Pour un
système public
en meilleure santé

MQRP
MÉDECINS QUÉBÉCOIS
POUR LE RÉGIME PUBLIC

Rapport 2009 du CA
à l'Assemblée générale des membres

Montréal, le 10 novembre 2009

Médecins québécois pour le régime public (MQRP)
410-460 Sainte-Catherine O.
Montréal (Québec)
H3B 1A7
514 638-6659
info@mqrp.qc.ca
http://www.mqrp.qc.ca

Rédaction :
Lucie Dagenais, membre associée
Cory Verbauwhede, secrétaire-trésorier
Marie-Claude Goulet, conseillère

Table des matières

Introduction **5**

1 Défendre, promouvoir et améliorer le régime public **7**

2 Assurer l'accessibilité et la gratuité de tous les actes médicalement nécessaires **9**

2.1 Abolir l'exclusion de la couverture publique de certains actes 9

2.2 Ne pas tolérer les pratiques de surfacturation et de frais accessoires 11

2.3 Mettre un frein à l'augmentation de la non-participation à la RAMQ 12

3 Mixité, confusion, iniquité **15**

4 Non aux PPP pour nos hôpitaux universitaires ! **18**

5 Pour un régime public universel d'assurance médicaments **20**

6 40e anniversaire de la Loi sur l'assurance maladie **21**

7 Nos liens avec Canadian Doctors for Medicare (CDM) **22**

En guise de conclusion **23**

Annexe I **24**

Annexe II **31**

Annexe III **36**

Annexe IV **42**

Introduction

Nous assistons, depuis quelques années, à une remise en cause en profondeur du système public de santé. Prétextant un « ordre » inexistant de la Cour suprême et la « crise » du financement public, pourtant créée de toutes pièces par les baisses d'impôts[1], le gouvernement québécois a amorcé un virage dangereux vers la marchandisation des soins. Assurance duplicative, cliniques à but lucratif, partenariats public-privé, marché interne, financement des établissements par activités, tarification des services, modèles de gestion inspirés du monde des affaires. . . le marché s'installe implacablement. Malgré toutes les démonstrations de la supériorité du système public, l'idéologie du privé a d'ardents défenseurs disposant de grands moyens. Face à cette offensive multiforme, il faut agir.

Depuis l'assemblée de fondation officielle de Médecins québécois pour le régime public le 28 novembre 2008, le conseil d'administration élu par l'assemblée générale s'est réuni régulièrement. Il a organisé des activités d'information auprès de divers publics, il a poursuivi l'analyse des politiques gouvernementales et il est intervenu dans l'actualité, de sa propre initiative ou à la demande des médias ou d'autres organisations partageant ses préoccupations. Vous trouverez à l'annexe I la liste des principales activités des membres du CA.

L'objet du présent rapport est aussi de présenter à l'Assemblée générale les propositions de revendications prioritaires et d'actions que nous espérons mener au cours de la prochaine année.

Il s'agit essentiellement :

- d'améliorer nos moyens de communication avec les médecins, les amis et le grand public ;
- d'intensifier nos actions sur les actes exclus, les frais accessoires et le nombre croissant de médecins non participants à la RAMQ, qui remettent en cause la gratuité des services médicalement nécessaires et leur accessibilité pour tous ;
- d'exercer les pressions nécessaires pour faire appliquer l'interdiction de la mixité des médecins participants et non participants dans une même clinique, prévue dans la loi 34, mais dont la date d'application est sans cesse reportée ;
- de poursuivre la lutte contre la construction de CHU en PPP ;
- de collaborer avec les groupes qui entreprennent une vaste campagne pour un régime public universel d'assurance médicaments au Québec.

En améliorant le système public avec des *solutions publiques*, on éloigne la marchandisation de la santé et ses effets délétères.

[1] Voir l'analyse de F. Béland, « Les dépenses de santé au Québec : Une énigme ou un signal d'alarme ? », dans Le privé dans la santé : Les discours et les faits, PUM, 2008, p. 171.

Saïdeh Khadir, présidente, pour le CA de MQRP

1 Défendre, promouvoir et améliorer le régime public

La parole est un combat

Germaine Tillon

MQRP a pour objectifs principaux d'analyser les projets, politiques et pratiques gouvernementaux qui, directement ou indirectement, remettent en cause les principes du régime public de santé, d'organiser des activités d'information et des débats, et de proposer des solutions publiques, concrètes et équitables pour l'accès pour tous aux soins et services médicalement nécessaires.

MQRP défend le régime public de santé, accessible à tous, sans distinction de moyens. Pour MQRP, cela veut dire non seulement défendre le système, mais aussi en promouvoir l'amélioration continue. MQRP considère en effet que des améliorations s'imposent, mais qu'elles doivent se faire dans le cadre du régime public pour être à l'avantage de toute la population. En ce sens, MQRP s'objecte à la marchandisation des soins, ainsi qu'à leur dispensation par des organismes à but lucratif financés par des fonds publics.

Notre 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 le dialogue interdisciplinaire. À ce titre, nous collaborons avec différents chercheurs et analystes dont les travaux portent sur nos champs d'intérêt, de réflexion et d'action.

Nos activités d'information

Nous avons tenu une vingtaine d'activités d'information auprès d'associations médicales, étudian-tes, syndicales ou populaires, où nous avons pu faire connaître notre mouvement et nos propositions. Il s'agissait principalement d'expliquer le nécessaire caractère public du système de santé, de contrer les arguments en faveur du privé, notamment le discours catastrophiste sur le financement de la santé et la prétendue supériorité d'un régime mixte ou privé[2].

C'est dans cette optique que nous avons organisé un colloque ayant pour thème « Soins de santé : services publics ou marché ? Pour qui travailleront les médecins ? » le 14 mai 2009[3]. Ce colloque a réuni 140 personnes autour des objectifs suivants : comprendre la route du Québec post-Chaoulli, largement inspirée de l'expérience britannique axée sur le modèle de marché, vers une privatisation accrue des soins de santé ; comprendre les impacts de ces changements sur les

[2] Voir la communication du Dr Simon Turcotte sur le Web : `http://www.ustream.tv/recorded/1066053`.
[3] `http://www.mqrp.qc.ca/colloque.php`.

médecins et la pratique médicale ; présenter des initiatives canadiennes et québécoises vers une autre avenue centrée sur la gestion publique et l'amélioration des services pour tous ; et inviter les médecins et leurs organisations à s'impliquer davantage dans les transformations du réseau de la santé.

Pour la première fois, les changements structuraux amorcés avec l'assurance privée duplicative, le nouveau régime des Centres médicaux spécialisés (CMS) et le financement des établissements à l'activité étaient présentés du point de vue de leur impact sur la pratique médicale. Toujours dans l'optique des solutions publiques plutôt que du recours au privé, des exemples canadiens et québécois illustraient les transformations possibles à l'intérieur du régime public. Enfin, une invitation pressante était faite aux médecins et au personnel du réseau de s'impliquer davantage, non seulement dans la défense du régime public mais aussi de son amélioration continue.

Les médias demeurent un moyen de communication privilégié avec la population, ainsi qu'avec les médecins. Les médias font souvent appel à MQRP pour réagir à des événements ou pour faire des déclarations sur des sujets divers concernant le système de santé. Tel que décrit dans le rapport d'activités exhaustif (annexe I), nous avons envoyé des lettres ouvertes aux journaux sur différents sujets et effectué de multiples entrevues et débats à la radio ou à la télévision.

À noter qu'il nous a été plus difficile de rejoindre les médecins, que nous voulons pourtant prioritairement regrouper. Toutefois, l'Actualité médicale, l'un des principaux organes de communication avec la communauté médicale, a couvert régulièrement nos activités et nos prises de position, et un accord a été conclu récemment par une chronique régulière de MQRP dans ses pages. Mais, rien ne remplace le bouche à oreille auprès de collègues que nous côtoyons chaque jour.

Le défi : rejoindre davantage les médecins

Sans négliger les activités d'information avec les organisations amies, il est essentiel de trouver les moyens de rejoindre davantage les médecins, notamment par des interventions dans les réunions et dans les revues professionnelles, dont l'Actualité médicale, par la mise à jour régulière de notre site Web, par des lettres ouvertes aux médias et par une meilleure utilisation des moyens modernes de communication. Ainsi, nous avons amorcé le projet d'une courte vidéo sur les revendications prioritaires dont il sera question plus loin.

Nous proposons la formation d'un comité des communications MQRP qui verrait à développer nos contacts et à améliorer la diffusion de nos positions auprès de la

population, ainsi qu'auprès des médecins.

2 Assurer l'accessibilité et la gratuité de tous les actes médicalement nécessaires

Avec les années, le régime d'assurance maladie a subi une sérieuse érosion par l'exclusion de la couverture publique de certains actes pourtant médicalement nécessaires, par le développement de pratiques de surfacturation et frais accessoires, et par la croissance du nombre de médecins non participants à la RAMQ. Le privé exploite les défaillances du système public causées notamment par son sous-financement.

2.1 Abolir l'exclusion de la couverture publique de certains actes

La Loi sur l'assurance maladie et la Loi canadienne sur la santé prévoient la couverture gratuite de tous les actes médicalement nécessaires. Dès l'adoption de la Loi de l'assurance maladie en 1970, le gouvernement du Québec a exclu, par règlement, une liste de services médicaux qu'on pouvait raisonnablement considérer comme des examens ou services non reliés à un processus de guérison ou de prévention de la maladie, par exemple « tout service dispensé à des fins purement esthétiques[4] » ou des examens ou services requis par les employeurs ou les assureurs.

Depuis les années 1980, des exclusions selon le lieu de prestation se sont multipliées de sorte que certains examens ne sont désormais couverts que lorsqu'ils sont pratiqués en centre hospitalier, par exemple l'échographie, la tomodensitométrie (scanner), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et quelques autres. Il faut noter que ces techniques n'existaient pas en 1970 et qu'avec les règlements d'exclusion adoptés surtout à partir des années 1980, les patients qui n'ont pas accès à ces examens à l'hôpital dans un délai raisonnable n'y ont pas accès gratuitement en clinique privée. Cette problématique varie beaucoup d'une région à l'autre, au gré du caractère aléatoire des disponibilités des ressources publiques, créant des iniquités entre patients de diverses régions et même entre certains quartiers de Montréal.

Alors qu'on décidait des exclusions, l'acquisition d'appareils diagnostiques dans les cliniques hors centre hospitalier a été favorisée par les politiques publiques (financement, subventions, fiscalité). Lorsque l'état de santé d'un patient exige certains de ces examens dont la couverture est exclue hors centre hospitalier, le médecin traitant doit souvent placer son patient devant le

[4] Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, art. 22.

choix difficile d'attendre des semaines avant de subir l'examen à l'hôpital, ou de débourser de sa poche un montant considérable afin d'avoir un accès plus rapide en clinique. Quand on rajoute à ceci le fait que l'accès à un diagnostic rapide accélère le traitement, il y a lieu de s'inquiéter de la situation. De plus, on sait que cet état de choses implique parfois des situations déontologiques où le médecin qui détient des intérêts financiers dans ces cliniques privées se place ainsi en situation de conflit d'intérêts.

Bien sûr, beaucoup de patients inquiets de leur état de santé sont prêts à tout faire pour obtenir un diagnostic le plus rapidement possible. Seuls les assurés de la CSST et la SAAQ, ainsi que ceux de certains régimes d'assurance privée, n'auront pas à défrayer de leur poche le coût des services. Les exclusions en cabinet privé sont d'autant plus inacceptables que ce sont les mêmes radiologistes qui organisent et dispensent des services radiologiques à l'hôpital qui les offrent dans les cliniques privées.

On peut donc comprendre que la FMSQ ne s'objecte pas à la couverture publique de ces actes en clinique hors hôpital. Lorsqu'il était président de l'Association des radiologistes, le docteur Gaétan Barrette, actuel président de la FMSQ, a proposé une telle couverture[5]. Le président de la FMSQ a manifesté la même ouverture lors d'une rencontre privée avec MQRP et à d'autres occasions.

Le gouvernement doit donc agir sans tarder. Le ministre de la Santé a laissé entendre qu'il était au fait de ce problème, mais semblait vouloir le régler par des ententes négociées à la pièce comme il en existe déjà.

