10	Marie-Claude GOULET accorde une entrevue à la journaliste Anabelle NICOU, du journal La Presse, sur les cliniques de médecins de famille qui offrent des bilans de santé payant permettant aux patients de voir un médecin de famille plus rapidement. Article publié le 30 juillet 2010 et intitulé Un médecin de famille... pour 340 \$.
30/07/10	Lettre d'Alain VADEBONCEUR, à titre de vice-président de MQRP, intitulée Les sophismes du docteur LACROIX et publiée par le journal Le Soleil.

suite

Médias écrits et en ligne, entrevues et publications du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011	
Date	Interventions
08/10/10	Marie-Claude GOULET accorde une entrevue au journaliste Bruno MALTAIS, de Radio-Canada. Il prépare une capsule web sur le 40 ^e anniversaire de la loi de l'assurance maladie et de l'évènement organisé par MQRP (en collaboration avec la CSN, la FTQ, la CSQ et l'UPA).
30/10/10	Marie-Claude GOULET en entrevue avec la journaliste Louise-Maude RIOUX SOUCY, journal Le Devoir. Article publié le 31 octobre 2010, intitulé 40 ^e anniversaire de l'assurance maladie - La forteresse du régime public tient le coup.
Nov 2010	Marie-Claude GOULET en entrevue avec Rémi MAILLARD, journaliste, revue Protégez-vous, sur le sujet des coopératives de santé et cliniques privées.
Nov 2010	Marie-Claude GOULET en entrevue avec Bruno ST-PIERRE, de Radio-Canada à Rimouski, sur le sujet des cliniques privées et des médecins non participants.
24/11/10	Marie-Claude GOULET en entrevue avec la journaliste Gabrielle DUCHESNE, du journal Rue Frontenac.com, sur le sujet de la Clinique 1037.
21/12/10	Alain VADEBONCEUR en entrevue avec Ariane LACOURSIÈRE, du journal La Presse, sur le sujet du CHUM en PPP.
Déc 2010	L'aile étudiante de MQRP publie un article présentant MQRP, dans le journal Le Pouls, journal des étudiants en médecine de l'UdM.
18/01/11	Marie-Claude GOULET en entrevue avec Mme Charlie FIDELMAN, journaliste de la Gazette, sur le sujet des cliniques privées.

Groupes de pression du 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011	
Date	Interventions
09/02/10	Rencontre avec le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.
25/03/10	Représentant MQRP à la Coalition CHU sans PPP, Marie-Claude GOULET et Alain VADEBONCEUR participent à une manifestation organisée par la CSN suite à l'annonce du lancement des travaux de construction du centre de recherche du CHUM en PPP.
01/04/10	Marie-Claude GOULET et Saïdeh Khadir participent à la manifestation contre la tarification et la privatisation des services publics, avec la Coalition Solidarité Santé et la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation.
09/06/10	Marie-Claude GOULET participe à une manifestation organisée par la Coalition Solidarité Santé, en marge de la Conférence de Montréal. Thème : Notre système de santé n'est pas à vendre !
24/11/10	Marie-Claude GOULET participe à l'assemblée citoyenne organisée par le syndicat du CSSS Jeanne-Mance pour informer la population sur les coupures.

Autres activités 10 novembre 2009 au 31 janvier 2011	
Date	Interventions
16/11/09	Marie-Claude GOULET, Lucie DAGENAIIS et Cory VERBAUWHEDE rencontrent le Comité de gestion région du Québec, ainsi que le réseau des analystes politiques de Santé Canada.
03/12/09	Création d'un nouveau groupe Facebook : CHU sans PPP, par Alain VADEBONCEUR
03/12/09	Alain VADEBONCEUR et Véronique NALLY participent à une manifestation organisée par la CSN et ses syndicats du CHUM et du CUSM, à l'occasion de l'annonce du choix du consortium pour le CUSM.
03/12/09	Lucie DAGENAIIS participe à la deuxième rencontre organisée par une coalition d'organismes ayant lancé un appel à la création d'un front commun contre la privatisation et la tarification des services publics.
08/04/10	Création d'un site Facebook MQRP, par Alain VADEBONCEUR.
01/05/10	Participation à la manifestation de 1 ^{er} mai 2010, sous le thème Solidaires pour un Québec équitable.

Listes préparées par Raymonde DANIS