

MQRP, 10 ans d'actions!

Énoncé de mission 2018 : les fondements

Le contexte

La santé représente 11% du PIB québécois : nous y consacrons donc \$50 milliards par année, dont \$35 milliards proviennent de notre régime public et \$15 milliards proviennent de sources privées, soit directement des poches citoyennes ou par l'entremise d'assureurs privés. Est-ce trop? Difficile à dire. La proportion de la production nationale consacrée aux soins de santé (11%) situe le Québec dans la moyenne des pays de l'OCDE. Par contre, en a-t-on vraiment pour notre argent? Si on se fie aux principaux indicateurs utilisés pour mesurer l'état de santé d'une collectivité (mortalité périnatale, longévité, prévalence des maladies contagieuses), le Québec fait bonne figure. Et pourtant, on veut nous faire croire, pour ne pas « frapper un mur » et en brandissant les ratés de notre système (il y a certainement des ratés), qu'il nous faut impérativement repenser les fondements de notre régime public, énoncés dans les lois canadiennes et québécoises de la santé. MQRP s'oppose fermement à cette vision des choses, et affirme que les fondements de notre régime public (universalité, gratuité, intégralité) sont justes, équitables et méritent d'être défendus.

Bien des gens peinent à comprendre pourquoi MQRP, comme les nombreux groupes qui se consacrent à la promotion et à l'amélioration des régimes publics dans les pays riches, s'opposent à la cohabitation du public et du privé dans le domaine de la santé. Ceci mérite donc quelques explications (et données probantes). Le consensus général au niveau des données empiriques démontre que la mixité public/privé affaiblit le régime public, augmente les dépenses totales en santé et n'améliore pas les indicateurs de santé de la population. À court terme, cela engendre des soins plus coûteux (sans être plus efficaces, en raison, notamment, du surdiagnostic et du surtraitement favorisés par la mutation des patients en clients) pour les plus riches et de moindre qualité pour les plus pauvres. À long terme, ces inégalités sont susceptibles d'engendrer une détérioration de la santé de l'ensemble de la population, comme on l'observe aux États-Unis, seul pays riche où la longévité est en baisse, malgré des dépenses totales en santé de loin supérieures à celle des autres pays riches (18% du PIB) et où la part du privé est aussi beaucoup plus grande : plus de 50%.

L'affaiblissement du régime public, seule institution responsable de la santé de l'ensemble de la population, résulte de deux facteurs principaux : 1) le transfert de ressources humaines du public vers le privé et 2) l'écroulement sur lequel le secteur privé tente d'asseoir sa rentabilité (c.-à-d. la sélection systématique de clients « rentables », au détriment de patients/clients plus malades mais ne pouvant pas payer leurs soins). Le transfert de ressources humaines (médecins, infirmières, professionnels et techniciens de tout ordre) est d'autant plus fâcheux qu'au Québec, ces travailleurs sont formés au sein du système d'éducation public. Quant à l'écroulement, il est grandement favorisé par des modes de financement tels que le financement à l'activité, d'ailleurs préconisé par le gouvernement actuel, qui encourage les fournisseurs à offrir des soins (rebaptisés « activités ») routiniers (opérations non-urgentes communes : cataractes, prothèses articulaires) permettant de dégager des bénéfices, tout en délaissant des soins où les résultats (ou « bénéfices ») sont moins prévisibles : problèmes urgents et maladies graves, comme certains cancers. Il est donc entendu que dans un système dit mixte, c'est le public qui s'occupe généralement des cas plus lourds, et même des complications graves et coûteuses des procédures « rentables ». La formule est malheureusement bien connue : profits privés et endettement public.

Puisque la mixité existe déjà au Québec, nous pouvons en observer les résultats :