> MQRP revendique l'élimination des exclusions arbitraires de l'assurance publique pour couvrir l'ensemble des soins médicalement nécessaires, en particulier les interventions diagnostiques comme l'échographie, la tomodensitométrie (scanner), l'imagerie par réso-nance magnétique (IRM) et quelques autres. Cette élimination doit être faite par un amendement du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et non par des ententes à la pièce qui n'assurent pas les mêmes services dans des conditions uniformes.
>
> **Nous proposons d'intensifier nos actions pour mettre fin à l'exclusion de la couverture publique d'actes médicalement nécessaires. À cette fin, nous souhaitons réunir les nombreux groupes qui sont intervenus en faveur de cette revendication et entreprendre avec eux une campagne d'information et d'action. La courte vidéo, déjà amorcée, devrait être un instrument de mobilisation à large diffusion. De plus, une rencontre avec le ministre de la Santé est prévue pour discuter de ce dossier.**

[5]Journal des débats CAS du 26 mai 2009.

2.2 Ne pas tolérer les pratiques de surfacturation et de frais accessoires

Les frais dits « accessoires » ou « afférents » sont ceux qui sont chargés aux patients à l'occasion d'interventions par des médecins participants, généralement en dehors de l'hôpital, par exemple azote liquide, plâtre, lentilles souples, gouttes dans les yeux, forfait annuel. . . Ils sont couverts par l'assurance maladie ; quand une intervention est faite en cabinet, le médecin participant est payé par la RAMQ à un taux supérieur à celui qu'il recevrait pour le même soin à l'hôpital. Or, il s'est développé des pratiques inacceptables dans certains cabinets qui chargent aux patients des frais allant parfois jusqu'à quelques milliers de dollars.

L'article 22 de la Loi sur l'assurance maladie (LAM) énonce que « Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue [...] ; toute convention à l'effet contraire est nulle de nullité absolue. [...] » (LAM, art. 22 al. 4) et que « Aucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés ». (LAM, art 23). Malgré ce principe, la loi réfère à des ententes : « 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 rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, *sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente* [...] » (LAM, art. 22 al 9). Or, les préambules aux ententes FMOQ et FMSQ prévoient uniquement des frais pour médicaments et anesthésiques, qui normalement devraient être couverts par l'assurance médicaments.

Par ailleurs, la Loi canadienne sur la santé (LCS) pénalise les provinces qui tolèrent « le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins [...] » (LCS, art. 18) ou imposent des « frais modérateurs » (LCS, art. 19).

Les frais accessoires, actuellement tolérés, sont la plupart du temps illégaux. En effet, la Cour supérieure du Québec s'est clairement prononcée contre. Traitant du jugement, Marie-Claude Pré-mont[6] écrit que « si le gouvernement limite l'offre de soins dans les établissements publics et choisit de faire appel aux cliniques privées afin de répondre à la demande de soins de santé, ou oblige indirectement les patients à y recourir, il est de sa responsabilité de les financer adéquatement et de couvrir l'ensemble des soins nécessaires aux traitements qui y sont pratiqués. Une pratique, même répandue, ne lui confère pas un caractère légal, comme le confirme la décision de la Cour supérieure quant aux pratiques de perception de frais accessoires importants dans les cliniques d'avortement depuis de nombreuses années ».

Le gouvernement du Québec ne semble pas avoir appris sa leçon. Les autorités publiques qui tolèrent ces pratiques, en particulier la RAMQ, participent à une privatisation passive du système

[6] Accès à l'avortement : Le gouvernement doit payer, 2006.

de santé. Pourtant, en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (LRAMQ), la RAMQ doit « appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance maladie » (LRAMQ, art. 2) et notamment « contrôler [...] la rémunération versée aux professionnels de la santé » (art. 2, al. 2b) et « informer le public des possibilités d'accès à tous les services et biens qu'elle est habilitée à payer [...] » (art. 2, al. 2f).

La RAMQ n'interviendrait que sur plainte. Or pour un patient, porter plainte contre *son* médecin n'est pas facile. MQRP considère que la RAMQ devrait être proactive pour en arriver à l'élimination des frais accessoires chargés aux patients pour des soins médicaux médicalement requis effectués par des médecins participants, que les soins soient offerts à l'hôpital ou en cabinet privé.

Nous proposons que MQRP

- **diffuse de l'information sur l'état du droit dans ce domaine ;**
- **intervienne auprès du ministre de la Santé et de la RAMQ pour que cette dernière prenne les moyens de contrôler régulièrement et systématiquement la pratique interdite des frais accessoires et mette fin à ces pratiques en appliquant rigoureusement l'interdiction prévue dans nos lois ;**
- **s'associe à l'opération « Facturation en santé : parlons-en » pour recueillir les témoignages et factures des patients et leur fournir l'information néces-saire pour réclamer le remboursement de ces frais à la RAMQ (lettre type par exemple) ;**
- **examine la possibilité de recours collectif tenant compte du succès d'un tel recours pour les frais accessoires à l'avortement.**

2.3 Mettre un frein à l'augmentation de la non-participation à la RAMQ

La Loi sur l'assurance maladie reconnaît la liberté des médecins d'adhérer ou non au régime public. MQRP leur reconnaît cette liberté aussi. Toutefois, cette même loi donne au ministre de la Santé le pouvoir d'intervenir si le nombre de médecins non participants « est trop considérable pour que les services assurés puissent continuer à être rendus selon des conditions uniformes » (LAM, art. 30). MQRP est d'avis que le temps est venu d'utiliser ce pouvoir.

La non-participation chez les médecins a été un phénomène marginal jusqu'à récemment. Le nombre de non-participants chez les omnipraticiens était autour de 15 jusqu'en 1988 alors que celui des spécialistes avait diminué de 59 lors de l'instauration du régime, à 32 en 1988. En 2005, il était de 43 omnipraticiens et de 50 chez les spécialistes. Il n'a cessé de croître pour en arriver en octobre 2009 à la situation actuelle où les patients sont privés des services gratuits auprès de 119

omnipraticiens et 71 spécialistes (voir l'annexe 2). Il est utile d'examiner cette liste pour se faire une idée de l'ampleur du problème dans certaines régions et certaines spécialités.

Ce phénomène est très important en termes d'accessibilité à des services gratuits, puisqu'un omnipraticien peut avoir une clientèle de plus de 2000 personnes. Pour 119 non-participants, cela équivaut à environ 240 000 personnes qui se retrouvent sans accès gratuit à un omnipraticien. Dans certaines spécialités, l'attente est longue dans les établissements publics, la plupart des patients ne pouvant pas ou ne voulant pas se payer des interventions coûteuses en dehors du régime public, qu'ils financent déjà par leurs impôts.

Non seulement le gouvernement ne s'est-il pas préoccupé de l'allongement de cette liste de non-participants, mais de plus, il œuvre à leur développer un marché. Nulle part ailleurs est-ce plus clair que dans le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé de la Loi 33 (RTMS), qui depuis le 30 septembre 2009 réserve aux seuls non-participants le marché des chirurgies hors centre hospitalier des hanches et des genoux et qui, à partir du 31 mars 2010, fera de même pour toute intervention hors centre hospitalier nécessitant plus de 24 heures d'hébergement postopératoire.[7]

MQRP demande au ministre de la Santé d'exercer les pouvoirs que la loi lui confère. Il peut faire deux choses. Il peut, lorsqu'il l'estime nécessaire, « suspendre pour une durée n'excédant pas deux ans la possibilité pour les professionnels soumis à l'application d'une entente de devenir des professionnels non participants et d'exercer ce même genre d'activité dans l'ensemble du Québec ou dans une de ses régions » (LAM, art. 30.1). Il peut aussi interdire en tout temps que les non-participants réclament des honoraires supérieurs à ceux des participants. Selon des experts[8], ce type de réglementation des tarifs aurait un effet similaire à l'interdiction de non-participation, puisque le médecin y perd toute raison de se désengager pour des raisons monétaires.

Par ailleurs, la commercialisation de la santé pousse dans le sens contraire au Code de déontologie des médecins, qui interdit notamment toute « sollicitation de clientèle » (art. 74) ainsi que l'utilisation du titre de médecins « à des fins commerciales » (art. 75). Pourtant, les publicités concernant les services de médecins se multiplient en toute impunité. Comme la RAMQ, le Collège des médecins, chargé de veiller à ce que le Code de déontologie des médecins soit appliqué, intervient trop peu souvent, bien qu'il puisse à tout moment « tenir une enquête sur toute matière ayant trait à la déontologie médicale, la discipline des membres de l'Ordre ou l'honneur et la dignité de la profession » (Loi médicale, art. 18).

[7] Art. 3 RTMS : « Un traitement médical spécialisé dont la durée d'hébergement postopératoire habituellement requise est de plus de 24 heures de même que l'arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou ne peuvent être dispensés que dans un centre médical spécialisé visé au paragraphe 2 du premier alinéa de l'article 333.3 de la Loi ».

[8] Access to care, access to justice : The legal debate over private health insurance in Canada, édité par C.M. Flood, K. Roach et L. Sossin, University of Toronto Press, 2005.

Outre les problèmes d'accessibilité et de déontologie, le nombre accru de non-participants affecte la planification des services sur le territoire du Québec. Une recherche sur les motifs de non-participation, outre l'intérêt financier, serait nécessaire.

Nous proposons d'intensifier nos actions pour que le ministre de la Santé exerce les pouvoirs que la loi lui confère pour mettre un frein à la non-participation à la RAMQ d'un nombre grandissant de médecins

- **en suspendant la possibilité de devenir non-participant dans les régions ou les spécialités où le nombre de non-participants affecte la qualité et la suffisance des services médicaux offerts, et**
- **en interdisant aux non-participants de charger des honoraires supérieurs à ceux des participants.**

De plus, nous proposons d'interpeller le Collège des médecins pour qu'il surveille systématiquement la publicité des centres privés, laquelle pourrait être contraire aux règles déontologiques régissant tous les médecins.

Enfin, nous proposons d'étudier les causes de l'augmentation de la non-participation à la RAMQ.

3 Mixité, confusion, iniquité

> *La médecine est un art dans lequel le privé ne devrait tout simplement pas avoir droit de cité. [...] Je pense qu'en ce qui a trait à l'art de la médecine, il ne devrait pas y avoir de contraintes dans l'esprit du médecin. Quand il y a un retour sur capital à assurer ou quand le patient devient une source de revenus, ça cause des dérapages.*
>
> Henri Elbaz, dans Le Devoir, le 23 novembre 2007

Certains affirment que de permettre aux médecins d'être rémunérés à la fois de manière privée et publique, ce qu'on appelle la pratique *mixte* ou *hybride*, serait bénéfique pour améliorer l'accessibilité aux soins. Or, ces formes de pratique mixte, passablement expérimentées en Angleterre et en Australie, drainent systématiquement les ressources du système public au profit du système privé et n'améliorent pas l'accessibilité pour l'ensemble de la population. Le médecin mixte se trouve en effet dans une situation où l'incitatif financier pourrait encourager le maintien de longues listes d'attente dans le système public.

Cette logique implacable est évidente dans le domaine de la radiologie où les exclusions réglemen-taires de la couverture de certains services diagnostiques ont créé une mixité légale. Le résultat est tel que MQRP met au premier rang de ses revendications la couverture publique immédiate de ces services. La correction de cette injustice la plus flagrante au sein du système québécois est aussi revendiquée par de très nombreux groupes[9].

La pratique mixte individuelle du médecin est interdite au Québec sauf l'exception mentionnée ci-haut pour les radiologistes, mais l'on trouve de plus en plus une autre forme de mixité dans l'organisation des cliniques privées à but lucratif. La clinique Rockland MD est un exemple de cette mixité. Les omnipraticiens qui y travaillent, dont les consultations coûtent moins cher que celles des spécialistes, sont des non-participants à la RAMQ, alors que les spécialistes sont pour la plupart des participants[10]. Les médecins de famille non participants sont donc la porte d'entrée pour « l'accès aux spécialités ». Il s'agit d'une voie d'accès prioritaire aux services des spécialistes participants, dont le financement est pris en charge par le régime public.

Le privé a besoin du public pour se développer et possiblement pour survivre. Les difficultés d'accès au système public influencent le recours au privé. Plus il y a d'attente au public, plus il y aura de clients au privé (et pas toujours des gens fortunés). Plus il y aura de clients, plus il y aura de non-participants. Plus il y aura de non-participants, plus il y aura d'attente dans le public. . .

[9] Voir notamment le journal des débats de la CAS du 26 mai 2009.

