



**MÉMOIRE DE MQRP PRÉSENTÉ AU FORUM DE LA RELÈVE ÉTUDIANTE
POUR LA SANTÉ AU QUÉBEC (FRESQUE)**

Sommet annuel – L’accessibilité aux soins primaires

Avril 2016

PRÉSENTATION DE MQRP

Médecins québécois pour le régime public (MQRP) est un regroupement de plus de 500 médecins de diverses régions du Québec : généralistes, spécialistes, professeurs, résidents et étudiants. Le groupe s'est constitué en 2005 à la suite du jugement Chaoulli de la Cour suprême du Canada, qui a levé l'interdiction d'avoir recours à une assurance privée pour les soins et services déjà couverts par le régime public de santé. MQRP est un organisme voué à la défense du système public de santé, et revendique l'application intégrale de la Loi canadienne sur la santé, l'inscription de ses principes dans les lois québécoises ainsi que l'extension de la couverture à tous les soins et services médicalement nécessaires. MQRP est partenaire de Canadian Doctors for Medicare (CDM) qui poursuit des objectifs semblables dans les autres provinces canadiennes.

Nos objectifs :

- Représenter des médecins de toutes catégories pour la défense du régime public de santé au Québec et la promotion des principes de la gestion publique, de l'intégralité, de l'universalité, de la transférabilité et de l'accessibilité des soins ;
- Proposer des solutions publiques, concrètes et équitables pour l'accès à tous les soins et services médicalement nécessaires ;
- Collaborer avec d'autres organisations qui partagent les mêmes objectifs.

Nous reconnaissons la liberté des médecins d'adhérer ou non au régime public. Cependant, nous nous objectons à la mixité de pratique, soit le fait qu'un médecin puisse pratiquer à la fois dans le régime public et le régime privé. Par ailleurs, dans l'un ou l'autre de ces régimes, il nous semble inacceptable que des hôpitaux et des cliniques médicales soient la propriété de sociétés commerciales. La recherche du profit en santé nous semble incompatible avec l'atteinte des objectifs mentionnés ci-haut.

Nos moyens d'action :

- Analyser les projets, politiques et pratiques gouvernementales qui, directement ou indirectement, remettent en cause les principes du régime public de santé ;
- Mener ou susciter des études sur des questions pouvant affecter la pratique médicale et la condition des patients ;
- Organiser des activités d'information et des débats principalement au sein de la communauté médicale ;
- Faire entendre notre voix dans le débat public et auprès des décideurs, en particulier les autorités publiques en santé;
- Collaborer avec d'autres organisations qui partagent les mêmes objectifs ;
- Entreprendre tout autre moyen d'action que le conseil d'administration ou l'assemblée des membres détermine.

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU MÉMOIRE

Mme Anne-Sara Briand, Étudiante en médecine – Université McGill, Membre de MQRP

M. Miguel Trottier, inf., B.Sc., Infirmier clinicien, Étudiant en médecine – Université McGill,
Membre et conseiller de MQRP

RÉVISION

Dre Isabelle Leblanc, présidente de MQRP

Dre Karyne Pelletier, vice-présidente de MQRP

NOTRE VISION DE LA SITUATION

MQRP défend un système de santé public, équitable et accessible pour tous. Nous observons de nombreux obstacles à l'accès aux soins qui semblent se multiplier depuis une dizaine d'années : barrières financières instaurant des iniquités (par ex.: services non couverts, frais accessoires, médecins non participants, accès restreint aux autres professionnels de la santé), contraintes budgétaires (par ex.: sous-financement de la première ligne, réformes structurelles déstabilisantes) et absence de vision globale pour renforcer le système public. Plusieurs de ces obstacles et décisions gouvernementales créent des brèches menant à une privatisation de plus en plus évidente de notre système de santé.

Nous présentons dans ce mémoire dix propositions visant à augmenter l'accessibilité aux soins de santé pour la population québécoise, en préservant leur universalité.

