MQRP

MÉDECINS QUÉBÉCOIS
POUR LE RÉGIME PUBLIC

LA MIXITÉ EN RADIOLOGIE : UN MODÈLE À DEUX VITESSES EN VOIE DE PROPAGATION

Rapport du CA à l'Assemblée générale des membres

Montréal, le 2 mai 2012

MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC
5225 rue Berri, bureau 304
Montréal (Québec)
H2J 2S4
514-638-6659
info@mqrp.qc.ca
http://www.mqrp.qc.ca

Recherche et rédaction :
Maxime DUSSAULT-LAURENDEAU, conseiller
Camille GÉRIN, conseillère
Marie-Claude GOULET, présidente
Alain VADEBONCOEUR, vice-président
Cory VERBAUWHEDE, secrétaire-trésorier

Comité imagerie :
Nina BENOIT, médecin résidente
Lucie DAGENAIS, membre associée
Marc-André FOURNIER, recherchiste
Isabelle LEBLANC, conseillère
Cory VERBAUWHEDE, secrétaire-trésorier

Révision et corrections :
Raymonde DANIS, secrétaire

Table des matières

Mixité en radiologie : cas de figure d'une privatisation bien entamée.....5

1. Innovation historique puis recul de la couverture publique.....6

2. Sur le terrain : impacts de l'exclusion 10

Exode du personnel 10

Attentes interminables et iniquités 10

Anarchie dans les listes d'attente 11

Multiplication des démarches.....12

Examens sous-optimaux.....12

Conflits d'intérêts et marchandisation… 13

… et risques 13

Et la qualité au privé? 14

3. Vue d'ensemble : malutilisation des ressources 15

L'exception québécoise 15

La radiologie au Québec : faire moins avec plus…..18

Le fossé public-privé 18

Distorsions interrégionales 20

Une distorsion nuisible au système 21

Le cas particulier de la CSST 22

4. Les acteurs principaux : les laboratoires d'imagerie médicale 24

5. Que faire? Positions et revendications de MQRP 27

6. Ce qu'en disent les autres.....31

Bon renard ne se prend pas deux fois au même piège : la fausse route de la mixité.....36

Annexe I - Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie 38

Annexe II - Publicité Colonoscopie Virtuelle 39

Annexe III - MQRP considère le projet de loi no. 127 totalement inacceptable et demande son retrait.....40

Annexe IV - MQRP dénonce les mesures en santé du budget Bachand 2011.....42

Annexe V - Les principes de la Loi canadienne sur la santé : MQRP demande aux chefs de partis de préciser leur engagement.....45

Annexe VI - Entente FMSQ-MSSS sur le traitement de la dégénérescence maculaire 46

Annexe VII - Propositions de MQRP en vue du prochain Conseil de la fédération 48

Annexe VIII - Le vieillissement de la population : Obstacle insurmontable pour le budget de notre système de santé?.....50

Annexe IX - Un médecin privé pour obtenir des soins plus rapidement… vraiment? 55

Mixité en radiologie : cas de figure d'une privatisation bien entamée

Ceux qui ont imaginé notre système public de santé québécois avaient aussi comme préoccupation de le protéger et d'en assurer la pérennité. Ils se doutaient qu'en permettant aux médecins la mixité de pratique, il ne serait peut-être qu'un éphémère château de cartes. La mixité de pratique, privée et publique, fut donc interdite dès le départ par la *Loi sur l'assurance maladie*.

Mais ils n'avaient pas tout prévu. L'imagerie médicale est un cas de figure éloquent pour illustrer les problèmes engendrés par la mixité de pratique : les médecins radiologistes peuvent dispenser les mêmes actes, médicalement nécessaires, au privé et au public, à cause de l'exclusion de certains actes de la couverture publique lorsqu'ils sont dispensés hors établissement.

Le résultat n'est pas réjouissant. L'imagerie médicale au Québec se trouve dans une situation difficile, qui nous préoccupe comme médecins et comme citoyens. Alors que trop souvent le privé en santé nous est présenté comme une solution aux problèmes, on verra dans ce rapport qu'il n'est qu'une fausse solution, ouvrant la porte à des problèmes fondamentaux d'accès, d'organisation et d'équité.

L'imagerie médicale privée est à cet égard un exemple emblématique, riche d'enseignement. Certes, ce rapport s'intéresse d'abord à cette pratique, mais il présente également une mise en garde pour l'ensemble des champs de pratique médicaux, alors que notre système public est de plus en plus sous tension et menacé par d'autres enjeux similaires.

1. Innovation historique puis recul de la couverture publique

Avant la *Loi sur l'assurance hospitalisation,* entrée en vigueur en 1961, seule une minorité de gens avait accès à des services médicaux gratuits, certaines lois québécoises ne couvrant alors les frais d'hospitalisation que pour des groupes bien définis (indigents, mères nécessiteuses, etc.), mais sans financement public pour la rémunération des médecins. La gratuité universelle des services diagnostiques avait pourtant déjà démarré avec la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957, une initiative fédérale prévoyant le financement de 50 % des coûts de santé proposée aux provinces dont le régime d'assurance hospitalisation et de services diagnostiques couvrirait uniformément les services, pour tous les résidents.

Réclamée par le mouvement syndical et le PSD[1], cette loi avait été fortement contestée par l'Association médicale canadienne (AMC), l'industrie de l'assurance commerciale, la Chambre de commerce canadienne et la Canadian Hospital Association (CHA) : les hôpitaux recommandaient plutôt d'octroyer des subsides aux pauvres afin de leur permettre de souscrire aux assurances privées.

Le Québec sera la dernière province à répondre à l'offre du fédéral : sa *Loi de l'assurance hospitalisation*, en vigueur à partir du 1er janvier 1961, couvrirait dorénavant les services diagnostiques et leur interprétation pour les malades hébergés. Les médecins de trois disciplines diagnostiques (laboratoire, radiologie et pathologie), seront donc les premiers à toucher une rémunération de l'État. Face à l'augmentation du volume de services, ces médecins s'organiseront rapidement pour négocier collectivement les conditions de leur participation.

Des conflits sur le montant et le mode de rémunération éclatent alors dans certains hôpitaux : « Les médecins [étaient] inquiets de l'intrusion de l'État dans la gestion des soins et craignent "une socialisation rapide de la pratique médicale". [...] Les plus touchés par cette réforme, qui rend quasi gratuites les analyses de laboratoire faites à l'hôpital, sont les pathologistes et les radiologistes, qui craignent avec raison une forte augmentation de leur travail à

[1] PSD : Parti Social Démocratique

l'hôpital [...]. Ils exigent en conséquence une rémunération supplémentaire, ce que refuse de leur accorder le Ministère ».[2]

En 1966, le fédéral adoptera la *Loi sur les soins médicaux* et proposera des ententes finançant 50 % des coûts des services médicaux aux provinces qui développent un plan de services comportant obligatoirement les éléments suivants : accessibilité pour tous; régime financé et opéré sans but lucratif par une agence publique; couverture complète des soins médicalement nécessaires, incluant l'imagerie médicale.

En 1970, le Québec élargit la couverture publique à l'ensemble de la population avec la *Loi sur l'assurance maladie*, qui inclut l'imagerie médicale indépendamment du lieu de prestation. Le Québec interdira aussi la mixité de pratique, la surfacturation et l'assurance duplicative privée. La *Loi sur l'assurance maladie* entrera en vigueur le 1er novembre 1970 et la grande majorité des médecins adhèreront rapidement au régime public. Le *Règlement sur l'application de la Loi sur l'assurance maladie* fut adopté en même temps. Pour ce qui est des services médicaux, il exclura essentiellement la couverture des actes non associés à un processus de prévention ou de guérison.

L'imagerie médicale

L'échographie, la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) font en parallèle leur apparition au cours des années 1970 et surtout dans les années 1980. Au Canada, le premier appareil de TDM sera installé à l'Institut neurologique de Montréal, suivi des trois premiers appareils d'IRM canadiens en 1982, alors surtout utilisés à des fins de recherche. C'est l'hôpital St-Joseph's en Ontario, qui à partir de 1984, incorporera en premier l'IRM en pratique clinique. Dans le privé, Radiologie Laënnec a été le premier cabinet de radiologie à mettre en service un appareil de TDM (1989) et un appareil d'IRM.[3]

Dès 1977, le fédéral abandonne la formule de 50 % de contribution et diminue l'incitatif de respecter les exigences de la *Loi sur les soins médicaux*. Les

---

[2] Denis Goulet, *L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont : une histoire médicale, 1954-2004*, Les éditions du Septentrion, 2004.

[3] http://www.santeprivee.ca/Tomodensitometrie/Radiologie_Laennec_Inc.-50-80-0-0.html, consulté le 29 avril 2012.

nouvelles technologies d'imagerie continuent de se développer, mais la couverture par l'assurance-maladie est en recul au Québec à partir de 1981. Adopté juste avant les Fêtes sur fond de crise économique, le projet de loi 27 vient modifier le pouvoir gouvernemental de réglementation des services non assurés : le gouvernement peut désormais « prescrire les cas, conditions et circonstances, dans lesquels des services visés à l'article 3 [tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical] ne sont pas considérés comme des services assurés pour les personnes assurées ou celles d'entre elles qu'il indique » [LAM art. 69 b.1]. Par simple règlement, le gouvernement déterminera désormais qu'un acte couvert en établissement ne sera plus assuré lorsque dispensé hors de l'établissement.

Ainsi, à partir de 1982, la mammographie utilisée aux fins de dépistage et l'ultrasonographie (échographie) ne seront plus assurés hors des établissements, contrairement à la radiographie simple. Puis, quand les technologies diagnostiques avancées deviendront disponibles, le gouvernement multipliera les exclusions, notamment en fonction du lieu de la prestation des services, à l'instar de l'échographie.

Il faut savoir que dans les années 1980 et 1990, le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et le Conseil du trésor sont réticents au développement de la TDM et de l'IRM dans les hôpitaux, compte tenu des coûts élevés et du scepticisme face à l'évaluation coûts/bénéfices. Mais, dans plusieurs cas, les fondations hospitalières achètent les appareils et organisent en parallèle des campagnes médiatiques dénonçant l'insensibilité gouvernementale à bien répondre aux besoins de la population. Placé devant le fait accompli, le MSSS accepte d'en payer les frais d'installation et de fonctionnement. Ces réticences du MSSS doivent être replacées dans le contexte des années 1980 et 1990, une période où la préoccupation de la classe politique, de l'appareil gouvernemental et des analystes du système de santé n'est pas l'amélioration de l'accès aux soins, mais le contrôle des coûts.

En 1984, réagissant à l'abus des frais accessoires appliqués dans certaines provinces, le gouvernement fédéral adopte la *Loi canadienne sur la santé,* définissant à nouveau les services assurés comme « services médicalement nécessaires fournis par un médecin » et ajoutant l'interdiction de la surfacturation. Pierre-Marc Johnson, alors ministre de la Santé au Québec, qui vient de faire adopter un règlement prévoyant précisément des exclusions, s'inquiète de leur compatibilité avec les nouvelles règles fédérales.

Sachant que l'exclusion de certains services médicalement nécessaires n'est peut-être pas conforme à la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement québécois continue pourtant sur sa lancée en ajoutant l'exclusion de la TDM en 1988 et de l'IRM en 1995, à moins que ces services ne soient rendus en milieu hospitalier. En novembre 2011, le gouvernement a également exclu la tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique (*Règlement d'application de la LAM*, art. 22 q.3), refusant de couvrir les coûts de ces nouvelles technologies dans les cabinets d'ophtalmologie.

Le développement québécois de l'imagerie médicale hors des établissements publics et lié à un financement essentiellement privé constitue une incongruité au Canada. L'hésitation des autorités québécoises à développer ces nouvelles technologies dans les hôpitaux s'est accompagnée d'un refus d'en financer la prestation en clinique privée. Or, contrairement à ce qu'on a observé dans la plupart des autres provinces, où ces services sont beaucoup plus largement couverts par le régime public, ces décisions ont ouvert la porte au développement d'un secteur d'activités opéré et financé par le privé, les nouvelles technologies devenant de plus en plus incontournables dans l'élaboration des diagnostics médicaux.