[10] Depuis l'adoption de la loi 34, les données sur le statut des médecins se font plus rares sur les sites Web des principales cliniques commerciales, et le site du MSSS qui publie la liste des CMS ayant un permis n'indique rien à ce sujet. `http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/index.php?accueil`.

D'où l'importance du financement adéquat du réseau public et de la suspension du droit à la non-participation dont nous avons parlé précédemment.

Cette question de la mixité est actuellement un enjeu majeur. Le président sortant de l'Association médicale canadienne (AMC/CMA), un radiologiste québécois, mène une campagne à travers le Canada en faveur de la mixité, comparant le système canadien à celui de cinq pays après une courte tournée dans ceux-ci. Voir la critique des conclusions de cette « mission de reconnaissance » à l'annexe III. Les fédérations syndicales FMSQ, FMOQ et FMRQ revendiquent aussi le droit à la mixité de pratique.

De son côté, le rapport Castonguay[11] « En avoir pour notre argent » place le « décloisonnement circonscrit de la pratique médicale » au deuxième rang des « initiatives pertinentes et prometteuses pour améliorer l'accès aux soins ». Or, on connaît l'influence que Castonguay exerce auprès du gouvernement Charest sur les politiques de santé.

La loi 33 a prévu que les centres médicaux spécialisés doivent regrouper soit des médecins participants, soit des non-participants, mais non les deux dans un même CMS. Une clause grand-père a été introduite pour que *seuls* les médecins participants dans des cliniques de non-participants, à une date donnée et à certaines conditions assez restrictives, puissent continuer de le faire. Or, le gouvernement tarde à promulguer cette disposition de la loi.

> **Nous nous proposons d'intervenir auprès du gouvernement pour que soit appliquée la loi 34 qui interdit la présence de médecins participants et non-participants au sein d'une même clinique.**

Loi 34[12]

Certains seront surpris de voir MQRP demander l'application de la loi 34. Il peut être utile de revenir en arrière pour expliquer notre point de vue. Nous étions et nous sommes toujours contre la création d'un nouveau régime juridique qui légitime l'entrée du privé à but lucratif dans le système de santé. Toutefois, nous avons voulu restreindre les effets négatifs de cette politique. C'est pourquoi, une fois la loi 33 adoptée, nous sommes intervenus sur le Règlement sur les traitements médicaux[13], sur la question des permis et sur le projet de loi 34[14] qui, à notre avis, comportait des améliorations par rapport à la loi précédente et surtout en regard de la clause grand-père que le ministre Couillard avait concocté avant son départ vers le privé.

[11] Dissidence de Michel Venne.

[12] Loi modifiant certaines dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale.

[13] `http://www.mqrp.qc.ca/position8.php`.

[14] `http://www.mqrp.qc.ca/MQRPLoi34.pdf`.

Nos interventions n'ont pas été inutiles. MQRP, en lien avec d'autres intervenants devant la commission parlementaire, a obtenu des concessions importantes. Entre autres, nous avons revendiqué et obtenu une modification à la loi qui prévoit qu'un CMS pourra perdre son permis si la surfacturation ou les frais accessoires y sont pratiqués (notamment en contravention aux articles 22 al. 4 et 22 al. 9 de la LAM, cités plus haut). Nous avons demandé à ce que la règle des 5 lits maximum soit appliquée non seulement au CMS lui-même, mais pour un territoire donné ; la loi a été changée pour préciser qu'il y aurait au plus 5 lits dans un même « immeuble ». Nous avons demandé à ce que les patients soient, dès leur arrivée dans un CMS de médecins non participants, mis au courant de *tous* les frais qu'il auront à payer et la loi prévoit maintenant cette obligation. Enfin, quelques dispositions ont été rajoutées à notre demande concernant les obligations des CMS de fournir des renseignements ayant trait à leur structure corporative ainsi que les obligations de la RAMQ d'informer les patients quand le CMS où pratique leur médecin perd son permis.

Ces acquis nous fournissent certains moyens pour suivre de plus près la situation à l'avenir. Maintenant, nous devons mettre de la pression pour que ces changements ne restent pas lettre morte. C'est d'autant plus important que nous sommes informés qu'une opposition s'organise pour négocier la loi, pourtant déjà promulguée.

4 Non aux PPP pour nos hôpitaux universitaires !

Les projets de *modernisation* du CHUM, de son centre de recherche et du CUSM sont devenus depuis quelques années une occasion de confier plus de responsabilités au privé. En juin 2007, le gouvernement a annoncé que le CHUM et le CUSM seraient construits en mode PPP (partenariat public-privé). La construction des CHUs en PPP signifie qu'un consortium de sociétés privées à but lucratif obtiendra un contrat pour financer, concevoir, construire et éventuellement posséder et exploiter le centre hospitalier. Ce contrat engagera le gouvernement à louer l'hôpital et les services du consortium pour une période pouvant aller jusqu'à 35 ans.

MQRP s'est opposé avec force à cette orientation, considérant qu'il est impératif de revenir à un mode conventionnel et public pour la construction et la gestion des hôpitaux. À compter de mars 2009, nous avons développé un argumentaire à l'encontre des PPP nous appuyant notamment sur les expériences étrangères n'ayant pas donné les résultats escomptés et ayant au contraire siphonné des fonds publics au profit d'entreprises privées incapables de livrer la marchandise.

Plusieurs raisons justifient le rejet des PPP pour les CHUs : la rigidité des contrats, inconciliables avec le besoin de flexibilité des hôpitaux, les coûts plus élevés des PPP dans le contexte où les taux d'intérêt des emprunts sont plus élevés pour le secteur privé que pour les gouvernements, le transfert de risques vers le public qui devra fournir une garantie financière au privé et assumer les risques des sociétés qui pourraient être en difficulté ou en faillite, ainsi que le manque de transparence des contrats où les sociétés privées n'ont de comptes à rendre qu'à leurs actionnaires.

Une vaste coalition, initiée par MQRP, constituée de nombreux groupes professionnels, syndicaux et sociaux parmi les plus impliqués en santé et dans la construction de bâtiment, a rejeté le choix du mode PPP pour les projets d'hôpitaux universitaires et réclamé du même souffle la relance de ces projets en mode conventionnel. Ces actions ont eu un large écho dans les médias. MQRP a aussi interpellé les membres du conseil d'administration du CHUM pour qu'ils adoptent une position quant au mode de construction du futur CHUM.

Le premier ministre Charest ayant ouvert la porte à un plan B et la démission de la ministre fortement acquise aux PPP, nous avons cru avoir obtenu le virage souhaité, mais les tergiversations ont repris de plus belle, de sorte qu'il faut impérativement reprendre la lutte. Nous avons l'intention de relancer la coalition pour continuer à faire pression sur le gouvernement pour qu'il débute immédiatement la construction du CHUM en mode conventionnel public et rejette le mode PPP.

Nous revendiquons l'arrêt du processus de construction des centres hospitaliers en partenariat public-privé et la relance rapide de ces projets en mode conventionnel.

Nous nous proposons de relancer la coalition CHU sans PPP.

5 Pour un régime public universel d'assurance médicaments

Tout en étant conscients de l'importance du coût des médicaments, nous n'avons pas été en mesure de consacrer du temps à ce sujet jusqu'à présent. D'autres groupes y travaillent.

L'Union des consommateurs, l'Association québécoise pour la défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) et la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) ont relancé le débat après l'annonce d'une nouvelle augmentation des cotisations à l'assurance médicaments le 1er juillet. Ces associations dénoncent le fait que le régime hybride actuel, public-privé, contribue à la croissance incontrôlée des coûts de la santé sans pour autant assurer à la population québécoise un accès raisonnable et équitable aux médicaments. Elles revendiquent un régime public universel d'assurances médicaments. Par ailleurs, le Comité de Lutte Anti-Marketing Pharmaceutique (CLAMP) s'attaque aux méthodes de marketing des produits pharmaceutiques auprès des médecins et des étudiants en médecine, autre facteur d'augmentation des coûts et de surconsommation.

Nous endossons l'objectif d'une assurance médicaments publique et universelle sans nous prononcer pour le moment sur les modalités du régime proposé par cette coalition.

La tarification des services de santé

Un débat plus large s'amorce sur la tarification des services publics suite au dépôt, par le gouvernement, du document « Assurer la qualité et le financement des services publics », en même temps que le budget provincial. Ce document, comme le rapport Castonguay « En avoir pour notre argent », remet sérieusement en cause la gratuité des services médicaux. Le régime actuel d'assurance médicaments est l'exemple de cette approche. Voir à l'annexe IV le tableau pertinent du rapport Castonguay.

6 40e anniversaire de la Loi sur l'assurance maladie

Le 15 juin 1970, le gouvernement Bourassa nouvellement élu déposait le projet de loi sur l'assurance maladie qui sera adopté durant l'été et légèrement amendé l'automne suivant suite à la négociation avec les représentants des médecins. MQRP souhaite célébrer cet événement en juin 2010. Ce sera l'occasion de revenir sur les caractéristiques du régime et les deux principaux objets de débats lors de sa création, soit la surfacturation et la mixité de pratique, qui refont surface actuellement.

Nous souhaitons dès le départ associer au projet les quatre organisations (CSN, FTQ, CEQ, UPA) qui ont alors mené la lutte contre certains aspects du projet soumis par le ministre du temps.

Nous nous proposons, dans un premier temps, de vérifier leur implication possible et la disponibilité de certains acteurs de ce temps-là, de trouver une date, un lieu, le financement, des artistes. . .

7 Nos liens avec Canadian Doctors for Medicare (CDM)

MQRP a conclu une entente de partenariat avec Canadian Doctors for Medicare de qui nous avons reçu une aide financière de démarrage qu'il est possible de renouveler, pour au moins une année.

Les échanges réguliers avec des représentants des autres provinces sont très précieux pour notre organisation. MQRP a deux délégués aux réunions bi-annuelles de CDM, qui mènent la lutte contre la privatisation dans les autres provinces, surtout en Colombie-Britannique.

Comme en 2008 lors de la « Déclaration de Montréal », CDM est intervenu à l'assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne à Saskatoon avec un solide dossier pour réagir aux propos du docteur Robert Ouellet revenant de sa mission de reconnaissance dans cinq pays européens, et mettant de l'avant la mixité publique/privée de la pratique médicale et le financement des établissements selon une méthode de financement par activité (*Activity Based Funding*) ou par résultats. Dans le document reproduit en français et en anglais à l'annexé III, « A Closer Look at the Context of Depending Primarily on the European Health Care Model » (en français « Un autre regard sur la comparaison avec les systèmes de santé européens : Ce que ne dit pas la "mission de reconnaissance" du D^{r} Ouellet »), CDM fait une critique sévère de ladite enquête et des conclusions propagées par le docteur Robert Ouellet, président sortant de l'Association médicale canadienne (AMC/CMA).

CDM a aussi lancé une campagne intitulée « My Better Medicare ». Il ne s'agit pas seulement de défendre le système public de santé, mais de le faire évoluer grâce à l'apport de changements positifs au sein du régime financé par les fonds publics et non en parallèle. CDM tente de recenser et de faire connaître les innovations actuelles et futures aux systèmes de santé locaux ou provinciaux, innovations qui améliorent les soins ou favorisent leur prestation efficiente. Il est question de solutions pratiques, éprouvées et adaptées au contexte canadien, qui auront pour effet d'améliorer notre système et non de le démanteler.

En guise de conclusion

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

A. Bevan, créateur du NHS en Grande-Bretagne, 1948

Le régime d'assurance santé a très bien servi les intérêts des Canadiens. La viabilité de notre système ne dépend que de nous.

R. Romanow, *Guidé par nos valeurs*, Canada, 2002

À la croisée des chemins, la pérennité du système dépendra avant tout de notre aptitude à éviter les pièges et à choisir les solutions les plus avantageuses pour l'ensemble de la population.