1. Le cas de l'imagerie médicale

Les radiologistes sont les seuls médecins québécois autorisés à facturer à la fois la RAMQ et des payeurs privés (les patients ou leurs assureurs) pour des services couverts par le régime public. Ces spécialistes, parmi les mieux payés de tous les médecins québécois, sont donc nombreux à travailler dans des cliniques privées dont ils sont également actionnaires, en plus de travailler dans des établissements publics. Quels sont les résultats de ce mélange public/privé? Ils ne sont pas très reluisants. Tout d'abord, pour ceux qui croient que l'investissement privé permet d'augmenter l'offre quantitative en santé, le nombre de « machines » (scanners et appareils d'imagerie par résonance magnétique) a effectivement augmenté. Le Québec possède donc, par habitant, plus de ces outils dispendieux que la moyenne des provinces canadiennes. Or, qu'en est-il de l'accès des québécois.es à cette ressource médicale souvent indispensable? Dans les faits, les délais moyens pour subir ces examens sont plus longs au Québec qu'ailleurs au pays, malgré le nombre d'appareils largement supérieur. Pas étonnant lorsque l'on sait que ces cliniques privées drainent les ressources humaines du système public. N'oublions pas que les examens radiologiques requièrent, en plus de l'expertise des radiologistes, celle de technologues spécialisés, qui passent moins ou pas du tout de temps dans les établissements publics pour travailler dans des cliniques privées. En résumé, la mixité public/privé en radiologie au Québec a augmenté nos dépenses totales en santé, sans en améliorer l'accès. Voilà précisément un effet pervers que les idéateurs de notre régime public avaient cherché à éviter en interdisant l'assurance dite duplicative, c'est-à-dire la possibilité d'acheter une assurance privée pour payer des soins couverts par le régime public.

2. Le cas des professions paramédicales

Au Québec, il est possible de se procurer une assurance pour défrayer les coûts de traitements prodigués par des professionnels autres que des médecins : dentistes, physiothérapeutes, psychologues, orthophonistes, etc. L'offre publique de tels services existe, mais est très limitée (ce qui en soi est un choix politique) et couvre seulement une faible proportion des besoins de la population. Le résultat le plus frappant de cette mixité est l'inégalité de l'accès à ces services : la majorité des québécois.es n'ayant tout simplement pas les moyens de se les payer au privé doivent « faire sans ». Parmi les conséquences de cet état de fait, mentionnons une charge supplémentaire pour la première ligne médicale, qui se retrouve engorgée de problèmes qui seraient mieux pris en charge par d'autres professionnels, de même qu'une surmédicalisation de certains problèmes de santé. Effectivement, de nombreux médecins, débordés par des problèmes pour lesquels leur compétence est limitée, prescrivent des médicaments, faute de pouvoir référer leurs patients auprès d'un psychologue ou d'un physiothérapeute par exemple.

3. L'assurance médicaments

Dans les années 1990, le gouvernement du Québec a mis en place un régime mixte d'assurance médicaments. Cette loi oblige tous les québécois.es à détenir une assurance médicaments. La plupart des travailleurs québécois (la portion la plus nantie et la moins malade de la population) souscrivent à une assurance collective (privée) par l'entremise de leur employeur ou d'une association professionnelle. Les autres (étudiants, retraités et prestataires de l'aide sociale ou du chômage : moins riches et souvent plus malades) sont couverts par le régime public. Résultat? Une véritable manne pour les assureurs privés et un régime public déficitaire. Qui plus est, le coût des médicaments ne cesse de croître. Collectivement, nous aurions des primes inférieures dans un

régime uniquement public, en évitant que des compagnies privées puissent faire des profits sur une assurance médicament offerte à des gens globalement peu malades.

Pour résumer : les partenariats public-privé en santé augmentent les coûts totaux de la santé sans améliorer l'accessibilité aux soins pour la majorité. De plus, ils accentuent les inégalités sociales et minent la viabilité du régime public, seule institution responsable de la santé de l'ensemble de la population. C'est pourquoi MQRP préconise le maintien de l'interdiction de toute assurance duplicative en santé, ainsi que la poursuite d'un financement adéquat du régime public par l'entremise de l'impôt progressif sur le revenu des particuliers et des entreprises.

L'évolution pour laquelle nous nous engageons

Si MQRP rejette la mixité public/privé comme solution aux problèmes de notre système de santé, nous reconnaissons toutefois que le système public de santé doit évoluer afin de mieux répondre aux besoins de la population. Dans les lignes qui suivent, nous énumérerons quelques idées qui devraient à notre avis guider toute tentative d'améliorer le système. Nous croyons que toute réforme future doit expliquer de quelle manière elle entend répondre aux exigences que nous mettons de l'avant ici concernant les patients, les travailleurs, les institutions, les synergies et la transparence. Nous préconisons une évolution graduelle et soutenue (en opposition aux multiples tentatives de réinventer la roue), fermement guidée par des principes clairs et fondée sur une compréhension globale des enjeux et des données probantes, et non pas sur quelques impératifs pécuniaires à court terme.