2. Sur le terrain : impacts de l'exclusion

Exode du personnel

Les exclusions décrites plus haut ont permis *de facto* aux médecins radiologistes de développer une pratique mixte. Un grand nombre pratiquent ainsi à la fois à l'hôpital, où leur rémunération est assurée par la RAMQ, et en clinique privée, où ils sont payés directement par les patients ou leur assurance.

On assiste en conséquence au développement d'un nombre grandissant de cabinets privés d'imagerie, qui ont besoin de technologues pour fonctionner, ce qui draine le réseau public de son personnel technique et médical. L'offre publique de services d'imagerie médicale s'en trouve amoindrie et plus ou moins inadéquate malgré un nombre total d'appareils et un personnel suffisamment nombreux.

> « […] dans les dernières années, le nombre d'échographies n'a cessé de diminuer. Alors qu'on en a réalisé 40 766 en 2001, on n'en a fait que 30 663 en 2008. On a perdu des radiologistes au fil des ans, explique M. Brochu, porte-parole de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont ».[4]

Attentes interminables et iniquités

Si l'accès aux services d'imagerie médicale semble poser beaucoup moins de problèmes pour les patients hospitalisés ou se présentant à l'urgence, il en va tout autrement pour les examens demandés électivement. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des données complètes permettant d'étayer tous nos constats, les données existantes[5] et notre pratique clinique permettent d'affirmer que de nombreux hôpitaux ne réussissent pas à assurer un accès externe aux patients dans des délais raisonnables.

> « La situation est si critique que les directeurs généraux de cinq établissements de santé de l'est de Montréal ont écrit au gouvernement le 18 juin. "Nous voulons par la présente vous informer que la population de

[4] Ariane Lacoursière, « Échographies : des patients dirigés vers le privé » *La Presse*, le 23 juillet 2009.

[5] Par exemple : *Délais d'attente et liste d'attente aux examens d'imagerie médicale dans les établissements publics et privés de l'Estrie*, http://aspnet.transitserver.net/microage/frm_aspx/index.aspx, consulté le 27 avril 2012.

> l'est de Montréal n'a présentement pas d'accès aux services diagnostiques d'échographie. Les délais d'attente (au public) sont de plus d'un an, écrivent-ils. Nous pouvons dire de façon très claire que l'échographie n'est plus un service assuré pour la population de l'est de Montréal." » [6]

Les délais d'attente de plus en plus longs dans les établissements publics poussent certains patients et leurs médecins à recourir aux cliniques privées lorsqu'un examen d'imagerie médicale est nécessaire. Ces services étant exclus de la couverture publique, le patient doit alors payer pour avoir accès. Le paradoxe est qu'ils sont souvent effectués par les mêmes radiologistes qu'à l'hôpital.

L'accès est donc de plus en plus déterminé non par l'indication ou l'état de santé, mais bien par la capacité de payer du patient. Les délais d'attente sont donc fort variables pour les différents patients, sans lien avec leur condition médicale : les plus fortunés et ceux qui détiennent des assurances privées ont un accès plus rapide aux tests d'imagerie offerts par le réseau privé. Mais l'imagerie diagnostique étant souvent une pierre angulaire du diagnostic, qui lui-même précède généralement la décision thérapeutique, les patients dont l'accès à l'imagerie est retardé souffriront également d'un délai dans le traitement éventuel de leurs problèmes de santé.

Anarchie dans les listes d'attente

Dans un contexte de délais d'attente importants au public, et faute d'une gestion centralisée des listes d'attente, difficile dans le contexte actuel d'une double prestation privée et publique, les patients peuvent être incités à s'inscrire sur plusieurs listes d'attente publiques pour maximiser leurs chances d'accéder à un rendez-vous. Ces listes, gonflées artificiellement par des patients inscrits sur d'autres listes ou qui ont déjà passé leur examen dans un autre établissement, peuvent mener à des rendez-vous donnés inutilement, à des appels inutiles par le personnel de soutien des départements de radiologie et à une absence de données fiables sur l'attente réelle.

---

[6] Ariane Lacoursière, « Échographies : des patients dirigés vers le privé » *La Presse*, le 23 juillet 2009.

Alors qu'un système exclusivement financé par le public (comme en Ontario) permettrait de compiler avec précision les données sur les temps d'attente, l'accessibilité aux examens d'imagerie et les coûts d'opération, le système mixte québécois ne permet que de recueillir des données fragmentaires ou trop générales et nous laisse dans l'ignorance quant aux véritables temps d'attente et à l'accessibilité, qui varient considérablement, d'une part en fonction de l'établissement et d'autre part de la capacité de payer.

En contraste, on retrouve en Ontario depuis l'année 2005 un système public de surveillance, mis en place par le ministre ontarien de la Santé et des Services de longue durée dans le cadre du Ontario Wait Time Strategy, grâce auquel il est possible pour n'importe qui d'aller en ligne et d'obtenir rapidement les délais d'attente en nombre de jours pour la TDM et/ou l'IRM au niveau provincial, par établissement et par distance d'un code postal. La stratégie a aussi pour objectif de standardiser les établissements aux normes des guides de pratique clinique afin d'améliorer l'efficacité, la qualité et la sécurité des examens.

Multiplication des démarches

La difficulté d'accès aux examens d'imagerie, liée à l'exclusion de la couverture publique des services effectués hors hôpital, complexifie la pratique des médecins et de leur personnel de soutien, qui doivent consacrer beaucoup de temps pour obtenir dans les établissements publics un examen dans des délais raisonnables. Les nombreuses heures dédiées à cette recherche ne peuvent être consacrées à la prise en charge d'autres patients.

De nombreuses références à l'urgence sont également effectuées pour investigation rapide, alors qu'elles pourraient être évitées si l'accès aux examens d'imagerie semi-urgents dans les établissements publics était facilité. Combien de patients envoyés à l'urgence et d'heures passées sur une civière sans justification clinique pour permettre un accès rapide à une TDM permettant d'éliminer une condition médicale plus ou moins aiguë?

Examens sous-optimaux

Cette difficulté d'accès aux tests d'imagerie pertinents conduit paradoxalement à la multiplication des examens demandés, et donc des coûts, et à l'aggravation conséquente de l'accès, plusieurs cliniciens se rebattant sur un examen moins adéquat pour la situation clinique, mais plus accessible. Ainsi, de nombreuses

TDM de la colonne sont prescrites pour une suspicion d'hernie discale faute d'avoir accès à un examen d'IRM pourtant plus précis et moins irradiant. Les examens sont également dédoublés et les patients peuvent rester inscrits sur la liste d'attente de l'examen optimal plusieurs semaines à plusieurs mois après avoir fait l'examen moins approprié.

Conflits d'intérêts et marchandisation…

D'autre part, le fait de détenir des intérêts financiers dans des cliniques privées et d'avoir la possibilité d'y réaliser des profits importants place les radiologistes en situation potentielle de conflit d'intérêts, pouvant par exemple contribuer à une augmentation des examens inutiles. Des cliniques privées de radiologie proposent ainsi, pour des montants élevés, de passer des TDM « préventives » pancorporelles[7], des PETS-Scan pour les patients qui sont inquiets d'avoir un cancer[8], ou des échographies obstétricales 3D et 4D, qui ne sont pas indiqués d'un point de vue médical et qui pourraient même être néfastes, notamment en raison des radiations subies par la personne.[9]

… et risques

La surutilisation de l'imagerie diagnostique cause également plusieurs problèmes. Chacune des modalités présente des risques inhérents, comme l'exposition à la radiation et le risque de cancers secondaires pour la TDM (risque assez léger pour un seul examen, mais qui s'accumule), et les réactions allergiques et les néphropathies dues aux agents de contrastes (TDM et IRM). Pour tout examen d'imagerie, il existe aussi un risque de découvrir une anomalie non significative cliniquement (faux positifs), ce qui pourra entraîner de l'anxiété inutile et des examens complémentaires qui surchargeront le système et entraineront d'autres coûts.

---

[7] Natalie Mehra, *Eroding public medicare : Lessons and consequences of for-profit health care across Canada* [en ligne], octobre 2008, http://www.web.net/ohc/Eroding%20Public%20Medicare.pdf, consulté le 27 avril 2012.

[8] Entendu à la radio le 18 mars 2009.

[9] Voir Annexe II.

À cet égard, le privé nous enlève la possibilité d'appliquer un système efficace de surveillance permettant d'évaluer avec précision la pertinence des examens pratiqués, ce qui est essentiel pour permettre une pratique médicale de qualité. Une couverture et une prestation entièrement publiques permettent au contraire un meilleur encadrement des pratiques et une utilisation plus rationnelle des ressources d'imagerie.

Et la qualité au privé?

Une enquête du Collège des Médecins du Québec récemment publiée, concernant les erreurs commises dans la lecture de mammographies et de TDM pratiquées dans des cliniques privées de radiologie de Montréal, faisait les constats suivants :

> « L'enquête […] soulève les enjeux sur les mécanismes d'assurance qualité entourant la pratique de l'imagerie en clinique privée. […]
> Il n'y a pas actuellement de mesures de qualité de l'acte médical en clinique privée tel que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) en établissement. »[10]

Il est inquiétant de voir qu'une grande partie de l'offre de services en imagerie médicale est assurée par des cliniques privées, pour lesquelles bien peu de contrôle de qualité ne semble mis en place. Au contraire, les soins assurés par le système public sont soumis à un certain contrôle qui est essentiel pour assurer des services de qualité à l'ensemble de la population.

[10] Huguette Bélanger et Louise Charbonneau, *Rapport d'enquête : Révision des mammographies et des tomodensitométries effectuées dans les cliniques de radiologie Fabreville, Jean-Talon-Bélanger et Domus Medica, 2008-2010* [en ligne] présenté au comité exécutif du Collège des médecins du Québec le 26 mars 2012, http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/Nouvelles/2012/~/media/Files/PesseEvenements/Rapport-mammographies-mars2012-DEF.ashx?41227, consulté le 27 avril 2012.

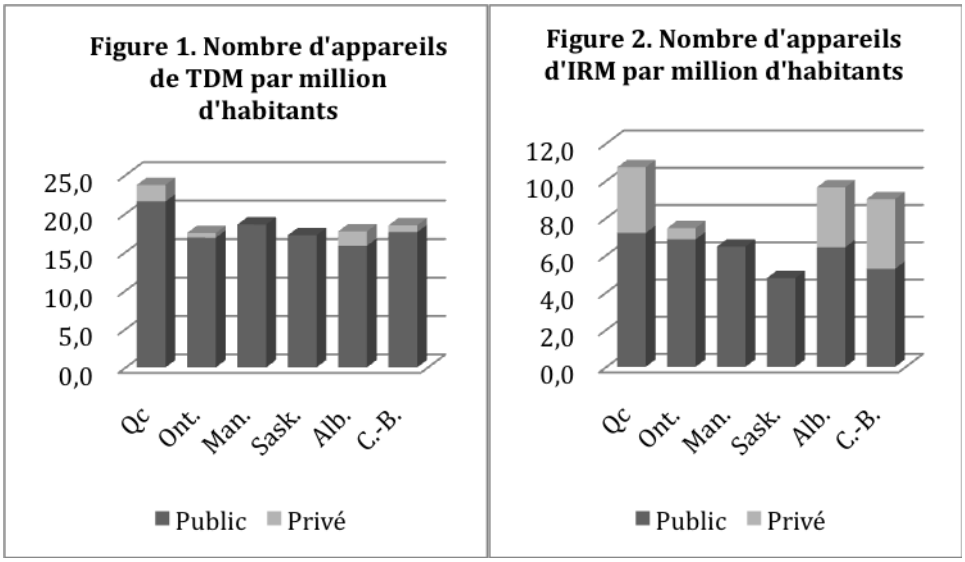
3. Vue d'ensemble : malutilisation des ressources

La situation de l'imagerie médicale au Québec est unique au Canada. Nous l'avons vu, les examens d'échographie, de TDM et d'IRM réalisés hors-établissement n'y sont pas considérés comme des services assurés, en-dehors de toute logique médicale.

Il en découle une pratique mixte *de facto*, mais légale. Les radiologistes peuvent ainsi dispenser des services assurés en établissement et, parallèlement, dispenser les mêmes services au privé, hors RAMQ. Les ressources matérielles et humaines se trouvent scindées en deux systèmes parallèles, mal coordonnés, pas nécessairement complémentaires, mais communicants. Nous verrons que cela conduit à une malutilisation des ressources, et par conséquent à une plus grande difficulté d'accès.