Médecins pour l'accès à la santé, 2006

Annexe I

Principales activités d'octobre 2008 à octobre 2009		
Date	**Interventions**	**Sujet**
Novembre 2008	Syndicats et membres du caucus du PQ de la région de la Montérégie Saïdeh Khadir	Solutions publiques
Novembre 2008	Regroupement des associations étudiantes en sciences de la santé de l'Université de Montréal (RAÉSSUM) Simon Turcotte	Si la privatisation des soins n'est pas une solution, quels changements devons-nous apporter ?
Novembre 2008	Entrevue avec Les amis du Monde diplomatique, Journal Le Monde diplomatique, diffusion hors Québec Simon Turcotte	Santé : alerte aux privatisations
Novembre 2008	Communiqué de presse, lettre ouverte aux partis politiques, dans Le Soleil et Le Devoir, dans le cadre des élections provinciales du 8 décembre 2008	Marquer des points en santé : sept questions publiques aux chefs des partis politiques
Novembre 2008	Comité de coordination de la Coalition solidarité santé Lucie Dagenais	Loi 33 et question des médecins non participants
Décembre 2008	Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) affiliée à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) Saïdeh Khadir	Solutions publiques
Décembre 2008	Entrevues avec l'Actualité médicale	Suite à l'assemblée générale de MQRP
Janvier 2009	Colloque médical étudiant du Québec (CMEQ) Simon Turcotte	Journée d'information sur les grands enjeux en santé et l'avenir de la pratique médicale au Québec
Janvier 2009	Article envoyé à Canadian Journal of General Internal Medicine Adam Hofmann	
Janvier 2009	McGill Tribune	Alumni express concerns about McGill's new appointment (concerne Couillard)

suite

Principales activités d'octobre 2008 à octobre 2009		
Date	**Interventions**	**Sujet**
	Adam Hofmann et Cory Verbauwhede	
Janvier 2009	McGill Daily Adam Hofmann et Cory Verbauwhede	Concerns with pro-private Couillard's place at McGill
Janvier 2009	McGill Reporter Adam Hofmann	Enjeux reliés à la privatisation, pertes pour le public, gains pour les assureurs et cliniques privées, ouverture du « marché de la santé » aux multinationales (l'ALENA)
Janvier 2009	Formation des membres du CA avec Marie-Claude Prémont de l'ÉNAP	Cadre légal, loi 33, CMS. . .
Janvier 2009	Lettre aux médias La Presse, Le Devoir, Le Journal de Montréal, La Tribune et Le Soleil Alain Vadeboncœur et CA de MQRP	Deux ministres, deux médecins. . . deux directions ?
Janvier 2009	Entrevue radiophonique, émission de Thierry Pauchant Alain Vadeboncœur	Sujet : Éthiques au travail
Janvier 2009	Communication Concordian, journal, Université Concordia, programme de journalisme Saïdeh Khadir	La sous-traitance
Janvier 2009	Délégation assemblée bi-annuelle de CDM, Toronto Saïdeh Khadir, Simon Turcotte et Adam Hofmann	
Janvier-février 2009	MQRP est longuement cité dans La Gazette des femmes	Dossier intitulé « L'infirmière inconnue, du dévouement à l'épuisement, À la recherche du sens perdu »

suite

Principales activités d'octobre 2008 à octobre 2009		
Date	**Interventions**	**Sujet**
Février 2009	Entrevue avec Stéphanie Yates de l'Université Laval Lucie Dagenais	Thèse de doctorat dans le cadre d'un projet de recherche de Raymond Hudon, « Coalitions et groupes d'intérêt au Canada. Dynamiques, enjeux et reconfigurations de l'action politique »
Février 2009	McGill Reporter Adam Hofmann	« Standing Up for Our Public Healthcare System »
Février 2009	Opinion de Louise Authier citée dans Le Devoir et reprise à l'émission Tam Tam, Radio-Canada	La pénurie de médecins de famille ne se résorbera pas.
Février 2009	Présentation conférence, Association des étudiants en santé publique de l'Université de Montréal (AESPUM) et International Federation of Medical Students Associations de l'Université de Montréal (IFMSA) Saïdeh Khadir	L'avenir du système de santé public québécois, perspectives économiques et médicales
Février 2009	Présentation aux résidents en médecine familiale, CLSC Côte des Neiges Adam Hofmann	For Profit Healthcare : Myths and Controversies
Février 2009	Présentation au Département de médecine interne de l'Hôpital général juif Adam Hofmann	For Profit Healthcare : Myths and Controversies
Février 2009	Présentation aux étudiants en médecine de 1ère année de l'Université McGill Adam Hofmann	For Profit Healthcare : Myths and Controversies
Février 2009	Lettre envoyée à Alain Dubuc, La Presse Alain Vadeboncœur	En réponse à son article du 14 février 2009 sur la mixité
Février 2009	Entrevue avec Christian Leduc, pour l'Actualité médicale Saïdeh Khadir	Dossier sur la médecine désaffiliée au Québec

suite

Principales activités d'octobre 2008 à octobre 2009		
Date	**Interventions**	**Sujet**
Mars 2009	Entrevue à Radio Ville-Marie Alain Vadeboncœur	La pratique de la médecine, l'éthique au travail et le système de soins publics
Mars 2009	Lettre ouverte aux journaux La Presse, Le Devoir, membres de l'Actualité médicale Marie-Claude Goulet et MQRP	Dénonciation du projet de construction du CHUM en mode PPP
Mars-avril 2009	Entrevues TVA, CBC Radio, Radio-Canada, RDI Alain Vadeboncœur	Cas Richardson : comparaison entre le système de santé d'urgence canadien et celui des USA
Mars 2009	Entrevue à Radio-Canada Alain Vadeboncœur	Entente Hôpital Sacré-Cœur et Rockland
Mars 2009	Coalition initiée par MQRP, avec Pierre J. Hamel, chercheur à l'INRS et les représentants de la CSN, de la FIQ, de l'APTSQ, de la CSQ, de la FTQ du SFPQ et de la Coalition Solidarité Santé Conférence de presse, entrevues, Radio-Canada, télévision et radio, CBC, English Radio, La Presse, Le Devoir, Métro Journal Marie-Claude Goulet et Alain Vadeboncœur	Contre la construction du CHUM en PPP et pour la relance de la construction en mode conventionnel
Avril 2009	Participation à une rencontre de la Coalition canadienne pour la santé, Moncton, Nouveau-Brunswick Saïdeh Khadir	Lancement de la campagne pour la préservation du régime public de soins de santé. « Ce que les choses doivent être plutôt que ce qu'on nous propose »
Printemps 2009	Coalition CHU sans PPP	Contre la construction des CHUs en PPP

suite

Principales activités d'octobre 2008 à octobre 2009		
Date	**Interventions**	**Sujet**
	Une vingtaine d'entrevues à des émissions radiophoniques, une dizaine d'entrevues pour la télévision (reprises plusieurs fois par les réseaux), plus de 30 entrevues ou publications dans les journaux, participation à des manifestations La Presse, Cyberpresse, Le Devoir, Le Soleil, Radio-Canada, RDI, site Web de Radio-Canada, CBC, TVA, LCN, CNW Group, CIBL Radio-Montréal, Métro Journal, radio 98,5, Radio Centre-Ville, CKIA Québec, l'Exemplaire de l'université Laval, Guide de Référence Santé, Radio Pacific Allusion Ottawa Marie-Claude Goulet et Alain Vadeboncœur	
Avril 2009	Rencontre avec le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) Saïdeh Khadir, Adam Hofmann et Alain Vadeboncœur	Échanges divers, PPP, imagerie médicale. . .
Mai 2009	Colloque MQRP Communiquées de presse, entrevues, références extérieures à la présentation du Dr Davis Radio et télévision de Radio-Canada, journal 24 Heures, FTQ	Soins de santé : service public ou marché ? Pour qui travailleront les médecins ?
Mai 2009	Entrevue de Saïdeh Khadir à RDI	La campagne anti-Medicare aux États-Unis.
Mai 2009	Rencontre avec Dr Gilles Aubé, Mouvement citoyen « Outaouais à l'Urgence phase 2 » Saïdeh Khadir	Promotion d'un système public de santé de qualité et accessible à tous et toutes
Mai 2009	Présentation d'un mémoire sur la loi 34, devant la Commission des affaires sociales, à l'Assemblée nationale Saïdeh Khadir, Cory Verbauwhede et Marie-Claude Goulet	Vers une pratique extra hospitalière mieux encadrée

suite

Principales activités d'octobre 2008 à octobre 2009		
Date	**Interventions**	**Sujet**
Juin 2009	Lien avec la coalition en opposition aux travaux de rénovation au pavillon Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ en mode PPP Marie-Claude Goulet et Alain Vadeboncœur	
Juin 2009	Élargissement de la coalition CHU sans PPP : Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux, Association des architectes en pratique privée du Québec, Centrale des syndicats du Québec, Coalition solidarité santé, Confédération des syndicats nationaux (CSN), Conseil central du Montréal métropolitain de la CSN, Conseil régional FTQ Montréal métropolitain, Corporation des entrepreneurs généraux du Québec, Fédération de la santé et des services sociaux-CSN, Fédération des médecins résidents du Québec, Fédération des travailleurs du Québec (FTQ), Fédération interprofessionnelle du Québec, MQRP, Ordre des architectes du Québec, Secrétariat intersyndical des services publics, Syndicat de la fonction publique du Québec (SFPQ), Syndicat des professionnelles du Québec (SPGQ) Marie-Claude Goulet et Alain Vadeboncœur	
Juin 2009	Lettre ouverte de la coalition CHU sans PPP, publiée dans Le Devoir avec ajout de trois nouvelles signatures, G. Barette de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), L. Godin de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et l'Association des pharmaciens des hôpitaux Marie-Claude Goulet et Alain Vadeboncœur	Demande d'arrêt de la construction du CHUM en PPP
Juin 2009	Conférence de presse, CIBL Radio-Montréal, radio 98,5, TVA LCN, radio et télévision de Radio-Canada, journal l'Itinéraire, journal Le Devoir Entrevue à CIBL Radio-Montréal Marie-Claude Goulet et Alain Vadeboncœur	« CHU sans PPP »

suite

Principales activités d'octobre 2008 à octobre 2009		
Date	**Interventions**	**Sujet**
Juin 2009	Assemblée bi-annuelle de CDM à Saskatoon Saïdeh Khadir	Lancement de la campagne My Better Medicare et réaction à la propagande du Dr Ouellet de l'AMC
Juillet 2009	Entrevue à une émission hispanophone, en collaboration avec Radio-Canada international Saïdeh Khadir	Lutte pour un régime public de santé de qualité au Canada.
Septembre 2009	Présentation à l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTSQ) Alain Vadeboncœur	Journée de formation sur la privatisation du réseau de la santé
Septembre 2009	Participation à une manifestation et à une conférence de presse organisées par les syndicats CSN du CHUM et du CUSM Marie-Claude Goulet	Demande d'arrêt de la construction du CHUM et du CUSM en PPP et relance de la construction en mode conventionnel
Septembre 2009	Entrevue à la radio de Radio-Canada Alain Vadeboncœur	Débat sur le système de santé USA/Canada Privé/Public
Septembre 2009	Lettre ouverte dans Le Devoir Dr Pierre Biron et Dr Fernand Turcotte	La faillite éthique de l'establishment médical
Septembre 2009	Entrevue à The Montreal Gazette Adam Hofmann	Les relations entre les médecins et les compagnies pharmaceutiques

Liste préparée par Raymonde Danis

Annexe II

Régie de l'assurance maladie
Québec

Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 15000, Québec Qc G1K 9H9

Liste des professionnels de la santé non-participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec
(N.B.: dernière adresse de pratique principale connue par la RAMQ)
Données en date du 22 octobre 2009

Médecins spécialistes désengagés

Nom, Prénom	Rens. comp.	Adresse	Municipalité	Pv.	C.P.	Spécialité	Région-S.S. du-Québec	Date-début
PELLETIER, PAUL-ANDRE	MEDICUS	5135 10E AVENUE	MONTREAL	QC	H1Y 2G5	Rhumatologie	06-Montréal	2004-09-22
CATZAVELOS, GREGORY CHARLES	CENTRE MEDICAL VILLE MARIE	1001A-1538 RUE SHERBROOKE O	MONTREAL	QC	H3G 1L5	Anatomo-pathologie	06-Montréal	2009-09-27
HAMMAMI, HACHMI		58 RUE DU MARCHE	SALABERRY-DE-VALLEYFIELD	QC	J6T 1P4	Ophtalmologie	16-Montérégie	2008-10-16

Médecins omnipraticiens désengagés

Nom, Prénom	Rens. comp.	Adresse	Municipalité	Pv.	C.P.	Spécialité	Région-S.S. du-Québec	Date-début
CYR, CAROLE		101-3000 RUE ALEXANDRA	QUEBEC	QC	G1E 1C8		03-Capitale-Nationale	2008-11-29
LEMENTOWSKA, TAMARA		200-17001 TRANSCANADA	KIRKLAND	QC	H9H 5G1		06-Montréal	2008-03-09
RHEAUME, NADIA		876 BOUL DU CURE-LABELLE	BLAINVILLE	QC	J7C 2K9		15-Laurentides	2009-06-11
MERCIER, ROGER		23 RUE FELIX-LECLERC RR 1	SAINTE-JULIE	QC	J0L 2S0		16-Montérégie	1988-11-23