1. Les patients

Les québécois.es méritent un meilleur accès aux soins de santé. L'accès à la première ligne devrait être facilité. Le régime public devrait offrir un accès élargi aux nombreuses professions soignantes (physiothérapeutes, psychologues, nutritionnistes, ergothérapeutes, dentistes, infirmières praticiennes, etc.) et les patients ne devraient pas nécessairement avoir à consulter un médecin avant de pouvoir obtenir une consultation avec un de ces professionnels. Nous croyons également qu'il est souhaitable que les patients puissent participer, en collaboration avec des soignants qualifiés, à déterminer les soins qui leur conviennent.

2. Les travailleurs

Les travailleurs de la santé méritent un meilleur climat de travail. Les soins aux malades requièrent une attention constante aux besoins des personnes. Ce genre d'attention ne peut être offerte par des travailleurs dont on restreint et contrôle à outrance la liberté et l'autonomie de penser et de juger. Dans leur champ d'activités respectif, les travailleurs doivent être en mesure d'exprimer leur humanité. Ils doivent avoir une formation adéquate, qui leur permet de faire des choix judicieux et d'en assumer la responsabilité. Le travail « à la chaîne » ne constitue pas un modèle adéquat pour un système de santé. Enfin, la collaboration entre les travailleurs de la santé devrait aspirer à un modèle collégial, fondé sur la reconnaissance des compétences de chacun et du partage des connaissances dans le but d'améliorer les soins.

3. Les institutions

Les institutions du système de santé (hôpitaux, CLSC, GMF, CHSLD, etc.) doivent être indépendantes du ministère, ce qui veut dire que l'iniqye Loi 10 de l'actuel gouvernement doit

être abrogée. En effet, l'intégration promise par le ministre de la santé est une énorme entreprise de mécanisation des rapports humains, effectuée sous la contrainte brutale, et au détriment de toute synergie digne de ce nom. Par ailleurs, les institutions (incluant les GMF et les « supercliniques ») doivent toutes être sans but lucratif. De plus, le système de santé doit évoluer dans le sens de la responsabilité institutionnelle face à la population. Ceci veut dire que la qualité des soins doit faire l'objet de recherches sérieuses (et non pas être résumée par quelques indicateurs équivoques, tel que le nombre d'heures passées aux urgences). L'approche que nous proposons a le potentiel de rehausser la collaboration interprofessionnelle, ainsi que la collaboration entre les administrateurs et les cliniciens.

4. Le déploiement de véritables synergies

Le régime public que nous entrevoyons est fondé sur la valorisation effective des personnes (patients et travailleurs) et des institutions concernées, sur la maximisation de leur indépendance, ainsi que sur le prolongement de synergies naturelles : humanisation nécessaire du travail au bénéfice des patients, collégialité entre travailleurs, convergence de vues et de buts entre administrateurs, patients et travailleurs.

Nous songeons également à la synergie qui résulte de la collaboration entre les institutions d'enseignement et les institutions du système de santé. Cette synergie, fondée sur la sympathie fondamentale qui lie les tâches d'éduquer et de soigner, a permis d'améliorer grandement l'accès aux médecins en région éloignée : le gouvernement et les facultés de médecine ont créé des Unités de médecine familiale (UMF) dans plusieurs régions de la province. Il nous semble que cette approche a le potentiel de contribuer à atténuer le problème des « déserts médicaux » qui sévit dans certains quartiers urbains défavorisés. Il y a ici véritable convergence de valeurs, alors que les partenariats public/privé sont plombés par des conflits d'intérêts patents. Ces synergies au niveau institutionnel s'ajouteront donc à la synergie qui résulte d'une véritable collégialité entre les travailleurs et à la collaboration souhaitée entre la population et ses institutions.

5. L'importance du regard indépendant

Nous croyons que des pratiques fondées sur les idées énumérées plus haut sont aptes à améliorer la santé des québécois.es. Encore faut-il s'en assurer. Ainsi, MQRP préconise un renforcement du rôle du Commissaire à la santé et au Bien-Être (CSBE), c'est-à-dire d'un vérificateur indépendant chargé d'informer la population de la qualité de soins offerts au Québec. La recherche de la vérité et la publication des résultats de cette recherche (la transparence) a une affinité naturelle avec les tâches de soigner et d'enseigner, ce qui n'est pas le cas dans les sphères politiques et marchandes. La politisation et la marchandisation nuisent donc à l'évolution de notre système public, comme en témoignent les difficultés qu'éprouvent les chercheurs à obtenir des données brutes auprès du MSSS et de la RAMQ, l'opacité entourant les termes des PPP, et scandaleusement, l'abolition récente du poste de CSBE par le gouvernement libéral.