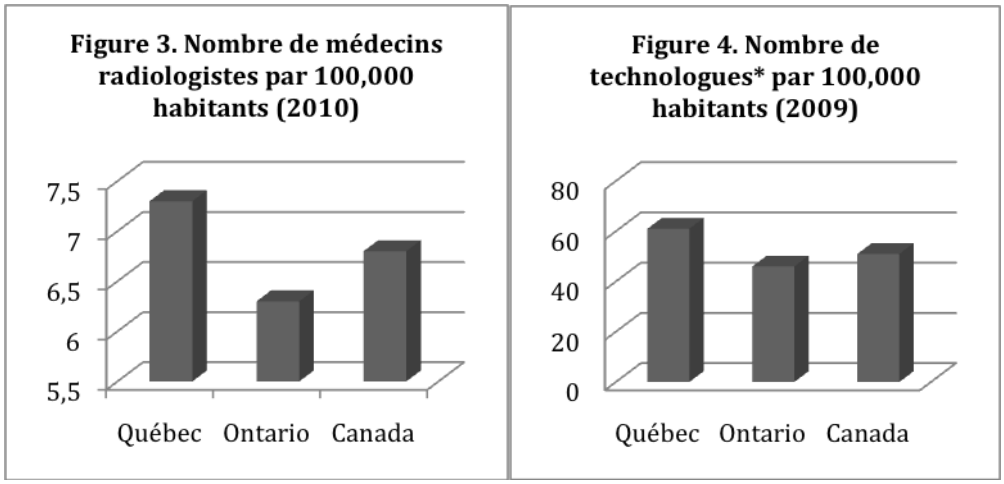
L'exception québécoise

Il est surprenant de voir que le Québec dispose d'un **nombre d'appareils d'IRM et de TDM par habitant supérieur à la moyenne canadienne**, autant dans le privé que dans le public (Figures 1 et 2). Dans le public, le Québec dispose ainsi de **plus** d'appareils par million d'habitants que la somme des ressources privées et publiques des autres provinces canadiennes pour la TDM (Figure 1) et dans la plupart des provinces pour l'IRM (Figure 2). Il faut toutefois souligner que pour la TDM, la proportion d'appareils appartenant au privé reste partout marginale, alors qu'elle est plus importante pour l'IRM.



Source : Institut canadien d'Information sur la santé (ICIS), Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale. Tableau sur le Web: TIM2011.

Le Québec dispose également de **plus de médecins spécialistes en radiologie** diagnostique et de **plus de technologues en radiologie** et radio-oncologie par 100 000 habitants que les autres provinces canadiennes.



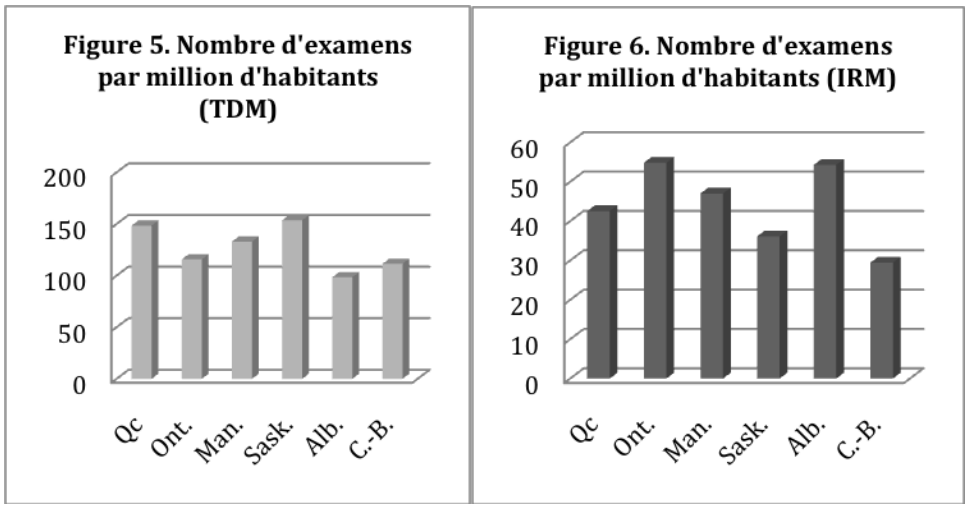
Source : ICIS, Profils provinciaux des dispensateurs de soins au Canada : Un regard sur 24 professions de la santé. *Incluant les technologues en radio-oncologie.

Peu de données sont toutefois disponibles sur la répartition des effectifs entre le privé et le public. En effet, les chiffres décrivant les activités radiologiques non assurées des cliniques privées ne sont pas accessibles, pas plus d'ailleurs que ceux qui concernent leur personnel de soutien.[11] Aucune donnée n'est par ailleurs disponible quant à la répartition du temps des radiologistes entre leurs activités en établissement et leurs activités privées pour la TDM, l'IRM ou l'échographie. Il résulte de cette mixité *de facto* que les radiologistes qui opèrent les cliniques privées sont également responsables des examens de radiologie en hôpital. Dans ce contexte, la pénurie de technologues dans le public alléguée par l'Association des radiologistes est difficile à bien circonscrire.

Au Québec, le nombre d'examens de TDM par habitant est également supérieur à celui des autres provinces canadiennes (figure 5) et supérieur de 18 % à la moyenne canadienne. En ce qui concerne l'IRM, le nombre d'examens est pourtant inférieur de 9 % à la moyenne canadienne et de 22 % à celui de

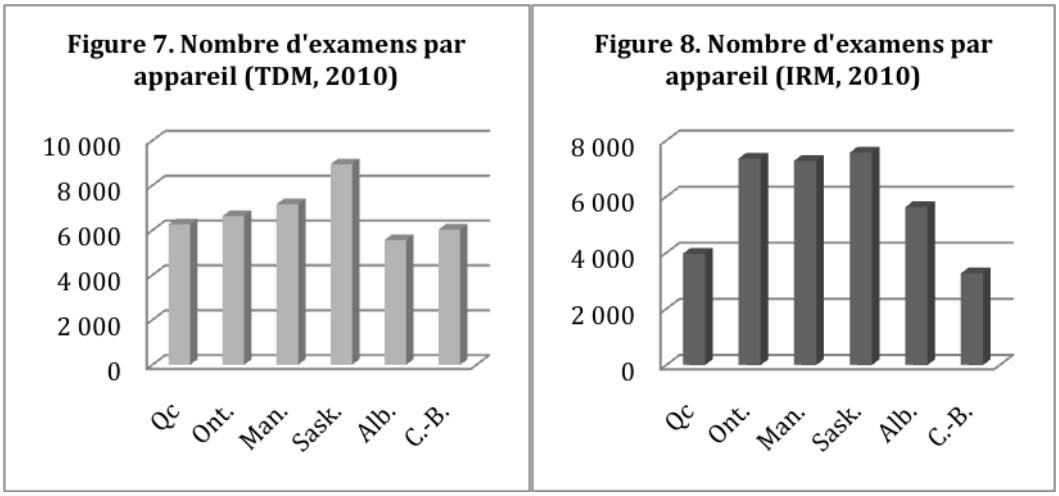
[11] Selon les chiffres de l'APTS (Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux), environ 14 % des technologues en radiodiagnostic travaillent dans le privé.

l'Ontario, malgré un nombre global plus élevé d'appareils et de plus grands effectifs globaux en personnel. Malheureusement, aucune donnée n'est disponible sur le taux relatif d'utilisation des appareils dans le privé et dans le public.



Source : Institut canadien d'Information sur la santé (ICIS), Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale. Tableau sur le Web: TIM2011.

L'intensité de l'utilisation des appareils est donc moins élevée au Québec, surtout pour les IRM (figures 7 et 8), et ce malgré des effectifs en personnel plus importants. La plus grande proportion de cliniques privées, le financement privé des examens réalisés hors établissement et la mixité de pratique *de facto* distinguent le Québec des autres provinces.



Source : Institut canadien d'Information sur la santé (ICIS), Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale. Tableau sur le Web: TIM2011.

D'après une enquête réalisée en 2008 par Bercovici et Bell dans plusieurs provinces (dont le Québec) auprès des hôpitaux publics et de cliniques privées offrant des IRM, les appareils des hôpitaux sont environ 25 % plus utilisés que ceux du privé : en moyenne 14,7 heures d'opération par jour pendant la semaine contre 9,7 pour les cliniques et 11,8 heures par jour le weekend contre 8,2 pour les cliniques.

La radiologie au Québec : faire moins avec plus…

Avec un nombre plus élevé d'appareils et de professionnels au Québec, les difficultés d'accès constatées peuvent difficilement s'expliquer par une pénurie de ressources humaines ou matérielles. Le taux d'utilisation plus faible s'explique certainement en partie par le fait que le personnel (pourtant plus nombreux) n'est pas disponible dans le système public lorsqu'il se consacre aux examens réalisés dans le privé. Il est également possible que ce même personnel travaille en moyenne moins d'heures au Québec. Cependant, il demeure que ce drainage des ressources humaines par le privé nuit au fonctionnement et à l'accès de l'imagerie médicale publique.

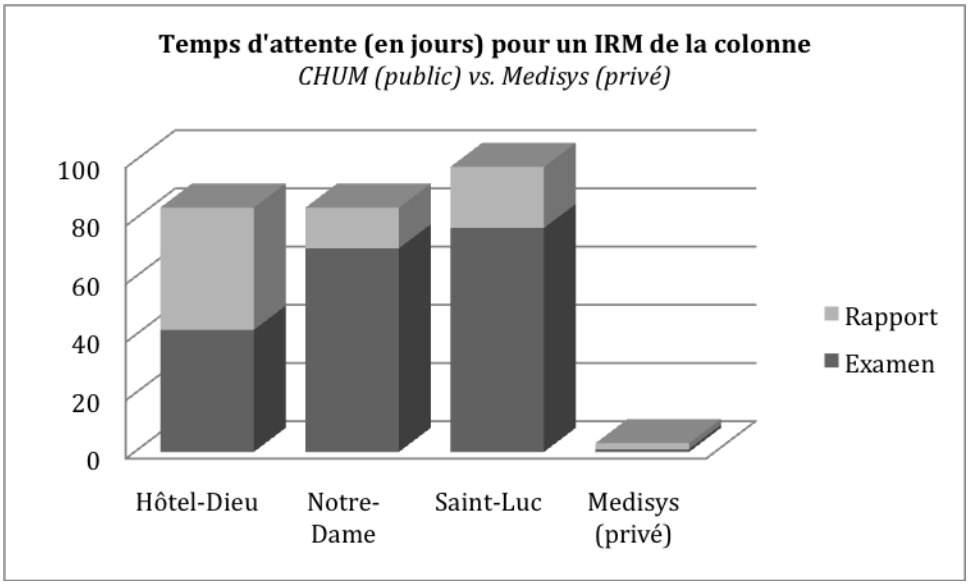
Le fossé public-privé

Au CHUM, les temps d'attente pour l'IRM et la TDM dépassent largement les temps médicalement acceptables. Les temps d'attente pour l'IRM vont de 6 à 22 semaines, et pour la TDM de 9 à 23 semaines.[12] Par contraste, le temps d'attente dans une clinique privée comme Medisys est d'un jour ouvrable pour l'IRM et est inexistant pour une TDM.[13] Une telle discordance démontre noir sur blanc l'excès d'offre privée de radiologie : alors que les ressources sont mobilisées inutilement pour effectuer des examens non urgents et peut-être moins pertinents médicalement, l'accès pour la majorité de la population s'en trouve d'autant affecté.