Spécialistes et omnipraticiens désengagés en date du 22 octobre 2009

Médecins spécialistes non-participants

Nom, prénom	Rens. comp.	Adresse	Municipalité	Pv.	C.P.	Spécialité	Région-du-Québec	Date-début
LAPLANTE, BRUNO	EXPERTISE PSYCHO-MEDICALE DE QUEBEC	19-1191 AV CARTIER	QUEBEC	QC	G1R 2S9	Psychiatrie	03-Capitale-Nationale	2006-07-13
MEYER, DOMINIQUE	INSTITUT PRIVE DE CHIRURGIE	180-801 GRANDE-ALLEE O	QUEBEC	QC	G1S 1C1	Ophtalmologie	03-Capitale-Nationale	1999-08-11
PARANT, FRANCOIS		205-1655 CH SAINT-LOUIS	QUEBEC	QC	G1S 1G4	Physiatrie	03-Capitale-Nationale	1989-08-21
LACASSE, BERNARD		1000 CH SAINTE-FOY BUREAU 308	QUEBEC	QC	G1S 2L6	Chirurgie orthopédique	03-Capitale-Nationale	2006-11-11
ROY, FRANCIS		579 RUE LAVIOLETTE	TROIS-RIVIERES	QC	G9A 1V6	Ophtalmologie	04-Mauricie et centre-du-Québ	1998-01-09
LORANGER, LOUISE	CLINIQUE DE DERMATOLOGIE DE L'ESTRIE	133-1055 12E AVENUE N	SHERBROOKE	QC	J1E 2X4	Dermatologie	05-Estrie	2009-08-05
DOYON, GUY	CENTRE LASER VISION SHERBROOKE	100-2727 RUE KING O	SHERBROOKE	QC	J1L 1C2	Ophtalmologie	05-Estrie	1997-12-28
MATHIEU-SERRA, ANDREE		340 RUE PIERRE-MERCURE	MONTREAL	QC	H1A 5A8	Dermatologie	06-Montréal	2004-09-05
BEAUCHAMP, MARC	CLIN ACTION SPORT	4553 AV PIERRE-DE COUBERTIN CP 460 SI	MONTREAL	QC	H1V 3M5	Chirurgie orthopédique	06-Montréal	2005-07-11
L'ESPERANCE, GEORGES	CLIN MED 3000	3000 RUE BELANGER	MONTREAL	QC	H1Y 1A9	Neuro-chirurgie	06-Montréal	2002-09-06
PERREAULT, ANDRE		200-2320 RUE FLEURY E	MONTREAL	QC	H2B 1K9	Chirurgie orthopédique	06-Montréal	2002-12-21
MENARD, YVON-A.		1003 BOUL SAINT-JOSEPH E	MONTREAL	QC	H2J 1L2	Chirurgie plastique	06-Montréal	2002-04-22
BRASSARD, PIERRE J.		1003 BOUL SAINT-JOSEPH E	MONTREAL	QC	H2J 1L2	Chirurgie plastique	06-Montréal	2002-04-15
FILIATRAULT, MARC		2049 RUE SHERBROOKE E	MONTREAL	QC	H2K 1C1	Physiatrie	06-Montréal	2009-10-17
FRENETTE, GILLES		101-1658 RUE SHERBROOKE E	MONTREAL	QC	H2L 1M5	Chirurgie plastique	06-Montréal	2005-08-08
OUELLETTE, ROBERT		2069 RUE SAINT-HUBERT	MONTREAL	QC	H2L 3Z6	Psychiatrie	06-Montréal	2008-05-24
ROYER, ISABELLE	CLINIQUE GLOBALE	7494 RUE SAINT-DENIS	MONTREAL	QC	H2R 2E4	Psychiatrie	06-Montréal	2008-10-10
SENAY, PIERRETTE		1297 AV SAINT-VIATEUR	OUTREMONT	QC	H2V 1Z2	Psychiatrie	06-Montréal	1984-09-01
LEDUC, MAURICE		575 AV ROCKLAND	OUTREMONT	QC	H2V 2Z4	Psychiatrie	06-Montréal	1984-12-12
TACHE, C. ROBERT		156 AV SPRINGGROVE	OUTREMONT	QC	H2V 3J2	Chirurgie plastique	06-Montréal	1987-06-27
MERCIER, JEAN-FRANCOIS		204-235 BOUL RENE-LEVESQUE E	MONTREAL	QC	H2X 1N8	Chirurgie plastique	06-Montréal	2007-07-13
BEDARD, PIERRE		407-279 RUE SHERBROOKE O	MONTREAL	QC	H2X 1Y2	Chirurgie générale	06-Montréal	1990-02-28
FANOUS, SAMEH	CLIN DE L'OEIL DE MONTREAL - PLACE DU PARC	901-300 LEO PARISEAU	MONTREAL	QC	H2Y 4B3	Ophtalmologie	06-Montréal	1998-03-28
CHRISTOU, NICOLAS V.	HOPITAL ROYAL VICTORIA SURGERY	S6.24-687 AV DES PINS O	MONTREAL	QC	H3A 1A1	Chirurgie générale	06-Montréal	2009-03-04
LAFONTAINE, SYLVAIN	MEDISYS	500 RUE SHERBROOKE O 11E ETAGE	MONTREAL	QC	H3A 3C6	Psychiatrie	06-Montréal	2004-09-12
DEMIRJIAN, ARI		922-1414 RUE DRUMMOND	MONTREAL	QC	H3G 1W1	Dermatologie	06-Montréal	2006-01-12
CREPEAU, RENE		1-1620 AV SEAFORTH	MONTREAL	QC	H3H 1B7	Chirurgie plastique	06-Montréal	2007-11-01
LAUZON, GILLES		1836 RUE SHERBROOKE O	MONTREAL	QC	H3H 1E4	Chirurgie plastique	06-Montréal	2000-06-24
MACLEAN, ALAN J.		640-3550 CH DE LA COTE-DES-NEIGES	MONTREAL	QC	H3H 1V4	Médecine interne	06-Montréal	1999-05-08
GURALNICK, MELVIN S.		405-2333 RUE SHERBROOKE O	MONTREAL	QC	H3H 2T6	Obstétrique-gynécologie	06-Montréal	2009-02-27
RICHER, PIERRE		999 RUE DE SALABERRY	MONTREAL	QC	H3L 1L2	Anesthésiologie	06-Montréal	2008-04-14
ST-PIERRE, JACQUES		999 RUE DE SALABERRY	MONTREAL	QC	H3L 1L2	Anesthésiologie	06-Montréal	2008-05-02
BAZINET, MICHEL		343 AV BROOKFIELD	MONT-ROYAL	QC	H3P 2A7	Urologie	06-Montréal	1996-03-14
KOUFOGIANIS, VAYIA		110-100 CH ROCKLAND	MONT-ROYAL	QC	H3P 2V9	Obstétrique-gynécologie	06-Montréal	2009-02-05
BELIVEAU, LIONEL		205-1110 AV BEAUMONT	MONT-ROYAL	QC	H3P 3E5	Psychiatrie	06-Montréal	1999-03-07
BALAZSI, A. GORDON		201-1100 AV BEAUMONT	MONT-ROYAL	QC	H3P 3H5	Ophtalmologie	06-Montréal	1997-06-27
VEILLEUX, BERTRAND		301-1100 AV BEAUMONT	MONTREAL	QC	H3P 3H5	Dermatologie	06-Montréal	2009-09-02
FISH, ROWAN		320-5845 CH DE LA COTE-DES-NEIGES	MONTREAL	QC	H3S 1Z4	Dermatologie	06-Montréal	2007-09-01
RODRIGUEZ, JOSE		400-5450 CH COTE-DES-NEIGES	MONTREAL	QC	H3T 1Y6	Chirurgie générale	06-Montréal	1999-05-31
NADLER, NORMAN J.		540-4141 RUE SHERBROOKE O	WESTMOUNT	QC	H3Z 1B8	Médecine interne	06-Montréal	1970-12-01
NAIMAN, JAMES		4330 RUE SHERBROOKE O	WESTMOUNT	QC	H3Z 1E1	Psychiatrie	06-Montréal	1972-03-01
WISE, JACK S.		4330 RUE SHERBROOKE O	WESTMOUNT	QC	H3Z 1E1	Ophtalmologie	06-Montréal	2005-12-03
CONNOLLY, W.E.S.		107-5165 RUE SHERBROOKE E	MONTREAL	QC	H4A 1T6	Ophtalmologie	06-Montréal	2004-02-20
DE GROOT, JEAN-ANDRE		4225 AV NORTHCLIFFE	MONTREAL	QC	H4A 3L2	Ophtalmologie	06-Montréal	2000-05-26
GUERIN, MARC		22-41 RUE DE L'EGLISE	VERDUN	QC	H4G 2L8	Psychiatrie	06-Montréal	1980-08-30
DUMAIS, J. R. GASTON		112-12245 RUE GRENET	MONTREAL	QC	H4J 2J6	Dermatologie	06-Montréal	1971-03-27
CAMIRAND, ANDRE		112-12245 RUE GRENET	MONTREAL	QC	H4J 2J6	Chirurgie plastique	06-Montréal	1989-04-21
GILBERT, FRANCOIS	CLINIQUE ACCESS MED INC.	200-17001 AUT FELIX-LECLERC	KIRKLAND	QC	H9H 5J1	Endocrinologie	06-Montréal	2005-02-27
HEBERT, DENIS L.		143-175 AV STILLVIEW	POINTE-CLAIRE	QC	H9R 4S3	Dermatologie	06-Montréal	2002-09-04
POP, MIHAI		420-200 RUE MONTCALM	GATINEAU	QC	J8Y 3B5	Ophtalmologie	07-Outaouais	1994-11-04
CHARBONNEAU, JACQUES		302-200 RUE MONTCALM	GATINEAU	QC	J8Y 3B5	Dermatologie	07-Outaouais	2004-10-31
LAROSE, DENIS		235-214 BOUL CITE-DES-JEUNES CP 14	GATINEAU	QC	J8Y 6S9	Cardiologie	07-Outaouais	2006-07-13
LEVEILLE, CLAUDE	CLINIQUE MEDICALE LEVIS	300-4975 BOUL DE LA RIVE-SUD S	LEVIS	QC	G6V 4Z5	Chirurgie plastique	12-Chaudière-Appalaches	1999-02-10
TADROS, CHERIF	POLYCLINIQUE CONCORDE	225-300 BOUL DE LA CONCORDE E	LAVAL	QC	H7G 2E6	Chirurgie orthopédique	13-Laval	2006-12-17
GAGNON, SUZANNE		1688 BOUL DES LAURENTIDES	LAVAL	QC	H7M 2P4	Dermatologie	13-Laval	2007-07-20
GAGNON, MADELEINE		101-1688 BOUL DES LAURENTIDES	LAVAL	QC	H7M 2P4	Dermatologie	13-Laval	2007-07-20