NOS RECOMMANDATIONS

1. Accroître l'offre de services en réduisant le nombre de médecins non-participants

En date de février 2015, on comptait 225 omnipraticiens non-participants. Ils sont maintenant 272 en mars 2016¹, témoignant à notre avis de l'impact des lois 10 et 20 sur la pratique de première ligne. Bien que les médecins soient libres d'adhérer ou non au régime public, ce droit n'est pas absolu. Ce désengagement réduit l'accès gratuit aux services médicalement requis. Malgré des demandes répétées de MQRP et des organisations syndicales depuis 2006, aucun ministre n'a suspendu le droit de devenir non-participant ou imposé des limites d'honoraires².

Nous demandons au gouvernement actuel d'exercer son pouvoir pour arrêter le désengagement et interdire aux médecins non participants de réclamer des honoraires supérieurs à ceux du régime public.

¹<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/desengages.pdf>

2. Faciliter l'accès aux examens d'imagerie diagnostique en retirant leur exclusion hors hôpital de la couverture de la Loi sur l'assurance maladie

Dans son avis sur les frais accessoires, le Protecteur du citoyen fait état de « plusieurs services couverts à l'hôpital, mais non en clinique médicale, comme l'ultrasonographie (échographie) » qui coûte entre 85 à 300 \$ au patient³. Cette barrière aux soins est une source de frustration et d'inquiétude pour les patients, retarde les diagnostics et la prise en charge en plus d'inciter les patients à consulter à l'urgence pour accéder gratuitement à l'examen en contribuant à l'engorgement. Selon l'entente de principe entre la FMSQ et le MSSS, les coûts devaient être assumés, « jusqu'à concurrence de 30 M \$, à même l'enveloppe budgétaire globale »⁴. En novembre 2015, le ministre Barrette annonce : « À partir de 2016, l'échographie en cabinet sera payée par la RAMQ, et il sera à ce moment-là illégal d'exiger quelque frais que ce soit pour l'échographie en cabinet pratiquée par des radiologues ». Ce dossier traîne déjà depuis plusieurs années, la FMSQ présidée par Dr Barrette ayant passé à deux doigts de signer l'entente en juin 2012 avec le ministre Bolduc, au moment où la campagne électorale avait été déclenchée⁵.

Nous demandons au gouvernement de mettre fin à ce système à deux vitesses et d'offrir une couverture publique complète de l'imagerie médicale, peu importe le lieu physique où elle est pratiquée.

³https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/2015-10-01_avis-frais-accessoires.pdf

⁴http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/medias/Entente_MSSS_FMSQ.pdf

⁵<http://www.ledevoir.com/societe/sante/356230/quebec-remboursera-les-tests-au-prive>

3. Offrir une couverture publique des services des autres professionnels de la santé

Le médecin de famille n'est pas en mesure d'intervenir sur tous les aspects préventifs, diagnostiques et curatifs. Le rôle essentiel et complémentaire des infirmières et de l'ensemble des autres professionnels de la santé n'est plus à démontrer dans la prise en charge globale des problèmes de santé, notamment des maladies chroniques. En raison de l'accès difficile aux autres professionnels de la santé, le médecin doit consacrer du temps précieux aux démarches pour obtenir des soins pour ses patients, parfois sans succès. Ceci contribue à une surmédicalisation de certains problèmes, à leur chronicisation ou à des délais importants dans leur prise en charge. Par exemple, les consultations pour symptômes anxio-dépressifs et musculo-squelettiques sont parmi les plus fréquentes en première ligne. Or, la difficulté d'accès aux psychologues et physiothérapeutes entraîne des visites répétées chez le médecin, qui doit plutôt recourir à des traitements pharmacologiques parfois coûteux, non dépourvus d'effets secondaires et souvent moins efficaces que les traitements non pharmacologiques pouvant être rendus par d'autres professionnels de la santé. Cette situation est également créatrice d'iniquités. Les patients couverts par une assurance privée ou fortunés peuvent se procurer les soins médicalement nécessaires hors établissement plus rapidement.

Nous demandons une couverture publique de tous les soins médicalement nécessaires incluant ceux qui sont prodigués par les autres professionnels de la santé.