---

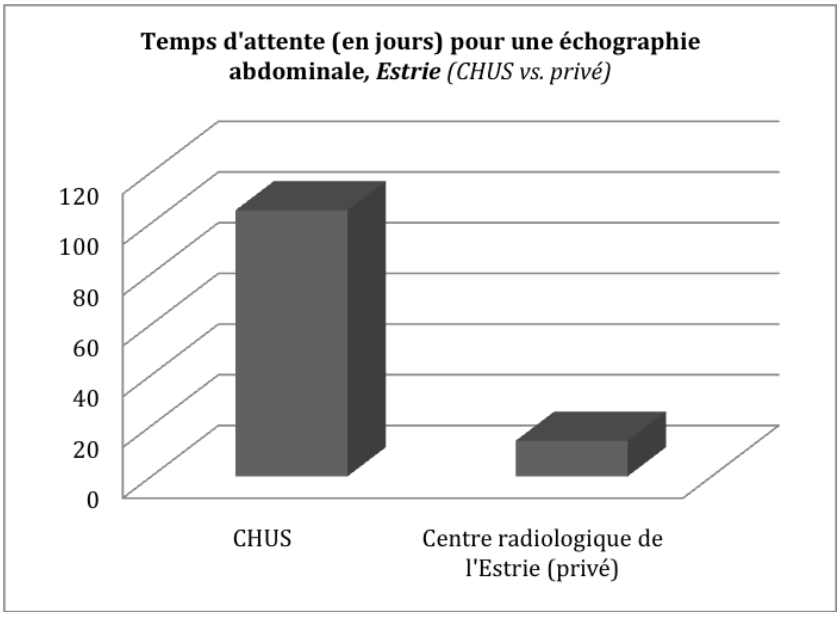
[12] *Les temps d'attente au CHUM. I. Imagerie diagnostique, arthroplastie, chirurgie cardiaque, soins du cancer et restauration de la vue* [en ligne] mai 2007, http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/DETMIS/rapport_temps-attente.pdf, consulté le 27 avril 2012.

[13] http://www.medisys.ca/, consulté le 28 avril 2012.



Sources : 1) Les temps d'attente au CHUM.I. IMAGERIE DIAGNOSTIQUE, ARTHROPLASTIE, CHIRURGIE CARDIAQUE, SOINS DU CANCER ET RESTAURATIONDE LA VUE. Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, CHUM; Technology Assessment Unit, MUHC; 2007. 2). http://www.medisys.ca/

De la même manière, le constat concernant l'échographie est frappant. Prenons par exemple la région de Sherbrooke, où une offre privée d'échographies existe à proximité de l'hôpital. Les délais d'attentes sont substantiellement plus longs au CHUS que dans les cliniques privées voisines, ainsi que dans la plupart des autres CSSS de l'Estrie où une telle offre privée n'est pas disponible.

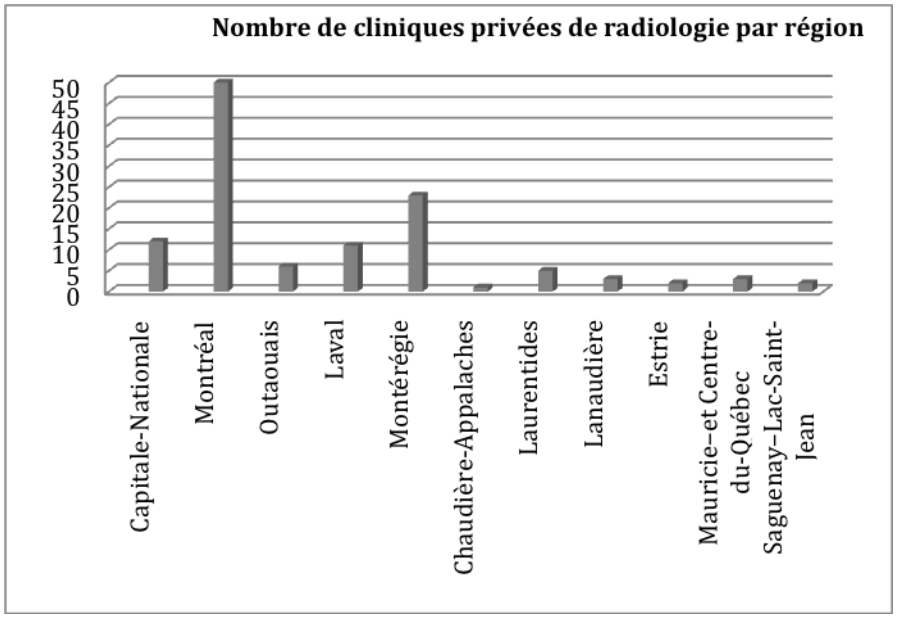


Source : Sommaire des délais moyens et liste d'attente en imagerie médicale, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Non seulement l'offre de radiologie privée met en place un système à « deux vitesses » éthiquement discutable, mais elle nuit au réseau public en drainant les ressources matérielles, humaines et financières. Bien qu'il s'agisse avant tout d'un débalancement de l'offre entre le privé et le public, les médias ont trop souvent tendance à conclure que la rapidité de l'accès à la radiologie privée constitue une preuve de son efficacité, alors qu'elle n'est qu'une autre illustration de la mauvaise utilisation des ressources.

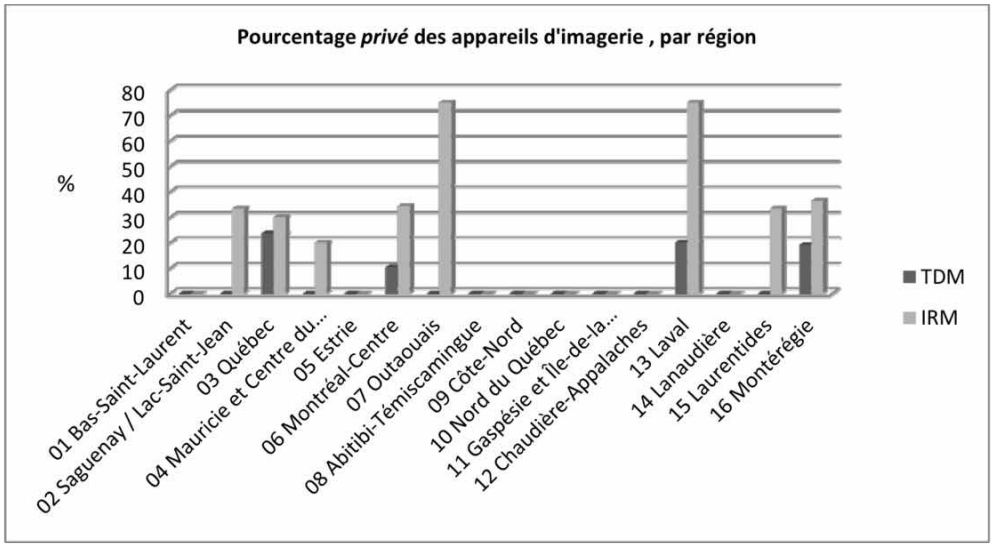
Distorsions interrégionales

Dans l'ensemble, les laboratoires privés de radiologie se trouvent concentrés autour des grands centres urbains, où il y a marché pour ces services.



Source : MSSS.

Seulement quatre régions disposent d'appareils de TDM dans le privé, soit Québec, Montréal, Laval et la Montérégie. Dans ces régions, le pourcentage d'appareils appartenant au privé est toutefois élevé. Cette offre de service se concentre principalement autour des grands centres, ce qui suggère que le drainage du personnel et des ressources vers ces laboratoires se fait non seulement aux dépens du réseau public, mais aussi à l'encontre de l'équité interrégionale.



Source : Institut canadien d'Information sur la santé (ICIS), Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale. Tableau sur le Web: TIM2011.

En ce qui concerne l'IRM, les appareils privés sont plus étendus sur le territoire, mais occupent une plus grande proportion du parc d'appareils dans son ensemble. On note la même tendance lourde à se concentrer autour des grands centres, où un marché est disponible pour des examens de type « *V.I.P* ».

Une distorsion nuisible au système

Le Québec se démarque donc des autres provinces canadiennes par un grand nombre d'appareils d'imagerie médicale (IRM et TDM) détenus et opérés par des cliniques privées, qui dispensent des examens payés par les patients ou leur assurance privée profitant à des intérêts privés. Bien qu'aucune donnée chiffrée ne soit actuellement disponible pour les appareils d'échographie, la réalité sur le terrain est certainement comparable à celle de l'IRM et de la TDM, avec une offre importante d'échographie non assurée.

Alors qu'il dispose de plus de ressources matérielles et humaines, le Québec est ainsi moins performant que l'ensemble du Canada pour l'accessibilité aux services d'imagerie médicale. L'exclusion de la couverture publique des examens de TDM, d'IRM et d'échographie réalisés hors établissement conduit à une mixité de pratique qui a pour effet de drainer les ressources du public vers le privé. Cette distorsion nuisible au système de soins conduit à des problèmes d'accès pour la majorité des patients et constitue un enjeu fondamental à prendre en compte dans la recherche de solutions pour l'accès à l'imagerie.

Le cas particulier de la CSST

En cas d'accident du travail ou de maladies professionnelles, la CSST doit payer non seulement des soins de santé, mais aussi des indemnités de remplacement du revenu. Or, toute attente allonge la période des indemnisations, donc les coûts directs. De plus, les délais d'attente peuvent aussi occasionner des coûts plus élevés si la lésion n'est pas soignée à temps. La réadaptation, donc le retour au travail, pourrait alors être plus difficile ou même compromise, occasionnant des coûts supplémentaires pour l'assureur. La CSST se comporte donc en « bon assureur » et offre à ses prestataires un accès privilégié aux examens d'imagerie.

Ainsi, la CSST rembourse les services d'imagerie, assurés ou non par la RAMQ : échographie, TDM et IRM, qu'ils soient dispensés à l'hôpital ou en clinique privée. Elle a conclu des ententes avec les laboratoires privés d'imagerie partout à travers le Québec. Les ententes couvrent l'échographie (6 ententes), la médecine nucléaire (3 ententes), la TDM (16 ententes) et surtout l'IRM (25 ententes). De plus, elle exige la garantie d'accès à l'examen (10 jours) et au rapport (cinq jours après).

Cette question soulève la notion d'équité, qui se trouve ici malmenée. Il est difficile de justifier au plan éthique que les lésions professionnelles soient traitées de manière préférentielle par rapport à tout autre problème de santé non relié au travail. Le parent qui fait une chute en allant chercher son enfant à la garderie après son travail devrait avoir le même droit à son examen, aussi rapidement que s'il avait eu son accident au travail, et sans avoir à débourser au privé. Un système juste et équitable traite les patients selon les besoins et non selon leur capacité de payer (ou celle de leur assureur).

Ce fonctionnement fait en sorte que les laboratoires privés d'imagerie reçoivent un financement important provenant de la CSST, argent qui échappe du même coup aux établissements publics. Bien sûr, les laboratoires privés offrent un service rapide, mais cela se fait aux dépends du réseau public puisque le personnel est tout simplement drainé vers ces cliniques : avec la CSST, on observe aussi un drainage de ressources financières.

MQRP, loin de s'objecter à l'accès en clinique privée de médecins participants pour les cas CSST et SAAQ, considère qu'il faut l'étendre à l'ensemble de la population en le ramenant dans le giron public. Il est bon de se rappeler que les droits acquis par et pour les travailleurs organisés ont souvent précédé les droits applicables à l'ensemble de la population.

Rien ne justifie que la même médecine ne s'applique pas dans les autres cas. Le parent qui fait une chute en allant chercher son enfant à la garderie après son travail devrait avoir le même droit à son examen aussi rapidement que s'il avait eu son accident au travail, sans avoir à débourser au privé.

4. Les acteurs principaux : les laboratoires d'imagerie médicale

Comme les centres médicaux spécialisés (CMS), les laboratoires d'imagerie médicale (LIM) peuvent être détenus par des actionnaires qui n'exercent pas dans la clinique, ce qui les distingue des cabinets conventionnés traditionnels regroupant des médecins qui y travaillent et mettent leurs ressources en commun. La majorité de ces laboratoires sont bien intégrés dans le système public, fournissant des tests couverts, mais quelques grosses cliniques peuvent venir changer le portrait de la situation, s'appuyant sur les exclusions et sur les fonds d'assureurs publics comme la CSST et la SAAQ.

Ainsi, bien que l'exploitant du LIM détenu par des actionnaires doive être radiologiste, la seule contrainte imposée à la société qui le mandate est que plus de 50 % des actionnaires soient également radiologistes. En somme, un certificat de spécialiste en radiologie permet en théorie d'investir sans limites dans le marché des cliniques d'imagerie médicale. A l'extrême, pourvu que l'actionnaire détienne un tel certificat, rien ne l'empêcherait de détenir jusqu'à 100 % des parts de tous les LIM du Québec. En cas de manque de fonds, il pourrait également céder un peu moins de la moitié de ses parts de chaque laboratoire à des financiers intéressés.