Spécialistes non participants en date du 22 octobre 2009

DUVAL, NICOLAS	LE PAVILLON DES CHARMILLES	1487 BOUL DES LAURENTIDES	LAVAL	QC	H7M 2Y3	Chirurgie orthopédique	13-Laval		2002-01-14
TOUEG, JACQUES	CITE DE LA SANTE DE LAVAL	1755 BOUL RENE-LAENNEC	LAVAL	QC	H7M 3L9	Chirurgie orthopédique	13-Laval		2006-12-31
CHARLES, YOLANDE		220-1575 BOUL DE L'AVENIR	LAVAL	QC	H7S 2N5	Obstétrique-gynécologie	13-Laval		2008-11-03
LEGENDRE, PIERRE		200-784 RUE NOTRE-DAME	REPENTIGNY	QC	J5Y 1B6	Chirurgie orthopédique	14-Lanaudière		2008-08-08
DANSEREAU, ALAIN		2 RUE NOTRE-DAME	REPENTIGNY	QC	J6A 2N7	Dermatologie	14-Lanaudière		2008-04-11
CANGE, SYLVIE		324 BOUL NOTRE-DAME-DES-CHAMPS	REPENTIGNY	QC	J6A 3B6	Chirurgie plastique	14-Lanaudière		2007-07-12
CHARLAND, LOUIS-GEORGES		50 CH LAC-DES-SABLES CP 310	SAINTE-AGATHE-DES-MONTS	QC	J8C 3C6	Chirurgie plastique	15-Laurentides		2006-10-05
HILLEL, JEAN-M.		181 RUE PRINCIPALE	BROWNSBURG-CHATHAM	QC	J8G 2Z7	Psychiatrie	15-Laurentides		2008-03-22
PRONOVOST, LYNE	CLINIQUE MEDICALE DE L' ATELIER	77 BOUL SEIGNEURIAL O	SAINT-BRUNO	QC	J3V 2G9	Psychiatrie	16-Montérégie		2007-05-11
GAUTHIER, LOUISE	CLINIQUE MEDICALE DE L'ATELIER	77 BOUL SEIGNEURIAL O	SAINT-BRUNO-DE-MONTARVILLI	QC	J3V 2G9	Dermatologie	16-Montérégie		2007-06-24
DAIGLE, JEAN-PIERRE	CENTRE MED ESTHETIQUE BOUCHERVILLE	160 BOUL DE MONTARVILLE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 6S2	Chirurgie générale	16-Montérégie		2008-05-11
COTE, SERGE		105-1205 RUE AMPERE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 7M6	Chirurgie plastique	16-Montérégie		2007-10-19
BENARD, BERNARD		2700 CH DE CHAMBLY	LONGUEUIL	QC	J4L 4G9	Chirurgie plastique	16-Montérégie		2007-04-15
BOURQUE, J.-JACQUES		401-3 BOUL SIMARD	SAINT-LAMBERT	QC	J4S 1Y8	Endocrinologie	16-Montérégie		2008-05-29
		200-2924 BOUL TASCHEREAU	GREENFIELD PARK	QC	J4V 2G8	Psychiatrie	16-Montérégie		2006-10-21

Médecins omnipraticiens non-participants

Nom, prénom	Rens. comp.	Adresse	Municipalité	Pv	C.P.	Spécialité	Région-du-Québec	Date-début
LEFEBVRE, MARTINE	25E CENTRE SERV. SANTE FORCES CANADIENN	CP 5000 SUCC BUREAU-CHEF	ALOUETTE	QC	G0V 1A0		02-Saguenay-Lac Saint-Jean	2009-06-21
MICHAUD, REAL		460 BOUL TALBOT	CHICOUTIMI	QC	G7H 4A2		02-Saguenay-Lac Saint-Jean	2004-07-23
CARMICHAEL, REJEAN	CLINIQUE PRIVEE OPTI-SOINS	2655 BOUL DU ROYAUME	JONQUIERE	QC	G7S 4S9		02-Saguenay-Lac Saint-Jean	2005-10-16
AUDET, ALAIN		115 RUE LOCKWELL	QUEBEC	QC	G1R 1V6		03-Capitale-Nationale	2004-08-04
CHAMPAGNE, PIERRE	CLINIQUE WHITTOM-EDIFICE DELTA	575-2875 BOUL LAURIER	QUEBEC	QC	G1V 2M2		03-Capitale-Nationale	2009-08-05
GINGRAS, DANNYELLE		101-2880 CH DES QUATRE-BOURGEOIS	QUEBEC	QC	G1V 4X7		03-Capitale-Nationale	1999-02-26
THIBEAULT-CARON, HELENE		75 RUE DE LA MONTAGNE	SAINT-BONIFACE-DE-SHAWINIG	QC	G0X 2L0		04-Mauricie et centre-du-Québ	2003-05-04
BERGERON, MARIE		100-39 RUE LAURIER E	VICTORIAVILLE	QC	G6P 6P6		04-Mauricie et centre-du-Québ	2008-10-30
LAUZIERE, SERGE		1413 BOUL DES FORGES	TROIS-RIVIERES	QC	G8Z 1T7		04-Mauricie et centre-du-Québ	2009-02-23
BOLDUC, SEBASTIEN	PAVILLON STE-MARIE - CHRTR	1991 BOUL DU CARMEL	TROIS-RIVIERES	QC	G8Z 3R9		04-Mauricie et centre-du-Québ	2007-10-20
VINCENT, GILLES		111-1220 RUE JEAN-NICOLET	TROIS-RIVIERES	QC	G9A 1B2		04-Mauricie et centre-du-Québ	2006-06-04
LABBE, JEAN	LE GROUPE MEDI-RESSOURCES	506 RUE BONAVENTURE	TROIS-RIVIERES	QC	G9A 2B4		04-Mauricie et centre-du-Québ	2006-04-15
ROUSSEAU, FREDERIC	CLINIQUE XO2	210-7175 MURION 2E ETAGE	TROIS-RIVIERES	QC	G9A 5Z9		04-Mauricie et centre-du-Québ	2009-03-28
BOUTIN, GUY	CABINET MEDICAL PRIVE DANVILLE	45 RUE ELM C.P. 570	DANVILLE	QC	J0A 1A0		05-Estrie	2008-03-28
OUELLET, JEAN-PASCAL	CLIN DES MEDECINS D'URGENCE	632 RUE BOWEN S	SHERBROOKE	QC	J1G 2E9		05-Estrie	2007-08-01
BERNIER, ELISE		2280 RUE DESCARTES	SHERBROOKE	QC	J1J 4A4		05-Estrie	2000-12-27
DENICOURT, LUCIE		100-2727 RUE KING O	SHERBROOKE	QC	J1L 1C2		05-Estrie	2009-03-19
SICOTTE, JEAN-GUY		3-309 CH LAURENDEAU RR 3	CANTON MAGOG	QC	J1X 3W4		05-Estrie	1993-12-09
GAUTHIER, JEAN SEBASTIEN	CLINIQUE MEDICALE VIAU	50 RUE SAINT-PATRICE E	MAGOG	QC	J1X 3X3		05-Estrie	2008-11-06
SPIRIDIGLIOZZI, MARY		8465 BOUL VIAU	MONTREAL	QC	H1R 2T6		06-Montréal	2009-01-21
BERTHIAUME, GEORGES		4410 RUE JEAN-TALON E	SAINT-LEONARD	QC	H1S 1J7		06-Montréal	2002-01-01
SLEIMAN, HASSAN		1-5900 36E AVENUE	MONTREAL	QC	H1T 2Z2		06-Montréal	2003-02-20
LE BIRE, FRANCOIS		115-5345 BOUL DE L'ASSOMPTION	MONTREAL	QC	H1T 4B3		06-Montréal	2008-07-26
GOYETTE, MAXIME	CLINIQUE DE VARICES & D'OBESITE	200-10690 AV PELOQUIN	MONTREAL	QC	H2C 2K3		06-Montréal	2009-08-19
OUELLETTE, REJEAN	CP 35006 CPS FLEURY	1221 RUE FLEURY E	MONTREAL	QC	H2C 3K4		06-Montréal	1991-05-01
COMEAU, YVES		1279 BOUL SAINT-JOSEPH E	MONTREAL	QC	H2J 1L9		06-Montréal	2008-10-04
THOMAS-GUY, CATHERINE		CP 83542 SUCC GARNIER	MONTREAL	QC	H2J 4E9		06-Montréal	2003-02-05
ESTEREZ, PHILIPPE		505 AV STUART	OUTREMONT	QC	H2V 3H1		06-Montréal	2003-01-10
FOURNIER, JOHANNE	MEDISYS	500 RUE SHERBROOKE O 11E ETAGE	MONTREAL	QC	H3A 3C6		06-Montréal	2007-02-22
CELESTIN, KATHLYN	MEDISYS	500 RUE SHERBROOKE O 11E ETAGE	MONTREAL	QC	H3A 3C6		06-Montréal	2004-12-23
DUCASSE, CHANTAL	CENTRE MULTI-MEDIC	265-38 PLACE DU COMMERCE	ILE DES SOEURS	QC	H3E 1T8		06-Montréal	2001-12-03
MOISAN, MARTIN		265-38 PLACE DU COMMERCE	ILE DES SOEURS	QC	H3E 1T8		06-Montréal	2007-01-17
VANKA, THOMAS		810-1414 RUE DRUMMOND	MONTREAL	QC	H3G 1W1		06-Montréal	2005-04-13
STANOJLOVIC, SNEZANA		1832 RUE SHERBROOKE O	MONTREAL	QC	H3H 1E4		06-Montréal	2008-01-01
SICARD, ERIC		1553 RUE VIEL	MONTREAL	QC	H3M 1G6		06-Montréal	2005-02-03
OSTIGUY, GENEVIEVE	ROCKLAND MD	110-100 CH ROCKLAND	MONT-ROYAL	QC	H3P 2V9		06-Montréal	2009-08-29
GAGNON, DANIEL	CENTRE DE SANTE ROCKLAND	110-100 CH ROCKLAND	MONT-ROYAL	QC	H3P 2V9		06-Montréal	2005-04-01
GRAHAM, SANDRA	CLINIQUE MEDICALE MD PLUS	301-1100 AV BEAUMONT 3E ETAGE	MONT-ROYAL	QC	H3P 3H5		06-Montréal	2007-12-22
SAMEDY, NATACHA		301-1100 AV BEAUMONT	MONTREAL	QC	H3P 3H5		06-Montréal	2009-08-30
BESSETTE, LUC	CLIN MED MD-PLUS	301-1100 AV BEAUMONT	MONT-ROYAL	QC	H3P 3H5		06-Montréal	2005-03-01