4. Améliorer le transfert d'informations entre omnipraticiens et spécialistes

L'informatisation des dossiers médicaux facilite les échanges entre les professionnels. Une partie de l'information émanant des établissements commence maintenant à être disponible dans les cabinets avec le Dossier Santé Québec (DSQ). Nous sommes d'avis que l'informatisation doit se poursuivre afin de connecter tous les professionnels, idéalement par un système public et partagé par tous les milieux de soins plutôt que par une multitude de systèmes indépendants. Certains

moyens simples et innovateurs ont déjà fait leurs preuves dans d'autres juridictions. Ainsi, le programme RACE (*Rapid Access to Consultative Expertise*) instauré en Colombie-Britannique en 2010 est un programme d'accès téléphonique en temps réel qui vise à éviter les consultations à l'urgence et les déplacements chez le spécialiste. La ligne offre les services de plusieurs spécialistes auxquels le médecin de famille a accès en temps réel pour le conseiller et ajuster le traitement du patient. De même, dans certains CSSS on retrouve maintenant des Centres de répartition des demandes de services (CRDS) qui permettent de faciliter l'accès à certains spécialistes. La centralisation des demandes permet de décharger le médecin et le patient de la responsabilité de trouver un rendez-vous dans un délai acceptable; le médecin évite donc certaines tâches administratives et le patient est certain que sa demande de consultation sera honorée en des délais sécuritaires selon sa condition.

Nous proposons que le ministère entreprenne avec le milieu universitaire et les principaux intéressés un relevé systématique des solutions d'accessibilité aux services spécialisés dans les autres provinces et au Québec et favorise l'application des solutions reconnues efficaces.

5. Encourager et généraliser les rendez-vous en accès adapté

Les patients sont souvent confrontés à des délais importants avant d'obtenir un rendez-vous avec leur médecin. Ce n'est alors pas tant le fait d'avoir ou non un médecin de famille qui est en cause, que la difficulté d'accès en temps utile aussi bien à son médecin qu'à n'importe quel autre médecin. On voit de plus en plus de cliniques et de médecins offrir le mode de rendez-vous en «accès adapté», permettant au patient d'être vu par son médecin quand il en a besoin dans des délais de quelques heures à 2 semaines. Toutefois, le triage téléphonique est effectué majoritairement par des secrétaires qui ne sont pas habilitées à évaluer la condition des patients, contrairement aux infirmières. Le patient devrait être référé à une ressource comme Info-Santé s'il est inquiet de sa santé et n'obtient pas un rendez-vous assez rapidement. L'accès adapté

augmente la qualité et la continuité des soins, ainsi que leur pertinence en éliminant les suivis de routine souvent peu utiles et en intégrant plutôt les éléments de prévention aux visites ponctuelles. Il entraîne aussi une satisfaction augmentée tant du point de vue du patient que du médecin.

Nous demandons que l'on encourage la pratique des rendez-vous en accès adapté pour qu'elle devienne la norme.

6. Reconnaître la diversité des lieux et des types de pratique des omnipraticiens sans décourager une pratique consacrée exclusivement à la prise en charge

Les omnipraticiens exercent en cabinets privés, dans les urgences, les services hospitaliers de courte et longue durée, les soins à domicile, en salle d'accouchement, les CLSC, les unités de médecine familiale (UMF) tout en participant à l'enseignement aux étudiants en médecine. Le contact des omnipraticiens avec le milieu hospitalier, où l'on retrouve une multitude de pathologies et une médecine en constante évolution, présente l'avantage de favoriser le développement d'une expertise particulière et de la polyvalence. Plutôt que de remettre en question ce rôle hospitalier au risque de perdre une main-d'œuvre essentielle, il faut au contraire chercher à créer les meilleures conditions pour la pratique de prise en charge et de suivi pour en augmenter l'efficacité et faciliter la tâche des médecins de famille. Nous reconnaissons que les médecins doivent être imputables face à l'accessibilité des patients et de la population aux soins de première ligne. Les conditions de travail des médecins devraient être négociées selon les besoins de la population et des compétences des médecins de la région. Si l'on vise une première ligne forte et accessible, la prise en charge et le suivi devraient être privilégiés et les médecins qui le désirent devraient pouvoir s'y consacrer à plein temps.

Nous demandons que les notions de PREM et d'AMP soient reconsidérées pour que les modes de pratique des médecins soient négociés et prévus en fonction des besoins de la population, incluant la prise en charge et le suivi.