Cette structure pousse les LIM qui y font appel à rentabiliser les montants investis. L'obligation imposée au conseil de gestion interne du LIM d'être majoritairement composé de radiologistes y travaillant ne peut adéquatement protéger d'une éventuelle pression émanant d'actionnaires externes. Il suffit de lire les récents rapports d'enquête de la RAMQ portant sur les CMS de RocklandMD[14] et de la Clinique chirurgicale de Laval[15] pour se convaincre du bien-fondé de cette inquiétude. En effet, ces centres auraient trouvé des voies de contournement permettant de satisfaire la demande de profits des

[14] *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur le Centre de chirurgie et de médecine Rockland inc.* [en ligne] février 2012, http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/salle-presse/actualites/2012/Pages/rapport-rockland.aspx, consulté le 26 avril 2012.

[15] *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur la Clinique chirurgicale de Laval* [en ligne] mars 2012, http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappenq-clinique-laval-fr.pdf, consulté le 26 avril 2012.

actionnaires. Dans le cas de RocklandMD, la clinique aurait imposé des forfaits obligatoires pour permettre l'accès à un médecin participant et de facturer des services pour lesquels elle était déjà payée par la RAMQ, deux pratiques pourtant contraires à la loi. Quant à la clinique de Laval, elle aurait exploité une exclusion méconnue permettant de facturer des services à un employeur ou à une association dans des situations très circonscrites, pour faire payer les interventions par l'intermédiaire d'une autre société qui s'occupait de la facturation.[16] MQRP déplore d'ailleurs l'absence de pénalités substantielles de la part la RAMQ, ces cliniques ayant vraisemblablement reçu des sommes importantes par la voie de mécanismes douteux. La loi prévoit pourtant des pénalités sévères pour ce type d'infraction, mais toute loi non appliquée devient une loi peu contraignante.

Les LIM se distinguent toutefois des CMS par les exclusions en imagerie que dénonce le présent rapport. En effet, comme les radiologistes bénéficient actuellement du droit d'être rémunérés autant par la RAMQ que par les patients, les pratiques commerciales qui sont illégales dans les CMS deviennent légales en LIM. Pourtant, la loi elle-même décrit deux sortes de LIM : ceux où exercent exclusivement des médecins participants au régime d'assurance maladie du Québec et ceux où exercent exclusivement des non-participants. Mais comme l'exclusion d'importants actes d'imagerie médicale permet dans les faits une pratique mixte, il n'y a aucun radiologiste non participant au Québec – parce qu'il n'y a aucune raison pour un radiologiste de l'être.

Même avec une éventuelle couverture complète des actes exclus, revendiquée depuis longtemps par MQRP, la nature lucrative des LIM à actionnaires demeure hautement problématique. Dans des cas similaires en Ontario, ce modèle a été rejeté en raison du gaspillage de fonds publics auquel il menait :

> « -The for-profit clinics siphoned scarce radiologists and technologists from public non-profit hospitals, reducing the number of scans the hospitals were able to do;
> -The for-profit clinics "cream-skimmed" the fastest, lightest care patients leaving the more complex heavy care patients for public non-profit hospitals;
> -The for-profit clinics siphoned revenues from public non-profit hospitals;
> -The contracts with the for-profit clinics were, and remain, secret and unaccountable;

[16] *Ibid.*

> -The clinics reported selling medically unnecessary scans, wasting resources and compromising health for profit, in contravention of clinical treatment protocols. »[17]

Enfin, bien qu'il existe plusieurs similitudes entre les droits et obligations des CMS et celles des LIM, d'énormes différences demeurent, notamment quant au droit du public à l'information. Il n'y a par exemple aucune obligation pour le MSSS de publier régulièrement les informations requises pour l'obtention et le renouvellement des permis.

[17] Natalie Mehra, *Eroding public medicare : Lessons and consequences of for-profit health care across Canada* [en ligne], octobre 2008, http://www.web.net/ohc/Eroding%20Public%20Medicare.pdf, consulté le 27 avril 2012.

5. Que faire? Positions et revendications de MQRP

MQRP revendique, dans un premier temps, une couverture publique complète de l'imagerie médicale médicalement nécessaire, que les services soient rendus à l'hôpital ou en clinique privée de radiologie.

Cela suppose d'abord la modification du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* pour abolir les exclusions de l'échographie, de la TDM et de l'IRM, lorsqu'elles sont dispensées hors de l'hôpital[18]. Ces exclusions, uniques au Canada, sont contraires au principe du droit d'accès universel aux services médicalement nécessaires.

L'absence de couverture publique pour ces examens d'imagerie pourtant essentiels à la pratique médicale contemporaine est à l'origine de multiples problèmes. Comme les hôpitaux ne peuvent pas toujours offrir leurs services gratuits dans des délais raisonnables, notamment en raison des impacts de l'offre de radiologie privée sur les ressources humaines, les patients qui ne peuvent payer pour obtenir ces examens verront leur diagnostic retardé, leurs souffrances se prolonger inutilement, leurs incapacités s'accroître et même leurs vies mises en danger – ce qui ne peut qu'entrainer de fâcheuses conséquences économiques et sociales.[19]

Pour le système de santé, la présence d'une offre importante d'imagerie privée conduit à un allongement des listes d'attente dans les hôpitaux, des coûts plus élevés, un manque d'information sur la réalité d'ensemble, une difficulté de planifier les services et un manque de contrôle de la qualité. Cette politique de marchandisation des services favorise également le développement du marché des assurances privées complémentaires.

Une fois ramenée dans le giron public, l'offre de services d'imagerie médicale maintenant exclus pourra être mieux planifiée, en favorisant la dispensation en hôpital, dans des cliniques ambulatoires publiques.

---

[18] Voir Annexe I : *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*.

[19] McGrurran, J., Noseworthy, T., & the Steering Committee of the Western Canada Waiting list Project.(2002, Spring). « Improving the management of waiting lists for elective healthcare services: Public perspectives on proposed solutions ». Hospital Quarterly, pp. 28-32.

Pour toutes ces raisons, nous croyons qu'il est primordial d'élargir immédiatement la couverture publique à l'ensemble des examens d'imagerie médicalement nécessaires, de la manière suivante :

1. Éliminer **l'exclusion** de la couverture publique des examens d'imagerie médicale (échographie, TDM et IRM) effectués en dehors des hôpitaux, 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. (Voir Annexe I : *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*).

2. En éliminant cette exclusion, ces examens d'imagerie médicale effectués en dehors des hôpitaux deviendront des **services assurés,** comme tous les autres services rendus par les médecins.

3. Une fois assurés, **l'interdiction d'assurance duplicative privée** s'appliquera dès lors à ces services, comme à tous les autres services médicalement assurés, invalidant l'offre liée d'assurance privée; en conséquence, la part de marché des assurances médicales privées s'effacera au profit d'une couverture publique plus juste et équitable.

4. La situation problématique de **mixité de la pratique des radiologistes**, liée à ces exclusions, sera aussi **éliminée,** puisqu'il est interdit à un médecin de pratiquer à la fois dans le privé et le public pour offrir des services couverts par la RAMQ. **Les radiologistes devront alors choisir entre le statut de médecin participant ou de médecin non participant**. L'interdiction d'assurance duplicative privée limitant le marché privé de l'imagerie médicale, **la vaste majorité des radiologistes demeureront des médecins participant au régime public**, comme le reste des médecins œuvrant au Québec. Les radiologistes offrant la majorité ou la totalité de leur temps au réseau public, cette offre de service beaucoup plus adéquate pourra mieux répondre à l'ensemble des besoins de la population.

5. Comme pour tous les actes médicalement requis couverts par l'assurance-maladie, des **tarifs équitables et raisonnables seront négociés entre le MSSS et la FMSQ** pour assurer la rémunération des radiologistes réalisant les examens d'imagerie en dehors des hôpitaux.

Nous sommes par ailleurs conscients que de rétablir la couverture publique des examens d'imagerie effectués hors établissement demandera un financement public accru, pour une prestation privée réalisée dans des LIM, dont certains sont à but lucratif. Cette situation nous apparaît inévitable dans un premier temps, bien qu'elle ne doive pas être favorisée à l'avenir. Par ailleurs, nous pensons que l'investissement public requis pour assurer une couverture plus complète de l'imagerie médicale est approprié, dans la mesure où l'on observera une amélioration de l'offre de service et de l'équité d'accès de même qu'une diminution des délais. Pour la partie hors-établissement, il faudra le plus possible revenir au modèle de cabinets de médecins conventionnés à but non lucratif.

Il sera donc primordial de **A) baliser la couverture publique de cette prestation privée** et de **B) favoriser à moyen et à long terme l'amélioration de l'offre publique d'imagerie afin de rendre caduque cette offre privée**.

A) Baliser le financement public d'une prestation privée

6. Nous continuons de revendiquer l'**abolition des structures corporatives à investisseurs privés.** Avec cette abolition, les LIM deviendraient des cliniques d'imagerie privée « conventionnées », au même titre que les cabinets privés « conventionnés » de médecins de famille.

7. Nous réaffirmons aussi l'importance de maintenir **l'interdiction pour des médecins participants et non participants de pratiquer sous un même toit** (CMS ou LIM). Selon la loi, un CMS ou un LIM doit être composé soit de médecins participants au régime, soit de non participants, mais non les deux à la fois. MQRP revendique d'ailleurs que cette interdiction s'applique à l'ensemble du système public de santé. Sans cette condition, les conflits d'intérêts sont inévitables.

8. Afin de regagner le contrôle public de l'imagerie, il faudra appliquer rigoureusement **l'interdiction de surfacturation et abolir les frais accessoires**.

B) Viser une prestation publique complète

9. Le **rapatriement des radiologistes et techniciens en radiologie dans les établissements publics**, ainsi **qu'une meilleure utilisation des appareils d'imagerie**, permettront d'obtenir une offre publique de service plus adéquate pour les examens d'imagerie médicale effectués à l'hôpital. Par ailleurs, le ministre devrait **suspendre l'octroi de nouveaux permis**.

10. Tout comme l'Ontario il y a quelques années, le gouvernement pourrait aussi, au besoin, **acheter certaines cliniques privées d'imagerie** pour compléter l'offre de services et ainsi fournir les services d'imagerie de façon équitable à l'ensemble de la population d'un territoire donné. Ces LIM deviendraient ainsi des **cliniques ambulatoires publiques d'imagerie médicale sans but lucratif**, faisant partie intégrante du réseau public.

6. Ce qu'en disent les autres

Dr Marc André Asselin, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal :

> « C'est facile de dire qu'on a un système de santé gratuit et universel, au Québec. Mais dans les faits, ce n'est pas le cas », déplore le vice-président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le Dr Marc-André Asselin. **Pour régler la situation, le Dr Asselin estime que le gouvernement devrait assurer les échographies aussi bien à l'hôpital que dans les cabinets privés.** « Les échographies, on en a besoin tous les jours, mais on n'y a pas accès dans des délais raisonnables. Le gouvernement doit nous dire s'il assure la santé ou non. Si oui, les échographies doivent être assurées. »[20]

MQRP fait le même constat que Dr Asselin et renchérit en affirmant que la situation est similaire pour la TDM et l'IRM. La couverture publique de ces trois types d'examens doit être assurée hors hôpital.

Dr Gaétan Barrette, président de la FMSQ :

> **Il ne s'opposerait pas à ce que le gouvernement assure ce service en cabinet privé.**
>
> « **Si le gouvernement décidait de le couvrir à l'extérieur de l'hôpital, ce qu'il peut faire n'importe quand, il le fait et on négocie un tarif et c'est terminé. Je n'ai aucun problème avec ça. La négociation qui entourerait ça durerait un mois. C'est un simple calcul budgétaire** », a indiqué le Dr Barrette.
>
> À son avis, c'est le gouvernement qui est responsable de la situation et non les radiologistes qui offrent un service en toute légalité en clinique privée. « **C'est parce que l'hôpital ne se développe pas que le privé se développe. Le financement des activités à l'extérieur de l'hôpital est un sujet qui est majeur, qui va s'amplifier avec le temps et c'est un sujet que les gouvernements ont volontairement refusé d'adresser pour une raison simple** », a-t-il avancé.[21]

---

[20] Ariane Lacoursière, « Échographies : des patients dirigés vers le privé » *La Presse*, le 23 juillet 2009.

