



MÉMOIRE

**Consultation publique sur le panier de services en santé et
en services sociaux**

**RASSURONS LES PATIENTS :
POUR UNE COUVERTURE PUBLIQUE NECESSAIRE**

Présenté au
Commissaire à la santé et au bien-être

Montréal
29 janvier 2016

Médecins québécois pour le régime public est un regroupement volontaire de plus de 500 membres médecins, résidents et étudiants en médecine qui se vouent au maintien et à l'amélioration du système public de santé accessible à tous, sans distinction de moyens, par la voie d'un financement et d'une prestation des soins publics.

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

CP 48729 Outremont
Outremont (Québec)
H2V 4T3
(514) 638-6659
info@mgrp.qc.ca
www.mgrp.qc.ca

COMITÉ DE RÉDACTION

D^{re} Isabelle LEBLANC, présidente

D^r Francis LIVERNOCHE, secrétaire-trésorier

M^e Christine PAQUIN, conseillère

D^{re} Karyne PELLETIER, vice-présidente

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	4
I- RÉDUCTION DU PANIER DES SERVICES : UNE VOIE À ÉVITER	4
II- L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES PRÉSENTEMENT ASSURÉS	6
III- BONIFICATION DU PANIER DES SERVICES	8
IV- RISQUE DE PRIVATISATION.....	9
CONCLUSION	10

INTRODUCTION

Nous avons appris en août 2015 que la *Commission à la santé et au bien-être* amorçait une réflexion sur la couverture publique des services en santé au Québec. En tant que regroupement de médecins, résidents et étudiants en médecine qui évoluent quotidiennement au sein du système de santé, *Médecins québécois pour le régime public (MQRP)* souhaite partager son opinion sur la question.

La défense d'un système public de santé à la fois performant et équitable a toujours été au coeur de nos réflexions. Pour assurer le respect de ces critères de qualité et d'éthique, nous sommes convaincus que la *Loi canadienne sur la santé* demeure la meilleure gardienne des valeurs collectives. L'application intégrale de ses principes d'accessibilité et d'universalité devrait orienter toute question impliquant le système de santé. Dans le cas présent, c'est donc l'extension de la couverture publique à tous les soins et services médicalement nécessaires qui devrait être privilégiée.

I - RÉDUCTION DU PANIER DES SERVICES : UNE VOIE À ÉVITER

D'entrée de jeu, nous pouvons nous questionner sur les prémisses qui ont mené le Commissaire à lancer cette consultation publique dans le contexte politique actuel. Est-ce bien une discussion ouverte sur le contenu du panier de services lors de laquelle nous pouvons envisager aussi bien l'introduction de nouveaux services que leur retrait ? Ou bien une démarche visant à mesurer l'acceptabilité sociale de désassurances à venir ?

Si l'objectif sous-entendu par cette consultation est le contrôle des dépenses en santé, rassurons-nous ; l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) nous rappelle que le taux de croissance annuel des dépenses en santé au Québec est en diminution depuis 2011.¹ Qui plus est, la part du budget québécois dédiée à la santé (30%) place le Québec au dernier

¹ Institut canadien d'information sur la santé. *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*. Rapport déposé en octobre 2014.

rang des provinces canadiennes. **Devant de telles données, il serait simpliste - voir périlleux - de considérer la réduction du panier de services publics comme la panacée aux pressions économiques exercées par notre société vieillissante.** Simpliste, car ce sont plutôt les coûts structurels en santé qui sont appelés à augmenter, nous disent les économistes du CIRANO.² Et périlleux, puisque cette avenue aurait le potentiel dommageable de retirer à des patients des services que leur condition de santé exige, sans qu'on ne soit assuré qu'une telle décision mènera à des économies à long terme. En effet, comment prédire qu'en retirant un service assuré, la trajectoire de l'utilisateur ne le mènera pas à recourir à davantage de soins ? La réduction du panier de services comme moyen de contrôler les dépenses en santé constitue une situation inacceptable pour le patient, mais également irresponsable d'un point de vue populationnel et économique.

Nous avons choisi collectivement - pour des raisons évidentes d'équité et de performance - de remettre dans les mains de l'État la responsabilité de la dispensation des soins de santé. Basé sur ce contrat social, nos gouvernements doivent répondre à leur devoir et préserver tous services bénéficiant à la population. **Or, en tant que cliniciens, nous ne voyons aucune offre de service présentement assuré qui n'ait sa raison d'être pour quelque patient que ce soit.** Le véritable débat ne devrait pas porter sur la validité de chacun des services pris à la pièce, mais plutôt sur la pertinence clinique de ces soins donnés. Les services pertinents, c'est-à-dire médicalement nécessaires, devraient être accessibles à tous les patients. En s'attaquant au surdiagnostic et à son corollaire le surtraitement, le système ferait l'économie de services déboursés inutilement tout en préservant le patient de soins pouvant comporter des risques pour sa santé.