Spécialistes et omnipraticiens non participants en date du 22 octobre 2009

CHAMOUN, ALAIN	CLIN MED MD-PLUS	301-1100 AV BEAUMONT	MONT-ROYAL	QC	H3P 3H5	06-Montréal	2004-10-10
RENAUD, SYLVIE		301-1100 AV BEAUMONT	MONT-ROYAL	QC	H3P 3H5	06-Montréal	2006-04-28
PERLMAN, ROBERT		138 CH NORMANDY	MONT-ROYAL	QC	H3R 3H9	06-Montréal	1999-10-29
ABIKHZER, MYRIAM		350-5950 COTE DES NEIGES	MONTREAL	QC	H3S 1Z6	06-Montréal	2008-06-16
KUPERBERG, KAROL	CENTRE MEDICAL DE LA PLAZA	125-6700 CH DE LA COTE-DES-NEIGES	MONTREAL	QC	H3S 2B2	06-Montréal	2007-06-29
PREFONTAINE, GENEVIEVE		49 RUE THURLOW	HAMPSTEAD	QC	H3X 3G8	06-Montréal	2004-03-11
KWO, CHIN		4886 AV WESTMOUNT	WESTMOUNT	QC	H3Y 1Y1	06-Montréal	1982-06-27
JURAS, AUDREY		4495 RUE SHERBROOKE O	WESTMOUNT	QC	H3Z 1E7	06-Montréal	2007-09-19
GAVSIE, ADAM		4571 RUE SHERBROOKE O 2E ETAGE	MONTREAL	QC	H3Z 1E9	06-Montréal	2009-04-02
NICOLET, JANNICK	SAINTE-CATHERINE MED GROUP	660-5025 RUE SHERBROOKE O	MONTREAL	QC	H4A 1S9	06-Montréal	2007-09-22
SOUCIE, PIERRE	CLINIQUE ACCESS MED	200-17001 RTE TRANSCANADA	KIRKLAND	QC	H9H 5J1	06-Montréal	2007-10-31
DANCOSE, ROBIN	CLINIQUE ACCESS MED	200-17001 RTE TRANSCANADIENNE	KIRKLAND	QC	H9H 5J1	06-Montréal	2008-10-18
PIECHOTA, PAUL STANLEY	CLINIQUE ACCESS MED	200-17001 TRANSCANADA	KIRKLAND	QC	H9H 5J1	06-Montréal	2007-11-11
POU, VITYA	CLINIQUE ACCESS MED	200-17001 TRANSCANADA	KIRKLAND	QC	H9H 5J1	06-Montréal	2008-03-15
COTE, PATRICIA	MEDISTAT	4965 RUE SAINT-PIERRE	PIERREFONDS	QC	H9H 5M9	06-Montréal	2009-08-06
ABTAHI, FOROUGH	CENTRE SANTE DE KIRKLAND	17000 BOUL HYMUS	KIRKLAND	QC	H9J 2W2	06-Montréal	2002-01-01
CHEHADE, REMI EDOUARD		8 RUE OLD FOREST	KIRKLAND	QC	H9J 2Z8	06-Montréal	2009-05-17
LA BARRE, MARC		303 RUE PAPINEAU	PAPINEAUVILLE	QC	J0V 1R0	07-Outaouais	2005-01-01
RATTE, RICHARD		201-860 BOUL SAINT-RENE O	GATINEAU	QC	J8T 8M1	07-Outaouais	2006-12-01
BOURGAULT, ROBERT		260-4 RUE TACHEREAU	GATINEAU	QC	J8Y 2V5	07-Outaouais	2006-03-30
DEMERS, SYLVIE	MENOPAUSE-ANDROPAUSE OUTAOUAIS	182 RUE MONTCALM	GATINEAU	QC	J8Y 3B5	07-Outaouais	2006-06-01
KHULLAR, RENU	SENTINELLE SANTÉ	232 BOUL SAINT-JOSEPH	GATINEAU	QC	J8Y 3X4	07-Outaouais	2006-05-22
BLOUIN, FRANCOIS	POLYCLINIQUE MED. DES PONTS	120-1100 BOUL DE LA RIVE-SUD S	SAINT-ROMUALD	QC	G6W 5M6	12-Chaudière-Appalaches	2008-08-21
BROUILLARD, GAETAN	CENTRE DE MEDECINE	100-2840 BOUL SAINT-MARTIN E	LAVAL	QC	H7E 5A1	13-Laval	2007-01-31
LEBLANC, CLAUDE		105-1688 BOUL DES LAURENTIDES	LAVAL	QC	H7M 2P4	13-Laval	2008-01-01
LAVOIE, PAULINE	LE PAVILLON DES CHARMILLES	1487 BOUL DES LAURENTIDES	LAVAL	QC	H7M 2Y3	13-Laval	2007-05-01
LAPOINTE, CAROLINE		220-1575 BOUL DE L'AVENIR	LAVAL	QC	H7S 2N5	13-Laval	2009-01-16
BESSETTE, ISABELLE	CLINIQUE AVENIR MD	220-1575 BOUL DE L'AVENIR	LAVAL	QC	H7S 2N5	13-Laval	2005-01-19
RIVARD, MARIE-CHANTALE		227-655 PROM DU CENTROPOLIS	LAVAL	QC	H7T 0A3	13-Laval	2007-10-03
REID, ANNICK	MD CENTROPOLIS	227-655 PROM DU CENTROPOLIS	LAVAL	QC	H7T 0A3	13-Laval	2009-09-25
CHAMPAGNE, MARIE-ANDREE	CLINIQUE MEDICALE	131 RUE SAINTE-ANNE	SAINT-GABRIEL-DE-BRANDON	QC	J0K 2N0	14-Lanaudière	2002-01-01
ROBITAILLE, ROGER		85 RUE SAINT-GABRIEL	SAINT-GABRIEL-DE-BRANDON	QC	J0K 2N0	14-Lanaudière	1985-11-06
DUFRESNE, NORMAND	CLINIQUE MEDICALE DE LA CITE	150-175 RUE DE LA VISITATION	SAINT-CHARLES-BORROMEE	QC	J6E 4N4	14-Lanaudière	2003-02-01
NORMANDIN, DIANE	LA CLINIQUE PRIVEE DE MEDECINE FAMILIALE	200-2871 BOUL DES PROMENADES	SAINTE-MARTHE-SUR-LE-LAC	QC	J0N 1P0	15-Laurentides	2006-09-15
DUFOUR, MARTIN		113 AV DE L'EGLISE	SAINT-SAUVEUR	QC	J0N 1R4	15-Laurentides	2004-09-26
TARDIF, PIERRE		70 RUE PRINCIPALE RR 6	SAINT-SAUVEUR	QC	J0R 1R6	15-Laurentides	2009-01-01
PETIT, MICHEL		202-144 CH DE LA GRANDE-COTE	ROSEMERE	QC	J7A 1H3	15-Laurentides	2007-07-27
LAVOIE, NORMAND	CSSR DE ROSEMERE	400 CH DE LA GRANDE-COTE	ROSEMERE	QC	J7A 1K7	15-Laurentides	2004-05-05
BONNAUD, JEANNE	CLINIQUE SERVICES SANTE ROSEMERE	400 CH DE LA GRANDE-COTE	ROSEMERE	QC	J7A 1K7	15-Laurentides	2006-09-10
GRANT, MARTIN	CENTRE HOSPITALIER SAINT-EUSTACHE	520 BOUL ARTHUR-SAUVE	SAINT-EUSTACHE	QC	J7R 5B1	15-Laurentides	2008-01-04
MONETTE, LYDIA	CLINIQUE MEDICALE LYDIA MONETTE	140 RUE DE MARTIGNY O	SAINT-JEROME	QC	J7Y 2G1	15-Laurentides	2007-11-18
LAURIN, GILLES		609 9E RUE	SAINT-JEROME	QC	J7Z 2Z2	15-Laurentides	2009-07-23
SAVARIA, JEAN-PIERRE	ADRLSSSS DES LAURENTIDES	210-1000 RUE LABELLE	SAINT-JEROME	QC	J7Z 5N6	15-Laurentides	2006-10-01
LEBEL, JOCELYN	CLINIQUE MEDICALE DE MIRABEL	13714 BOUL LABELLE	SAINT-JEROME	QC	J7Z 5T3	15-Laurentides	2006-10-01
BELISLE, CHRISTIAN	HOPITAL HOTEL-DIEU ST-JEROME	290 RUE MONTIGNY	SAINT-JEROME	QC	J7Z 5T3	15-Laurentides	2007-10-17
BOUCHARD, YVES	POLYCLINIQUE SAINT-JEROME	102-200 RUE DURAND	SAINT-JEROME	QC	J7Z 7E2	15-Laurentides	2006-01-01
GIRARD, PHILIPPE	CSSS DES SOMMETS	234 RUE SAINT-VINCENT	SAINTE-AGATHE-DES-MONTS	QC	J8C 2B8	15-Laurentides	2008-04-04
VERONNEAU, ANDRE		9010 RTE MARIE-VICTORIN RR 2	CONTRECOEUR	QC	J0L 1C0	16-Montérégie	2004-05-26
GUAY, ANDREE-ANNE	CLIN. MED. ST-CESAIRE	1245 RUE PLAMONDON	SAINT-CESAIRE	QC	J0L 1T0	16-Montérégie	2008-10-01
MELANSON, ALICE		CP 182	BROMONT	QC	J2L 1A9	16-Montérégie	2006-06-08
MENARD, MARIE-CHANTAL	CENTRE MEDICAL HYGIE INC.	21 RUE MOREAU	SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU	QC	J2W 1J1	16-Montérégie	2005-05-29
BRIEN, CHANTAL	CENTRE MEDICAL HYGIE	21 RUE MOREAU	SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU	QC	J2X 2Y1	16-Montérégie	2008-07-02
MEUNIER, MICHEL-S.		71 RUE DES FRENES	SAINTE-JULIE	QC	J3E 3A4	16-Montérégie	2007-07-15
STE-MARIE, LISE		101A-621 CH OZIAS-LEDUC	OTTERBURN PARK	QC	J3H 2M7	16-Montérégie	2006-09-05
WALKER, ANGELA JAYNE	CENTRE MEDICAL SAINT-BASILE	101-275 BOUL SIR-WILFRID-LAURIER	SAINT-BASILE-LE-GRAND	QC	J3N 1V6	16-Montérégie	2009-06-22
PAQUETTE, CELINE	CENTRE MD PRIVE SAINT-BRUNO	1455 RUE ROBERVAL	SAINT-BRUNO-DE-MONTARVILLE	QC	J3V 3P8	16-Montérégie	2005-08-14
HURTUBISE, MICHEL-G.	MGH CONSULTANT INC.	1979 MONTARVILLE	SAINT-BRUNO	QC	J3V 9V8	16-Montérégie	2008-12-28
LAPORTE, PIERRE	CLINIQUE MÉDICALE RACICOT	665 BOUL DE MORTAGNE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 5E4	16-Montérégie	2009-08-01
RACICOT, PAOLO		665 BOUL DE MORTAGNE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 5E4	16-Montérégie	2008-06-13

Omnipraticiens non participants en date du 22 octobre 2009

SAVARD, SERGE		200-550 BOUL DE MORTAGNE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 5E4	16-Montérégie	2006-02-18
NICLOUX, NATHALIE		100 BOUL DE MONTARVILLE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 5M4	16-Montérégie	2008-09-01
CHABOT, MARIANNE		105-100 BOUL DE MONTARVILLE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 5M4	16-Montérégie	2009-08-07
ROY, REGINALD		105-100 BOUL DE MONTARVILLE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 5M4	16-Montérégie	2007-05-03
DEMERS, ANNIE	SERVICE MED. PRIVE	105-100 BOUL DE MONTARVILLE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 5M4	16-Montérégie	2005-11-10
TETREAULT, MARTINE	SERVICE MED PRIVE	105-100 BOUL DE MONTARVILLE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 5M4	16-Montérégie	2004-08-28
DEMERS, DONALD		245-204 BOUL DE MONTARVILLE	BOUCHERVILLE	QC	J4B 6S2	16-Montérégie	2001-05-02
BEAUDIN, GABRIEL-G.	LE MEDICAL	1752 BOUL MARIE-VICTORIN	LONGUEUIL	QC	J4G 1A5	16-Montérégie	2004-09-09
DUPUY, ANDRE	CLINIQUE MEDICALE	300 RUE DE LONGUEUIL	LONGUEUIL	QC	J4H 1H4	16-Montérégie	2005-04-10
GAGNON, ALAIN		200-1050 BOUL DU CURE-POIRIER O	LONGUEUIL	QC	J4K 2E4	16-Montérégie	2006-01-01
GROSJEAN, FRANCINE	CLINIQUE PRIVEE NOTRE DAME	597 AV NOTRE-DAME	SAINT-LAMBERT	QC	J4P 2K8	16-Montérégie	2008-09-04
VALOIS, JOYCE	CENTRE MED PRIVEE BLOUIN VALOIS	100B-299 SIR WILFRID-LAURIER	SAINT-LAMBERT	QC	J4R 2L1	16-Montérégie	2004-09-02
BLOUIN, FRANCINE	CENTRE MED PRIVEE BLOUIN VALOIS	100B-299 BOUL SIR WILFRID-LAURIER	SAINT-LAMBERT	QC	J4R 2L1	16-Montérégie	2004-09-02
DESAUTELS, LYNE	CENTRE MED.PRIVEE BLOUIN VALOIS	299 BOUL SIR-WILFRID-LAURIER	SAINT-LAMBERT	QC	J4R 2L1	16-Montérégie	2008-02-15
DUMAIS, MARION	CLINIQUE DU QUARTIER	110-1400 BOUL EDOUARD	SAINT-HUBERT	QC	J4T 3T2	16-Montérégie	2007-11-02
CARON, CHRISTINE	HOPITAL CHARLES-LEMOYNE	3120 BOUL TASCHEREAU	GREENFIELD PARK	QC	J4V 2H1	16-Montérégie	2006-07-01
LANGLOIS, VERONIQUE		300-8330 BOUL TASCHEREAU	BROSSARD	QC	J4X 1C2	16-Montérégie	2008-10-15
JOBIN, ANDRE-JACQUES		7720 BOUL MILAN	BROSSARD	QC	J4Y 1H7	16-Montérégie	2006-09-16
NGUYEN, LAN CHAU		17 RUE DALHOUSIE	CANDIAC	QC	J5R 6K7	16-Montérégie	2007-10-24
SABOURIN, ALAIN		200 BOUL BRISEBOIS	CHATEAUGUAY	QC	J6K 4W8	16-Montérégie	2003-12-28

Omnipraticiens non participants en date du 22 octobre 2009

Annexe III

A Closer Look at the Context of Depending Primarily on the

European Health Care Model

Dr. Robert Ouellet, on behalf of the Canadian Medical Association (CMA), recently toured several European countries to identify potential changes that might improve care, efficiency and sustainability in the Canadian health care system. While it makes sense to develop policy with an eye on what works in other countries, Canadian Doctors for Medicare believes that any improvements to our system should focus on what will work best for Canada.

Each health care system in Europe has evolved within social welfare systems, health care infrastructures and patterns of service that are very different from Canada's. These factors need to be considered in any evaluation of system effectiveness and sustainability.

So far, the CMA's analysis of European health systems, released after Dr. Ouellet's recent "fact finding" trip to Europe, largely ignores the issue of context. The focus on particular features from each country without context will inevitably lead to unintended results.