[21] Pierre Pelchat, « Échographies en clinique privée : la gratuité, une solution? » *Le Soleil*, le 3 juillet 2011.

MQRP est d'accord que le principal responsable reste le gouvernement et le sous-financement. Cela étant, dans l'hypothèse d'une couverture publique de l'imagerie médicale actuellement, MQRP met en garde contre la possibilité pour les radiologistes de toucher une rémunération hors établissement surévaluée par rapport aux coûts, ce qui entraînerait un plus grand exode des radiologistes vers les cliniques privées. La rémunération d'origine publique ne doit pas être plus avantageuse hors hôpital afin de favoriser une prestation publique.

Dr Frédéric Desjardins, président de l'Association des radiologistes :

> « La semaine dernière, le président de la FMSQ avait avancé que les radiologistes pourraient effectuer de 800 000 à un million d'examens d'échographies de plus par année si le gouvernement décidait de couvrir les frais des échographies dans les cliniques privées et cela, sans ajouter de ressources. Le Dr Barrette avait estimé qu'il en coûterait environ 30 millions $ par année à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour couvrir ces examens en cabinet privé. […]
>
> [Le Dr Desjardins] s'est également dit surpris des propos de la présidente des Médecins pour le régime public, la Dr Marie-Claude Goulet, qui demande que les frais des examens d'imagerie médicale (échographie et résonance magnétique) en cabinet privé soient inclus dans les services couverts par l'assurance maladie.
>
> « Je suis tombé en bas de ma chaise en lisant ça. Si le gouvernement a réellement un 30 millions $ par année pour les échographies, il ne doit pas le mettre dans les cabinets privés mais dans les hôpitaux », a insisté le Dr Desjardins qui est actionnaire de cliniques privées. Il s'est dit prêt à siéger à un comité pour bien utiliser ces fonds.
>
> « Et je vais donner plein d'idées sur la façon de l'investir dans le réseau public pour améliorer l'accès », a-t-il ajouté.[22]

MQRP est tout à fait d'accord avec le fait qu'il faut investir dans les hôpitaux publics plutôt que dans les cliniques privées d'imagerie. Nous revendiquons d'ailleurs un éventuel rapatriement complet de l'imagerie médicale dans le réseau public. Par ailleurs, il nous semble très clair que tant qu'il y aura exclusion de l'assurance maladie des examens d'imagerie effectués hors hôpital, il sera impossible de régler les problèmes d'iniquité d'accès à ces examens, les listes

[22] Pierre Pelchat, « Gratuité des échographies : les radiologues surpris » *Le Soleil*, le 6 juillet 2011

d'attente au public étant directement reliées au drainage des ressources humaines (radiologistes, technologues) vers le privé.

Dr Claude Blanchard, médecin-conseil au ministère de la Santé et responsable du dossier des permis de laboratoire d'imagerie médicale (LIM) et de radiologie :

> « **La radiologie, un secteur en développement□?** Même si **le ministère de la Santé ignore le nombre exact d'examens annuels réalisés dans les cliniques radiologiques privées,** puisqu'elles ne sont pas tenues de répondre à cette question, **le Dr Blanchard estime que la radiologie représente la spécialité médicale où l'offre privée est la plus répandue**. La plupart des autres médecins spécialistes exerçant en cabinet privé font de la consultation ou de l'expertise, mais ils n'ont pas poussé la dimension technologique autant que les radiologistes. **La chose commence toutefois à se répandre dans d'autres disciplines, notamment avec la mise sur pied de cliniques d'endoscopie**. »[23]

MQRP constate également que l'offre privée se répand de façon inquiétante et répète qu'il ne faut absolument pas exporter le modèle des radiologistes à d'autres spécialités. Le ministre de la Santé et la RAMQ devraient être beaucoup plus agressifs dans l'application des interdictions de surfacturation et d'autres illégalités qui se répandent en raison de ces nouvelles cliniques. Dans ce contexte, nous craignons d'ailleurs que la prochaine exclusion de la couverture publique soit l'endoscopie digestive effectuée en dehors de l'hôpital.

Dr Jean Rodrigue, directeur des affaires médicales et universitaires du MSSS :

> « **Alors, un radiologiste qui exerce dans un hôpital et a des intérêts dans une clinique privée se place-t-il en conflit d'intérêts ?** Le Dr Rodrigue souligne que, dans la très grande majorité des cas, le radiologiste ne peut pas induire la demande d'examens, assurés ou désassurés, émanant d'un médecin traitant. C'est souvent le patient qui détermine où il va passer son examen. Le sous-ministre rappelle aussi que les radiologistes sont soumis à leur code de déontologie et que leur conduite peut être examinée par le CMDP de leur hôpital en cas d'écart. »[24]

Il y a un conflit d'intérêts potentiel pour un radiologiste ayant des intérêts dans une clinique privée et pouvant choisir son lieu d'exercice, plus ou moins

[23] Denis Méthot, *L'actualité médicale*, le 5 octobre 2011.
[24] *Ibid.*

rémunérateur, avec deux listes d'attentes distinctes. Le radiologiste contribue en effet à accroître la différence entre la demande et l'offre publique puisqu'il transfert lui-même au privé une partie de sa pratique. Il n'est pas toujours vrai de dire que c'est le patient qui détermine où il va passer son examen. Il est très souvent pris en otage et se trouve parfois confronté au dilemme de décider de payer pour passer un examen plus rapidement versus attendre sur une liste d'attente dans le public.

> « **Le Dr Rodrigue estime que les ressources du système public sont sous-exploitées et qu'il faut les optimiser davantage**. "Bien qu'il y ait des listes d'attente, notamment en résonance magnétique, le Ministère est d'avis qu'actuellement il faut d'abord travailler à l'accès à l'imagerie et aux processus pour améliorer l'accès dans le réseau public", a-t-il souligné.
> **D'après notre évaluation de la tomodensitométrie (scanners) et de la résonance magnétique, il est clair que le système public possède l'infrastructure pour répondre aux besoins et qu'il y a des ajustements à faire**. **On pense qu'il y a suffisamment d'appareils dans le réseau public pour répondre aux besoins des Québécois**. »[25]

MQRP est tout à fait d'accord avec le fait « qu'il y a suffisamment d'appareils dans le réseau public pour répondre aux besoins des Québécois » et « que les ressources du système public sont sous-exploitées et qu'il faut les optimiser davantage ». Nous avons d'ailleurs fait la démonstration que nous avons un nombre d'appareils d'IRM et de TDM supérieur à la moyenne canadienne tant dans le réseau privé que public.

Par ailleurs, il nous semble illusoire de croire que le problème puisse se régler sans l'abolition des exclusions qui, à notre avis, sont à l'origine des problèmes d'accès dans le réseau public. En effet, tant qu'on permettra et favorisera, par le biais des exclusions et de l'assurance privée, le développement de cliniques privées d'imagerie, les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement du réseau public seront drainées vers le privé. De plus, les radiologistes « investisseurs » n'auront pas intérêt à ce qu'on règle la question des listes d'attente au public puisqu'ils y puisent directement leur clientèle.

[25] Denis Méthot, « Imagerie médicale: Le Ministère veut optimiser l'utilisation de l'équipement public plutôt que de recourir au privé » *L'actualité médicale*, le 5 octobre 2011.

> « **Il y a aussi la question de la pertinence de l'examen. Il faut faire attention. Quand on rend une technique plus accessible, est-ce qu'on s'assure aussi que son utilisation sera efficace et efficiente?** »[26]

Nous pensons plutôt que l'amélioration de l'accessibilité, par la couverture publique, à l'ensemble des examens d'imagerie médicale permettra une utilisation plus rationnelle, ainsi qu'un meilleur contrôle de la qualité et de la pertinence de ces tests.

[26] *Ibid.*

Bon renard ne se prend pas deux fois au même piège : la fausse route de la mixité

La couverture publique des soins de santé a permis des avancées sociales fondamentales, mais pour certains actes d'imagerie médicale, cette lutte a aussi connu des reculs et n'est donc pas terminée. Le présent rapport a permis de comprendre certains des mécanismes en jeu dans la privatisation de notre système public de santé et a donné un aperçu de ce qui nous attend si rien n'est fait pour arrêter ce processus.

Dès les premières lois mises en place pour intégrer la médecine dans le filet de sécurité social au Québec, beaucoup de médecins ont adhéré à cette nouvelle façon de favoriser l'accès aux soins, mais il y eut également de nombreuses zones de résistances médicales. Un équilibre fragile construit sur des compromis entre le public et le privé a conduit au système que nous connaissons aujourd'hui.

Ce compromis est basé sur le principe primordial que le médecin doit choisir son camp : être exclusivement participant ou non participant. Pour les participants, il y a interdiction de recevoir d'autres montants que les tarifs négociés entre le ministère de la Santé et les fédérations de médecins pour les actes médicalement nécessaires. Pour les non-participants, ils doivent se débrouiller selon les règles du marché.

Au sein du système public, ces tarifs font l'objet de négociations constantes, tant pour les interventions à l'hôpital, dont l'infrastructure est payée par le ministère, qu'à l'extérieur de celui-ci, où les médecins reçoivent une compensation pour les coûts de leurs installations. Cette négociation est centralisée : tous les médecins doivent en principe être rémunérés de la même façon pour le même acte, afin de viser l'accès et la qualité égaux pour tous les citoyens.

Mais au fil des ans et des restrictions budgétaires, l'hésitation à couvrir certaines des nouvelles technologies a laissé des trous dans la couverture publique, touchant des actes pourtant médicalement nécessaires et cédant ainsi peu à peu le terrain que le système public avait difficilement conquis. Graduellement, un réseau privé parallèle s'est déployé, faisant pression pour agrandir ces failles dans la couverture publique et ensuite s'attaquer à d'autres acquis, contournant de ce fait le mécanisme de négociation mutuellement accepté.

Les radiologistes ont été les premiers à bénéficier d'une mixité de pratique

légale, pouvant être rémunérés tant par la RAMQ que par des sources privées (assurances et individus) pour des actes médicalement nécessaires. Cette double source de revenu a permis le développement de sociétés à but lucratif avec une portée d'action de plus en plus grande. Au fil de leur croissance, ces sociétés deviennent capables de concurrencer le système public, puis de l'affaiblir, principalement en drainant ses ressources humaines (radiologistes et technologues), avec les conséquences que nous avons explorées dans ce rapport.

La mixité de pratique, permettant de négocier un revenu de base garanti provenant de la RAMQ et d'y ajouter des contributions privées, est convoitée dans d'autres spécialités. C'est ainsi qu'en novembre 2011, la facturation d'importants frais accessoires de légalité douteuse, non couverts par les ententes avec les ophtalmologistes, a abouti à une nouvelle exclusion d'actes d'imagerie médicale en cabinet. Nous anticipons que la même chose pourrait survenir en gastro-entérologie, pour les endoscopies digestives, pour lesquelles les frais accessoires illégaux se multiplient actuellement, de même que dans d'autres spécialités.

L'exclusion d'actes médicalement nécessaires n'est pas l'unique source d'un affaiblissement du principe de négociation cohérente et centralisée. Au-delà des ententes entre le ministère de la Santé et les fédérations, un financement parallèle s'effectue dorénavant par l'entremise d'ententes de services spécifiques négociées par les Agences et les CSSS, qui permettent un profit supplémentaire dont les montants exacts ne sont pas rendus publics. Des pratiques de facturation illégale de tous genres se répandent par ailleurs à travers le système.

Fortifiées par ces nouveaux revenus, des sociétés commerciales de santé construisent un rapport de force avec le gouvernement et deviennent de plus en plus envahissantes. C'est un cercle vicieux, le développement d'un système privé parallèle enlevant du pouvoir de négociation au gouvernement, pourtant l'assise de notre régime public. Ce système privé parallèle livre ainsi une concurrence déloyale au système public.

C'est ce qui doit prendre fin, avec le retour dans la couverture publique de l'imagerie actuellement exclue par règlement que nous proposons.