Il se trouve aussi des arguments légaux pour appuyer notre position. **Une réduction du panier de services pourrait être interprétée comme une barrière supplémentaire à l'accessibilité aux soins pour le patient et contreviendrait aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*,** notamment l'intégralité, dont le principe de gratuité découle. Si

² Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030: projections et déterminants, Nicholas-James Clavet, Jean-Yves Duclos, Bernard Fortin, Steeve Marchand, Pierre-Carl Michaud.

vous cherchez véritablement à définir les valeurs justifiant le panier de services assurés, nous vous invitons à endosser comme nous celles que cette loi défend, soit de fournir gratuitement à la population un panier de services qui soit complet et qui inclut tout service médicament requis. Il s'agit là du fondement même de l'assurance-maladie. Le principe ne souffre d'aucune ambiguïté.

II - L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES PRÉSENTEMENT ASSURÉS

Nous avons démontré à partir d'arguments économiques, cliniques et légaux que la réduction du panier des services n'est pas une avenue souhaitable pour la population québécoise. Dans cette section, nous nous intéresserons aux services actuellement inclus dans le panier de services.

Premier constat : il ne suffit pas simplement d'inscrire un soin sur la liste de couverture publique pour le rendre accessible au patient. **Le système de santé québécois a initialement été conçu pour que les soins médicalement requis soient entièrement couverts par le régime d'assurance maladie et ne fassent pas l'objet de frais supplémentaires.** Or, la réglementation en vigueur qui détermine quel service est couvert ou non manque de clarté. À notre avis, la principale conséquence de ce flou est le risque d'abus face au patient qui ne sait tout simplement plus dans quelles situations il doit payer ou non. De ce flou a découlé un accroissement important de frais accessoires illégaux facturés aux patients dans les cliniques, avec la complicité des Fédérations médicales et dans l'indifférence du Collège des médecins et de la Régie de l'assurance maladie.

À ce niveau, la récente intervention du Ministre Barette d'inscrire dans la loi 20 - après clôture des consultations publiques - une exception à l'interdiction générale aux frais accessoires, n'a rien pour nous rassurer. **En levant l'illégalité des frais accessoires sous prétexte de les encadrer, le ministre révèle sa volonté de voir les citoyens assumer à**

même leurs poches une part toujours plus grande des soins pourtant assurés.³
L'accessibilité aux soins est la grande perdante de ce jeu politique opaque et autocratique.

Si la détermination exacte du panier de services présentement assurés mérite d'être clarifiée, nous devons également repositionner le concept du « médicalement nécessaire » au centre de la réflexion.⁴ **Les règles sont claires depuis la création de notre système public : il doit couvrir tous les coûts liés aux soins médicalement requis, peu importe où et par qui ils sont prodigués.** Il est injustifiable de devoir déboursier pour une échographie en cabinet privé alors que ce même service est gratuit en établissement. Il est tout aussi incohérent de faire payer le patient parce qu'un soin est prodigué par l'infirmière plutôt que par le médecin. Ces situations représentent des barrières à l'accès et ainsi une dérive importante de l'esprit de la couverture d'assurance-maladie.

Enfin, mentionnons que la décision clinique définissant ce qui est requis médicalement - et donc assuré - ne doit pas être l'apanage du médecin seul, mais devrait découler du jugement clinique de l'ensemble des professionnels de la santé selon les plus hauts standards établis. Une vision multidisciplinaire est souvent nécessaire lorsque nous considérons la pertinence d'un service. Ce n'est pas en modifiant le panier de services que nous parviendrons à agir sur cette composante cruciale des trajectoires de soins. **Nous devons miser sur l'éducation des citoyens et la formation de tous les professionnels de la santé afin d'arriver ensemble à une pratique de la médecine rigoureuse sur le plan scientifique et indépendante des influences extérieures (pharmaceutiques, compagnies d'assurances, entreprises privées).**

Dans le même ordre d'idées, nous ne pouvons plus considérer comme médicalement requis que les services à visée curative. Les services visant la promotion et la prévention de la santé sont appelés à prendre de plus en plus de place dans le développement de la médecine

³ Mémoire MQRP 2013 – frais accessoires (<http://mqrp.qc.ca/publications/2013/06/pas-de-frais-pour-les>)

⁴ Médicalement nécessaire : « relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie » (*Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, LRQ, c A-29, r. 5, art 22)

moderne. Ils sont gage d'une meilleure santé populationnelle et d'économies substantielles au long terme. Des enjeux dont le gouvernement devrait tenir compte avant d'amorcer des coupures draconiennes de 30 % du budget de la santé publique.