7. Maintenir les services publics

Dans le contexte actuel d'austérité, le gouvernement envisage différentes mesures qui visent à réduire de manière substantielle les services publics et la taille de l'État. Ces réductions affectent la santé de la population, s'en prenant à différents déterminants sociaux de la santé. En ciblant particulièrement des programmes dédiés aux travailleurs et aux moins nantis, les coupures viendront fragiliser encore davantage ces populations vulnérables et nuiront à leur état de santé, un nouveau stress sur la première ligne dont on pourrait faire l'économie. 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 moderne. Ils sont gage d'une meilleure santé populationnelle et d'économies substantielles à long terme. Des enjeux dont le gouvernement devrait tenir compte avant d'amputer le budget de la santé publique comme il l'a fait récemment.

Nous demandons au gouvernement d'investir davantage dans des politiques publiques visant à réduire les inégalités et d'arrêter l'érosion des services publics.

8. Favoriser la démocratie et la concertation

L'un des aspects les plus inquiétants de la réforme actuelle en santé est le rôle prépondérant que se donne le ministre dans toutes les décisions. Le projet de loi 10, adopté d'ailleurs sous bâillon, en est un bon exemple de par la concentration des pouvoirs entre les mains du ministre et la perte sous-jacente des contre-pouvoirs. De plus, nous considérons que l'abolition du poste du

Commissaire à la santé et au bien-être est une grande perte pour notre démocratie. On se prive ainsi d'une source d'information indépendante veillant sur notre système de santé et nous permettant de faire des choix éclairés en la matière. Nous sommes d'avis que de grands changements sont nécessaires dans le système. Or, ce n'est qu'avec concertation et consultation que des solutions durables, efficaces et équitables pourront être trouvées. Nous dénonçons l'approche autoritaire adoptée par le gouvernement actuel et demandons une approche démocratique réelle.

Nous proposons qu'une consultation regroupant les différents acteurs du réseau de la santé autour de cet enjeu soit initiée par le gouvernement dans les plus brefs délais.

9. Étendre la couverture publique à tous les soins et services médicalement nécessaires

L'un des principes de base de la *Loi canadienne sur la santé* est l'intégralité. Ce principe sous-tend que tout soin médicalement requis doit être assuré par le système public : c'est un devoir qu'il a envers la population. Retirer des soins qui pourraient améliorer la santé d'un individu du panier de services serait, par principe, inacceptable. Plus encore, la baisse de la couverture publique ne peut être utilisée comme un moyen de contrôle des dépenses. En effet, il est très possible que la perte d'accès à un service améliorant la santé d'un patient le mène à recourir à davantage de soins par la suite. Finalement, la diminution de la couverture publique s'attaquerait à un autre des principes de base de la *Loi canadienne sur la santé* : l'accessibilité. Ceci s'articulerait par le transfert des secteurs et services abandonnés vers le privé et donc la création d'un obstacle financier. Nous sommes d'avis que la capacité de payer d'un individu ne devrait jamais constituer une barrière à l'accès à des soins médicalement requis. Pour toutes ces raisons, le débat ne devrait pas s'effectuer autour du panier de services. Tous les services doivent être offerts s'ils sont médicalement nécessaires. Le vrai débat devrait être autour de la pertinence des soins : comment rendre accessible le bon soin, au bon patient, au bon moment. Pour ce faire, il est essentiel d'éduquer les patients et les professionnels de la santé.

Nous réitérons l'importance de la couverture publique de tous les soins médicalement nécessaires et croyons que le panier de services devrait être élargit et non réduit tel que proposé.

10. Abolir les frais accessoires pour les soins médicalement requis

Le 11 novembre 2015, l'adoption du projet de loi 20 est venu légaliser et légitimer les frais accessoires. L'amendement à ce sujet a été déposé tardivement sans discussion préalable et sans avoir fait l'objet d'une consultation publique. Déjà plusieurs semaines avant son adoption, de multiples organisations réclamaient que cet enjeu fasse l'objet d'un débat public et d'autres, tel le Protecteur du citoyen et MQRP, dénonçaient l'action du gouvernement. Ces frais limitent l'accès aux soins et viennent bafouer le droit à la santé pour tous. Ils attaquent directement le principe de gratuité du réseau public et nous nous y opposons.

Nous demandons au gouvernement et à la RAMQ de voir à l'application de la Loi sur l'assurance maladie sur les frais imposés aux patients pour des soins médicalement requis et de mettre fin à ce système à deux vitesses en offrant une couverture publique.