Annexe I - Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie

Loi habilitante :
Loi sur l'assurance maladie
(L.R.Q., c. A-29, a. 69)

SECTION V
SERVICES QUI NE SONT PAS CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS

22. Les services mentionnés sous cette section ne doivent pas être considérés comme des services assurés aux fins de la Loi:
[…]
q) **l'ultrasonographie**, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ou qu'il ne soit rendu, à des fins obstétricales, dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires mentionné à l'annexe D ou qu'il ne soit un service requis à des fins de procréation médicalement assistée conformément aux articles 34.4, 34.5 ou 34.6;
*q.*1) **la tomodensitométrie**, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier;
*q.*2) **l'imagerie par résonance magnétique**, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier;
*q.*3*)* la tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, à moins que ces services ne soient rendus dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ou qu'ils ne soient rendus dans le cadre du service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique en vue du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge;

Annexe II - Publicité Colonoscopie Virtuelle

Annexe III - MQRP considère le projet de loi no. 127 totalement inacceptable et demande son retrait

Communiqué de presse, le 18 mars 2011

Médecins québécois pour le régime public (MQRP) demande au ministre Bolduc de retirer son projet de loi n° 127, jugeant qu'il propose un modèle de gestion inacceptable pour le système de santé québécois.

MQRP défend aujourd'hui son mémoire devant la commission parlementaire qui étudie le projet de loi, Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

Avec la gestion selon les résultats, le regroupement de médecins entrevoie dans le projet de loi « une volonté de mettre les établissements de santé en concurrence, ce qu'il ne considère pas souhaitable pour améliorer le réseau public de soins », comme l'affirme son vice-président, le docteur Alain Vadeboncœur.

Il estime que le modèle proposé est basé sur la croyance implicite que le marché viendra « assainir » la gestion du système public, intrinsèquement mauvaise et trop coûteuse : une vision qu'il juge erronée. Le docteur Vadeboncœur soutient que cela constituerait un pas supplémentaire vers un système de santé où le privé est le concurrent naturel du public, « ce qui n'est ni souhaitable, ni une bonne façon d'améliorer le fonctionnement et la coordination du réseau de soins » a-t-il ajouté.

Concrètement, le type de gestion envisagé par le projet de loi divise les patients en deux classes : ceux qui sont « rentables », permettant d'atteindre les objectifs de gestion parce qu'on peut les soigner facilement et de manière moins « coûteuse », et ceux qui sont « non rentables », soit les malades chroniques, les personnes handicapées, les malades mentaux, qui eux demandent beaucoup de ressources pour des « résultats » beaucoup plus difficiles à mesurer. Les premiers améliorent les « indicateurs de performance » alors que les seconds les abaissent.

Le regroupement de médecins dénonce du même souffle la logique autoritaire centralisée au niveau du ministre et des agences, la perte de contrôle des instances locales sur la définition des besoins et la planification, ainsi que le rôle accru des administrateurs « indépendants » au détriment de la représentation populaire et de la communauté interne.

MQRP demande enfin au gouvernement d'élaborer un plan axé sur les fins plutôt que sur les moyens, afin de revenir à l'essentiel : une mission clinique et de service public destinée à servir l'ensemble de la population et appuyée par une participation active de toutes les composantes de la communauté interne du réseau.

Le mémoire de MQRP sur le projet de loi n° 127 est accessible au public sur son site internet : http://mqrp.qc.ca/memoire18mars2011.pdf

Annexe IV - MQRP dénonce les mesures en santé du budget Bachand 2011

Le 31 mars 2011

Une déception attendue

Le budget Bachand 2011-2012 ne propose, sans surprise, aucun changement à la politique de tarification et privatisation des services publics, dont la santé, telle qu'annoncée par le gouvernement libéral l'an dernier.

Des mesures de taxation régressives

En premier lieu, Médecins Québécois pour le Régime Public dénonce fermement le maintien de la contribution santé. Cette taxe régressive n'a pas de place dans un système public de santé qui se veut universel et équitable, et dont la philosophie devrait rester celle de recevoir selon nos besoins et de payer selon nos moyens. Demander aux citoyens, quel que soit leur revenu, de débourser 100 $ cette année puis 200 $ annuellement à partir de 2012 - alors que le gouvernement se prive de revenus à force de coupures et crédits d'impôt aux entreprises - est inacceptable.

Un financement du privé par les fonds publics

Les dépenses en santé qui croissent le plus rapidement sont celles dédiées à acheter des services ou des biens aux entreprises privées en santé. Toutefois, certaines mesures bien placées nous permettraient de les contrôler et d'avoir un système économiquement plus sain. Et pourtant, dans ce budget, on ne trouve ni d'idées innovatrices ni de volonté qui vont en ce sens.

Lorsqu'on sait que le coût des médicaments est le principal responsable de l'augmentation des dépenses en santé et que le Québec est un des endroits au monde où les médicaments se paient le plus cher, n'y aurait-il pas lieu que le gouvernement exige des compagnies pharmaceutiques des prix moins élevés pour leurs produits? Ayant pris la décision de favoriser la croissance de l'industrie pharmaceutique nationale, le Québec fait peu pour contrôler les prix et en paie les conséquences avec une facture salée. L'instauration d'un régime public d'assurance médicaments permettrait de reprendre le contrôle de ces dépenses, d'économiser des milliards de dollars, rendant ainsi possible des réinvestissements en santé sans réclamer davantage des contribuables.

Autre exemple, les agences privées de soins infirmiers coûtent de plus en plus cher à nos hôpitaux. Si nos infirmières avaient de meilleures conditions de travail dans nos établissements de santé, elles seraient moins nombreuses à les quitter. Des mesures

pour limiter le recours aux agences privées de soins infirmiers sont nécessaires et permettraient de grandes économies.

Vers des méthodes de gestion en santé inspirées du privé

MQRP se préoccupe également de voir que le Budget Bachand 2011 investit dans une transformation de la gestion du système de santé, et ce par des approches empruntées au monde des affaires, telle que la méthode « Lean » et la gestion axée sur la performance.

En effet, cela s'inscrit dans un ensemble de mesures prises par ce gouvernement pour transformer la gestion du système de santé vers un modèle plus proche de celui du secteur privé. Par exemple, le projet de loi 127 actuellement à l'étude met de l'avant un modèle de gestion axé sur la performance, qui présente en réalité plus d'effets pervers que d'avantages.

On s'éloigne d'une philosophie axée sur le patient pour se rapprocher d'une vision centrée sur des indices de performance. Nous ne voyons pas dans le fonctionnement actuel du système de santé les raisons qui poussent le gouvernement à vouloir opérer un tel changement radical de philosophie de gestion. De plus, nous ne souscrivons pas à l'idée que les solutions aux problèmes du système peuvent être trouvées dans les méthodes de management privé.

Comment ces indices de performance seront-ils déterminés? Il apparait peu probable que l'on parvienne à en définir (listes d'attente, durée de séjour?) qui concordent véritablement avec l'objectif primordial du système, la santé des usagers, et qui suffisent en ce sens à l'améliorer concrètement. La performance d'un hôpital ne se mesure pas par le temps de séjour à l'urgence, mais par la qualité des soins reçus en lien avec le type de population qu'il dessert. De plus, l'utilisation de tels indices de performance risque fort d'engendrer deux catégories de patients : «les rentables », soit les cas plus légers, qui porteront ces indices à la hausse et les « non rentables », soit les cas plus lourds et chroniques, qui porteront ces indices à la baisse. Ceux de la seconde catégorie risquent par le fait même d'être considérés comme « non souhaitables » et négligés par le système. Cela porte atteinte au principe d'équité pourtant fondamental dans l'attribution des soins de santé.

MQRP croit qu'il est souhaitable d'améliorer la performance du réseau. Cependant, nous doutons sérieusement de la pertinence d'appliquer pour ce faire un modèle de gestion qui, en plus d'être centré sur des indices de performance, implique la mise en concurrence des établissements par la publication obligatoire de ces indices (tel que proposé dans le projet de loi 127). Ce budget constitue, avec un ensemble de mesures prises par ce gouvernement, un pas supplémentaire vers l'instauration d'un « nouveau management public » qui risque de détourner le système de santé de sa vocation première : offrir un service de qualité aux citoyens en fonction de leurs besoins.

En bout de ligne, ce sont les couches les plus vulnérables de notre société qui subissent les premières les conséquences de ce manque de vision. Déjà, les coupures des dernières années se font sentir : il est impossible, par exemple, pour un patient qui n'a pas d'assurance privée, d'obtenir un C-PAP pour le traitement de l'apnée du sommeil. Des patients au budget serré sautent parfois des renouvellements de médicaments par manque de fonds. L'ajout de la contribution santé et d'une vision entrepreneuriale de la santé ne viendra pas les aider, eux, à boucler leur budget, ni à être mieux soignés. MQRP continue à se positionner pour un système public de santé fort, seul système capable d'assurer un accès universel et équitable à des soins de santé de qualité.

Dre Marie-Claude Goulet, présidente

Médecins québécois pour le régime public

Annexe V - Les principes de la Loi canadienne sur la santé : MQRP demande aux chefs de partis de préciser leur engagement

Communiqué de presse, le 26 avril 2011

MQRP demande aux chefs des partis politiques de se prononcer clairement sur le maintien de la Loi canadienne sur la santé et de ses cinq principes, soit l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la gestion publique et la transférabilité.

Le renouvellement des ententes fédérales-provinciales ne doit en aucun cas devenir l'occasion de renier nos acquis sociaux. MQRP demande aux partis de s'engager à bonifier le financement de ces ententes en 2014. En effet, les problèmes d'accès au système public de santé au Canada sont largement dus à un grave sous-financement amorcé par le gouvernement fédéral dans les années 1990.

Alors que la droite s'exprime de plus en plus ouvertement pour le retrait ou la suspension de cette loi essentielle, MQRP réaffirme aujourd'hui son appui fondamental au maintien et à l'amélioration d'un système public de santé accessible à tous, sans distinction de moyens, par la voie d'un financement et d'une prestation des soins essentiellement publics.

Annexe VI - Entente FMSQ-MSSS sur le traitement de la dégénérescence maculaire

Lettre ouverte, le 2 juin 2011

MQRP s'inquiète : « Une bonne nouvelle à court terme, un grand risque à long terme »

Le 24 mai dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la couverture publique de tous les frais reliés au traitement de la dégénérescence maculaire, mettant ainsi un terme aux pratiques de surfacturation illégale dont étaient victimes les patients, et ce, pour une durée d'un an. On apprenait ensuite dans les médias qu'en juin 2012, « Québec désassurera le service pour tout transférer dans les hôpitaux » et « désassurera l'acte en cabinet privé comme il l'a fait pour les échographies ».

MQRP (Médecins québécois pour le régime public) salue l'initiative qui garantit immédiatement un accès gratuit à ce soin médicalement nécessaire. Cependant, **nous remettons en question le caractère temporaire et exclusif à la dégénérescence maculaire de cette décision.**

Les frais accessoires : un problème beaucoup plus répandu

MQRP rappelle que la problématique des frais accessoires facturés illégalement aux patients est présente dans de nombreuses autres situations que le traitement de la dégénérescence maculaire, brimant ainsi l'accès à un nombre grandissant de soins. Le ministre doit s'attaquer à ce problème de façon systémique afin de garantir un accès intégral et gratuit à tous les soins médicalement nécessaires. Il ne peut s'en tenir à des ententes à la pièce.

Le problème de la désassurance en cabinet privé

MQRP dénonce l'intention du ministre de désassurer, dans un an, le traitement de la dégénérescence maculaire lorsque prodigué en cabinet. Le ministre a annoncé sa volonté de ramener l'offre de ce traitement à l'intérieur des hôpitaux d'ici juin 2012 mais pour les établissements qui ne seront pas en mesure de l'offrir, ils « devront diriger leurs patients, après ententes d'accessibilité, aux cabinets privés d'ophtalmologie de proximité ».

MQRP se questionne sur la capacité réelle des hôpitaux à développer une offre suffisante d'ici un an, mais également sur le fait qu'il est tout à fait inéquitable pour les

patients de ne pas assurer ce service lorsqu'effectué hors de l'hôpital. En effet, de plus en plus d'actes médicalement nécessaires sont effectués en cabinet privé par des médecins participants, et **le lieu de dispensation des soins ne devrait en aucun cas être une raison pour désassurer le service et faire payer les patients**.