From a health care perspective, the most glaring difference between these five countries and Canada is the ratio of physicians to population. The countries Dr. Ouellet visited average 3.36 doctors per 1000 population[i]. In Canada, that number is 2.18. Canada also has a significantly smaller per capita ratio of nurses. Clearly having 50% more physicians is a major reason why some European countries do not face the same wait times problem that we do in Canada. Similarly, the current shortage of physicians in Canada means that allowing doctors to work for for-profit hospitals and surgical clinics would further exacerbate the shortage of health care professionals in the public system.

Population density is another major difference between Canada and the countries Dr. Ouellet visited. Injecting competition into health care systems with population densities ranging from 395 to 110 people per square km cannot be considered similar to injecting competition into the Canadian context, with our population density of 3 people per square km. Rural populations that are already struggling with decreased local services will have the most to lose in a competitive funding model.

Another major difference between Canada and the five countries Dr. Ouellet visited is the overall tax rate—43% of GDP in the five European countries, compared to 33% of GDP in Canada[ii]. This difference matters because many of the services paid for through taxes (e.g., welfare, education, housing, etc.) indirectly affect health—in other words, by spending more in these areas European countries may be able to spend less on health care itself.

A major focus of health care reform discussions, including the discussion stemming from Dr. Ouellet's tour, is the ability to control costs. So it is important to note that according to the latest OECD data France and Belgium both spend more than Canada on health as a percentage of their GDP. Denmark and the Netherlands both spend 9.8%, just under the 10.1% that Canada currently spends[iii]. Although we believe the Canadian system is, as Roy Romanow put it, "as sustainable as we want it to be", it is difficult to see how one can portray the European systems as being more sustainable than the current Canadian system.

Finally, the discussion stemming from Dr. Ouellet's report has failed to note the controversy generated by "competition" reforms in Europe. For example, the British Medical Association, CMA's sister organization in the UK has repeatedly expressed deep concern about the failings of the activity based funding model that the CMA is proposing. The BMA's chair recently said: "We've had the market in England for nearly 20 years. Where's the evidence that it works? Where's the balance sheet that shows that the argued-for and promised increase in efficiencies and decrease in costs outweigh the transaction costs and bureaucracy of the market…Instead we get competition not collaboration; fragmentation not continuity; inefficiency not efficiency. Not good for doctors, not good for patients, not good for the NHS."[iv]

Canadian Doctors for Medicare believes we need to learn from health care reforms that have worked effectively in other countries, but only after considering how these reforms would play out in the Canadian context. We encourage the CMA and policymakers to use the evidence of what will work in our Canadian system as their guide, rather than basing a transformational agenda on anecdotal stories from a five country tour.

---

[i] OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries

[ii] OECD Data 2008

[iii] OECD Health Data 2009

[iv] "Get Rid of the Market in Health Care Says Meldrum". *The Medical News*. July 7, 2008. http://www.news-medical.net/news/2008/07/07/39787.aspx (last accessed August 4, 2009)

Canadian Doctors for Medicare
340 Harbord Street Toronto, ON M6G 1H4 • 416-351-3300
www.canadiandoctorsformedicare.ca
info@canadiandoctorsformedica.ca

Un autre regard sur la comparaison avec les systèmes de santé européens

Ce que ne dit pas la « mission de reconnaissance » du Dr Ouellet

Le Dr Robert Ouellet de l'Association médicale canadienne (AMC/CMA) a fait récemment une tournée dans plusieurs pays européens[1] afin de répertorier des modifications qui pourraient améliorer les soins et l'efficience du système de santé canadien ainsi qu'en assurer la pérennité .

Bien que l'on doive prendre en compte ce qui fonctionne le mieux dans d'autres pays lorsque l'on élabore les politiques de santé, Médecins canadiens pour le régime public (MCRP/CDM) estime que toute tentative d'améliorer le système de santé doit rechercher ce qui peut le mieux fonctionner au Canada.

Les systèmes de santé des pays européens ont évolué au sein de systèmes de sécurité sociale différents, avec des infrastructures et une organisation des services très différentes d'un pays à l'autre, et très différentes de celles dont dispose le Canada. Un ensemble de facteurs doit être pris en compte dans l'évaluation de l'efficience et de la pérennité de l'un ou l'autre système.

Or, l'analyse que fait l'AMC des systèmes de santé européens, publiée après la récente « mission de reconnaissance » du Dr Ouellet, ignore largement cet aspect. Cibler certains facteurs seulement dans l'analyse de la situation de chaque pays sans les situer dans leur contexte mène inévitablement à des résultats discutables.

Ratio Médecin/habitants

Ainsi, une différence flagrante entre ces cinq pays et le Canada est le nombre de médecins par habitant. Les pays où s'est rendu le Dr Ouellet comptent en moyenne 3,36 médecins par 1 000 habitants[2]. Au Canada, cette proportion est de 2,18 par

1 000 habitants. Le nombre d'infirmières par habitant est aussi beaucoup moins élevé au Canada. Il est évident que le fait d'avoir 50 % plus de médecins par habitant explique pourquoi certains pays européens ne font pas face au problème des temps d'attente auquel est confronté le Canada. Tenant compte de la pénurie de médecins au Canada, la recommandation du Dr Ouellet sur la pratique mixte des médecins, à la fois dans le système public et dans des établissements et cliniques chirurgicales à but lucratif, ne pourrait qu'aggraver la pénurie de professionnels de la santé dans le système public.

Densité de population

La densité de population est une autre différence importante entre le Canada et les pays que le Dr Ouellet a visités. L'introduction de la concurrence dans des systèmes de santé de pays dont les densités de population s'échelonnent entre 395 et 110 habitants au kilomètre carré ne peut être comparée à l'introduction de la concurrence dans le contexte canadien, où la densité de population est de trois habitants au kilomètre carré. Les populations rurales en particulier, déjà affectées par la diminution des services de proximité, ont le plus à perdre avec un modèle de financement favorisant la concurrence.

Taux de financement public des services de santé

Une autre différence majeure entre le Canada et les cinq pays où s'est rendu le Dr Ouellet est le taux global d'imposition. Celui-ci est en moyenne de 43% du PIB dans les cinq pays européens visités contre 33% du PIB au Canada[3]. Cette différence est importante puisque plusieurs services subventionnés par les fonds publics (l'assistance sociale, l'éducation, le logement, etc.) affectent indirectement la santé. Autrement dit, en dépensant plus d'argent dans ces autres secteurs, les pays européens pourraient avoir moins à dépenser pour les soins de santé.

Contrôle des coûts

Une autre question centrale dans les discussions sur la réforme des systèmes de santé, incluant celle qui est suscitée par la tournée du Dr Ouellet, est la capacité de contrôler les coûts. Aussi est-il important de noter que, selon les données les plus récentes de l'OCDE, la France et la Belgique affectent un plus grand pourcentage de leur PIB à la santé que le Canada. Le Danemark et les Pays-Bas en dépensent 9,8%, soit un peu moins que les 10,1% dépensés par le Canada à l'heure actuelle[4]. Bien que nous pensions que le système canadien de santé est, comme le disait Roy Romanow, « aussi viable que nous voulons qu'il le soit », il est difficile de voir en quoi les systèmes européens seraient plus viables que le système canadien actuel.

Les réformes avancées sont-elles si bien vues en Europe?

Enfin, Dr Ouellet passe sous silence la controverse générée en Europe par les réformes qui introduisent la *concurrence.* Ainsi, l'Association médicale britannique (BMA), l'organisme sœur de l'AMC, a exprimé à maintes reprises son inquiétude par rapport aux insuffisances du *modèle de financement par activités* (Activity based Funding) que propose justement l'AMC. Le président de BMA s'est encore récemment exprimé ainsi : « Cela fait presque vingt ans que nous utilisons l'approche du marché en Angleterre. Où sont les preuves que ça fonctionne? Où est la démonstration de l'augmentation de l'efficience (argument invoqué par les promoteurs de ces changements) et de la réduction des coûts, plutôt augmentés par les frais de négociation des contrats et la bureaucratie imposés par l'approche du marché. Au contraire, la concurrence remplace la collaboration; il y a fragmentation plutôt que continuité des soins, inefficacité plutôt qu'efficience. Ce n'est pas bon pour les médecins, pas bon pour les patients, pas bon pour le National Health Service (NHS) »[5].

Canadian Doctors for Medicare /Médecins canadiens pour le régime public (CDM) estime donc que l'on doit apprendre des réformes dans les systèmes de santé qui ont réussi dans d'autres pays, mais seulement après avoir examiné les effets globaux de ces réformes et dans le contexte canadien. Nous encourageons l'AMC et les responsables politiques à utiliser les données probantes sur des changements qui pourraient fonctionner dans le contexte canadien au lieu de baser leur programme de transformations sur des histoires anecdotiques puisées d'une courte tournée dans cinq pays.

2

[1] Belgique, Danemark, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas.

[2] OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries.

[3] OECD Data 2008.

[4] OECD Health Data 2009.

[5] Get Rid of the Market in Health Care Says Meldrum. *The Medical News*. July 7, 2008. http://www.news- medical.net/news/2008/07/07/39787.aspx (last accessed August 4, 2009)

A Closer Look at the Context of Depending Primarily on the European Health Care Model, document présenté par CDM à l'occasion de l'Assemblée annuelle de l'AMC/CMA, Saskatoon, août 2009
Traduction et adaptation : Olivia Delachanal et Lucie Dagenais

Canadian Doctors for Medicare
340 Harbord Street Toronto, ON M6G 1H4 • 416-351-3300
www.canadiandoctorsformedicare.ca
info@canadiandoctorsformedica.ca

Annexe IV

TABLEAU 27

Évaluation sommaire de scénarios de révision des frais administratifs et de tarification examinés par le groupe de travail
(présentée à titre illustratif)

Description	Réduction des dépenses M$	Augmentation des revenus M$
A. Administration du système de santé		
➢ Revoir la gouvernance du système de santé (MSSS et agences régionales).	50	
B. Services préhospitaliers d'urgence		
➢ Augmenter les tarifs dans le transport ambulancier. Actuellement, le coût d'utilisation d'un service ambulancier s'élève à 125 $ (en vigueur depuis 1997) plus 1,75 $ par kilomètre parcouru (en vigueur depuis 1989), sauf pour les personnes âgées de 65 ans et plus pour qui le service est gratuit. Actuellement, ces tarifs permettent d'assumer environ 25 % du coût réel du transport ambulancier. À titre d'exemple, la révision du tarif pourrait prendre l'une ou l'autre des formes suivantes : • Indexer les tarifs en fonction de l'indice des prix à la consommation pour les années passées, soit à partir de 1997 pour le tarif de base et de 1989 pour le tarif par kilomètre parcouru, et maintenir la gratuité pour les personnes âgées; • Augmenter le tarif de façon à couvrir le coût réel du régime et fixer une contribution minimum par transport pour les prestataires de l'aide sociale et les personnes âgées; • Appliquer le coût réel pour les usagers corporatifs et fixer une contribution minimum par transport pour les prestataires de l'aide sociale et les personnes âgées.	Entre 15 et 100*	
C. Mesures fiscales		
➢ Introduire un test de revenus pour les crédits d'impôt pour le maintien à domicile et les aidants naturels. Cette proposition consisterait à rendre réductibles les crédits d'impôt remboursables pour maintien à domicile d'une personne âgée et pour aidants naturels. Le crédit serait réduit à raison d'un taux de 3 % pour chaque dollar de revenu familial qui excède 29 645 $.		45
▪ **Médicaments**		
➢ Faire en sorte que les adhérents au régime public assument la totalité du coût de leur participation au régime d'assurance médicaments (voir chapitre 9).	211*	
E. Services de maintien à domicile		
➢ Introduire une contribution des usagers en fonction de leurs revenus pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD). Une contribution des usagers en fonction de leur capacité de payer pourrait être exigée pour les AVQ (se laver, se nourrir, s'habiller, entretenir sa personne, etc.) et les AVD (entretenir la maison, préparer les repas, faire la lessive, etc.).	Entre 25 et 75*	
TOTAL	Entre 301 et 436	45

* Ces propositions entraîneraient une augmentation des revenus dans le réseau de la santé et des services sociaux (établissements, transporteurs ambulanciers, GMF, etc.), mais elles se traduiraient par une diminution équivalente des dépenses du gouvernement.

Annexe 2 295

Propositions du rapport Castonguay pour la tarification des soins