III - BONIFICATION DU PANIER DES SERVICES

S'il faut discuter du contenu du panier de services, MQRP a déjà formulé par le passé des recommandations quant à la bonification des services assurés. **Nous croyons fermement qu'il faut élargir la couverture publique aux soins dentaires ainsi qu'aux autres professionnels de la santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, orthophonistes, nutritionnistes, service social) hors établissement, incluant les services pré-hospitaliers.** ⁵ Nous reconnaissons, avec raison, tout le bénéfice des nouvelles technologies et des avancées pharmaceutiques pour la médecine. Or, nous ne devrions pas négliger l'apport unique de ces autres professionnels de la santé dans la compréhension et le traitement des patients d'aujourd'hui. Dans nos universités comme dans nos communautés, ces domaines sont en plein essor et une véritable expertise se développe, combinant approche humaniste et rigueur scientifique. Au même titre que l'arsenal pharmaceutique, ces services font partie intégrante de la médecine moderne dont nul médecin ne pourrait plus se passer.

Nous croyons également qu'il faut **abolir les exceptions prévues à l'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie concernant les services à distance et les consultations pour renouvellement d'ordonnance, ainsi que celles prévues aux ententes pour les stérilets, attelles, bandages, plâtres et résumés de dossier.** ⁶ Nous l'avons déjà affirmé à de nombreuses reprises, mais nous réitérons ici que les frais accessoires imposés aux patients sont illégaux et qu'ils représentent des frais reliés à des services assurés qui doivent être pris en charge par le système public de santé.

⁵ Mémoire MQRP – commission PL-20 (<http://mqrp.qc.ca/publications/2015/03/assurer-laces-10-propositions-pour/>)

⁶ Mémoire MQRP 2013 – frais accessoires (<http://mqrp.qc.ca/publications/2013/06/pas-de-frais-pour-les>)

Les critères que vous énoncez afin de déterminer ce qui est dans le panier de services - à savoir les critères de bénéfices supplémentaires, la gravité de la maladie, la solidité des données scientifiques, le nombre de personnes touchées et l'ensemble des bénéfices pour les soins de santé - nous apparaissent pertinents pour encadrer l'offre des soins établie par les établissements ou en tant que critères dont il faut tenir compte dans le jugement professionnel à l'égard d'un patient. Toutefois, ils ne sont pas utiles à notre avis pour déterminer de façon législative ou réglementaire une catégorie de services non couverts. Nous réaffirmons ce que nous avons mentionné plus tôt, tous les soins médicalement requis doivent être assurés et accessibles pour le bon patient au bon moment.

IV - RISQUE DE PRIVATISATION

En transformant la couverture publique, passant de tout ce qui est médicalement nécessaire à une offre se limitant à une liste bien définie de services, nous changeons un principe acceptable (tout ce qui n'est pas explicitement exclu est inclus) en son contraire (tout ce qui ne serait pas explicitement inclus est exclu). **Ce faisant, nous perdons l'universalité des services couverts et nous contribuons, grâce aux secteurs abandonnés par le giron public, à un marché d'assurance-maladie complémentaire déjà florissant.** Nous savons bien que désassurer un service signifiera en réalité le transfert de ce service vers le secteur privé, minant du coup les principes d'accessibilité et d'équité de notre système de santé. La capacité de payer d'un patient ne devrait jamais constituer une barrière à l'accès à des soins médicalement requis.

CONCLUSION

Les positions de MQRP exprimées dans ce mémoire reposent sur l'expérience terrain de ses membres ainsi que sur leur conviction envers les principes fondateurs de la Loi canadienne de la santé et du système public de santé.

Les arguments d'ordre financier utilisés afin de justifier une réduction du panier de services ne nous convainquent pas. Le fardeau de ces services désassurés reviendra inmanquablement aux patients. Or, nous constatons déjà les conséquences néfastes des frais accessoires sur l'accès de services présentement assurés. Le portefeuille des patients ne devrait pas être une piste pour résoudre les problèmes auxquels fait face notre système de santé. S'il faut revoir la couverture publique, nous invitons plutôt nos décideurs à opter pour l'intégration des services dispensés par les autres professionnels de la santé afin de les rendre accessibles à tous.

En somme, la réflexion sur la couverture publique des services devrait reposer sur une démonstration éthique et scientifique et non sur des arguments économiques à courte vue.