L'exemple de la radiologie où il existe d'énormes disparités d'accès, compte tenu de l'exclusion de l'assurance maladie publique de certains examens effectués hors hôpital (échographies, SCAN, résonnance magnétique), démontre bien **que la désassurance en cabinet privé crée une situation discriminatoire envers les patients** qui ne peuvent se payer ces services directement ou par l'entremise d'assurances privées. Cela illustre également un conflit d'intérêts patent lorsqu'un médecin peut choisir le lieu d'exercice plus ou moins rémunérateur, avec deux listes d'attente distinctes.

La désassurance publique des services hors-établissement se fera au détriment des patients et au service des assureurs privés qui récupèrent un nouveau marché : les soins médicalement nécessaires prodigués en cabinet.

Couvrir publiquement et intégralement les services médicalement nécessaires

MQRP demande au ministre d'agir afin de garantir une couverture publique et intégrale des services médicalement nécessaires, quel que soit le lieu où ils sont prodigués. Le ministre ne doit plus tolérer que des frais accessoires soient facturés aux patients. Il ne doit désassurer aucun service sous prétexte qu'il est effectué hors de l'hôpital. Il doit s'engager à couvrir publiquement les actes présentement exclus tels que les examens d'imagerie en cabinet privé.

MQRP demande également à la Fédération des Médecins spécialistes du Québec de ne pas négocier d'entente élargissant la liste des frais accessoires et des actes exclus.

Dre Marie-Claude Goulet

Présidente Médecins québécois pour le régime public

Annexe VII - Propositions de MQRP en vue du prochain Conseil de la fédération

Lettre ouverte à Jean Charest, le 10 janvier 2012

Monsieur Jean Charest
Premier Ministre du Québec

Objet : Propositions de MQRP en vue du prochain Conseil de la fédération

Monsieur le Premier Ministre,

Médecins québécois pour le régime public (MQRP) est un regroupement volontaire de médecins et d'étudiants en médecine, voué à la défense et à l'amélioration du régime public de santé accessible à tous, sans distinction de moyens, par la voie d'un financement et d'une prestation des soins essentiellement publics. Depuis 2006, nous sommes intervenus à diverses reprises dans les médias, en commission parlementaire et auprès des ministres Couillard et Bolduc.

À la veille de la réunion du Conseil de la fédération pour le renouvellement des accords sur la santé, nous tenons à vous faire part de la vive inquiétude suscitée dans nos rangs par la position récente du gouvernement fédéral sur les soins de santé et de nos préoccupations quant aux enjeux du débat.

MQRP juge inacceptable la décision unilatérale d'Ottawa d'établir le financement des dépenses fédérales en matière de santé pour dix ans (après 2014), sans tenir compte des besoins évolutifs des systèmes de santé provinciaux et des changements importants dans l'organisation de la société et dans les modes de dispensation des soins.

Il y a en effet un besoin criant d'élargir la couverture publique des soins à domicile, des médicaments et des soins médicalement nécessaires prodigués par des professionnels de la santé autres que les médecins.

Par ailleurs, MQRP considère primordial que soient maintenus dans leur intégralité les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*, soit :

1. **L'universalité** : toute la population doit être couverte;
2. **L'intégralité** : tous les services de santé médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes (chirurgie buccale) doivent être assurés;
3. **L'accessibilité** : les services doivent être offerts selon des modalités uniformes, sans obstacle direct ou indirect, à un accès satisfaisant à ces services, notamment par une facturation aux assurés;

4. **La transférabilité** : le régime ne doit pas imposer aux habitants de la province de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois pour être admissibles ou avoir droit aux services de santé assurés;
5. **La gestion publique** : le régime doit être géré, sans but lucratif, par une autorité publique nommée par le gouvernement de la province, à qui elle doit rendre des comptes.

À ces principes, s'ajoutent deux conditions majeures, également inscrites aussi dans la loi canadienne : **l'interdiction** de la **surfacturation** et de **frais modérateurs**.

En somme, MQRP s'oppose, comme votre gouvernement, à la décision fédérale de limiter l'augmentation des transferts en santé et revendique une augmentation sensible de la contribution fédérale, liée à une application renforcée des principes et conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, incluant la contribution fédérale à de nouveaux services de santé.

MQRP profite de cette occasion pour demander à votre gouvernement plus de rigueur dans l'application des principes de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment quant à l'intégralité de la couverture et à l'accessibilité aux services selon des conditions uniformes, que ce soit à l'hôpital ou hors de l'hôpital, par les professionnels participant à la RAMQ. De plus, vous devez redoubler d'efforts afin d'éliminer les pratiques illégales de surfacturation qui se sont développées ces dernières années.

Nous souhaitons vivement que le Québec, de concert avec d'autres provinces, en arrive à infléchir la position inacceptable du gouvernement fédéral, de manière à garantir un financement à hauteur des besoins de la population et à protéger solidement les bases de notre système de santé qui, en dépit de ses lacunes, a bien servi les Québécois et continuera de le faire pour des générations.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous voudrez bien accorder à ce message et vous prions d'accepter, Monsieur le Premier Ministre, l'expression de nos sentiments distingués.

Dre Marie-Claude Goulet, présidente

c.c.
Dr Yves Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux
Mme Pauline Marois, chef de l'Opposition officielle
Dr Amir Khadir, chef de Québec solidaire
M. François Legault, chef de la Coalition Avenir Québec

Annexe VIII - Le vieillissement de la population : Obstacle insurmontable pour le budget de notre système de santé?

Article de l'aile étudiante

Une idée bien tenace est véhiculée dans les médias depuis plusieurs années, voulant que le vieillissement imminent de la population, et particulièrement de la génération des baby-boomers, constitue une menace à la viabilité de notre système de santé. L'argument sous-tendant cette thèse est que le vieillissement de la population entrainera une croissance effarante des coûts associés au système de santé, coûts qui ne pourront donc dorénavant plus être supportés par la société. Nous sommes en droit de nous demander si cela représente bel et bien la réalité ou s'il s'agit d'une relation de causalité grossière faisant passer l'annonce d'une pluie saisonnière pour la menace d'un tsunami?

Données de la littérature

Il est indéniable que la population vieillit. Au Québec, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 14,7 % à 19,5 % de la population totale entre 2008 et 2018 et atteindra 25,3 % en 2031.[27] Ajoutez à cela l'idée répandue selon laquelle les personnes âgées coûtent beaucoup plus cher au système de santé québécois en raison d'une plus grande consommation de soins, et nous voilà devant un scénario catastrophique où notre système de santé ne sera plus en mesure de fournir des soins à la population. Pourtant, plusieurs auteurs estiment que la réalité est loin d'être aussi dramatique, affirmant même qu'il n'y aura pas d'augmentation soudaine et dramatique des coûts liés au vieillissement de la population. Comment cela se fait-il? En fait, les données et les prédictions démographiques nous montrent que la population continue et continuera de vieillir pour les 25 prochaines années, tout comme elle a vieilli pendant les 35 dernières années.[28] Pour être exact, le taux de vieillissement passera à 2,4 % pour les années à venir alors qu'il était de 2,1 % pendant les 35 dernières années. La différence est certes non négligeable, mais elle demeure assez minime. Il est donc faux de parler de « rupture démographique » imminente qui causerait l'effondrement du système. Le Conseil de santé du Canada a d'ailleurs statué sur la question en affirmant que la croyance d'un éventuel effondrement n'était qu'un mythe![29] Cela dit, si la menace

[27] Selon les projections démographiques de Statistiques Canada (2007) rapportées par Quesnel-Vallée, A. & Soderstrom, L. (2008). Le défi démographique du vieillissement : une menace pour le financement des services de santé ? Dans Béland, F., Contandriopoulos, A-P., Quesnel-Vallée, A. & Robert, L. (dir.), *Le privé dans la santé : les discours et les faits* (pp. 46-68), Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

[28] Quesnel-Vallée, A. & Jenkins, T. (2008). Vieillissement et utilisation des soins : comment départager les coûts ? Dans Béland, F., Contandriopoulos, A-P., Quesnel-Vallée, A. & Robert, L. (dir.), *Le privé dans la santé : les discours et les faits* (pp. 69-77), Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

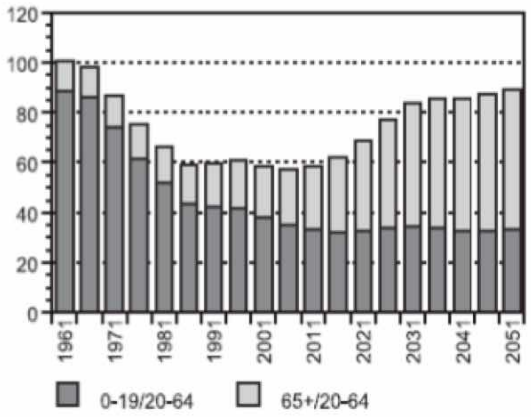
[29] Chappell, Neena L. & Hollander, M (2011). An Evidence-Based Policy Prescription for an Aging Population, HealthcarePapers Vol. 11 No. 1

du tsunami est éliminée, il n'en demeure pas moins que l'accumulation de l'eau de pluie pourrait peut-être mener à un débordement des rivières…

Plusieurs chercheurs de l'Université de Montréal et de l'Université McGill se sont récemment penchés sur la question. Après analyse des données, ils soutiennent que l'augmentation des coûts de la santé due au vieillissement pourrait même être totalement absorbée par la simple croissance économique du Québec. [30]

Les prédictions sont loin d'être simples : de multiples facteurs qui peuvent au départ sembler bien loin du problème nous concernant sont à considérer dans le calcul de la viabilité de notre système. Pour ne donner qu'un exemple, certains économistes craignent que l'augmentation de la proportion de personnes âgées s'accompagne d'une diminution du nombre d'individus dans la population active, ce qui aurait un effet négatif sur la croissance économique, diminuant ainsi les revenus pour financer le système de santé. En effet, les projections démographiques québécoises annoncent qu'il ne restera que deux travailleurs pour chaque retraité, alors que présentement ce nombre est de cinq[31]. Cependant, les personnes âgées ne constituent pas la seule variable dans l'équation de la population active; voici comment les experts de l'IRIS analysent la situation :

GRAPHIQUE 1 : Rapport de dépendance démographique, Québec, 1961-2051



L'année de référence est 1961 (100)
Source : Gauthier et al., 2004[5]

« La chute du nombre de travailleurs paraît bien moins insoutenable lorsqu'on se livre à un calcul plus complet, en comptabilisant la population dépendante (soit les aînés et les autres personnes inactives, notamment les mineurs), plutôt que de considérer uniquement la hausse du nombre des 65 ans et plus[32]. En effet, même s'il y a augmentation du nombre des aînés, cette hausse sera en partie contrebalancée par la diminution du nombre de jeunes, de sorte que la réduction du ratio travailleurs/dépendants (qui passera seulement de 1,8 à 1,3) sera bien moins marquée que celle du ratio travailleurs/retraités. »[33]

---

[30] *Ibid.*
[31] *Ibid.*
[32] Quesnel-Vallée, A. & Soderstrom, Lee. (2006). *Le vieillissement de la population québécoise : les implications pour le financement des services de santé* (Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales du gouvernement du Québec). Disponible en ligne à : http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/06/905162.pdf

[33] Hébert, G. & Landry, J-F. (2008). *Le Québec bénéficierait-il d'une présence accrue du privé en santé*, IRIS.

Bref, il ne sert à rien de faire des scénarios catastrophes quant à une possible explosion des coûts en santé, qui ne font que retarder l'adoption de mesures efficaces pour assurer la pérennité de notre système public de santé. Basons-nous sur des données probantes afin de préparer l'adaptation de notre système aux changements démographiques qui sont à venir. Et rappelons-nous qu'une société est une chose qui se meut et s'adapte.

Nous insérons ici un « mais ». Aussi séduisant et efficace soit-il, cet argumentaire basé sur une absorption des coûts par la croissance économique demeure toutefois bien incomplet. Au-delà des considérations économiques, il convient de rappeler que l'organisation des soins de santé d'une population relève d'un choix idéologique de société. Au Québec nous avons fait le choix de nous doter d'un système de santé dont l'accessibilité est universelle et gratuite parce que nous avons jugé le droit à la santé comme étant un droit fondamental. De ce point de vue, ce sont les besoins de la population qui dictent les dépenses, et non les dépenses qui doivent dicter les services. Bien sûr, nous devons être réalistes. Il est et sera toujours pertinent d'évaluer l'efficience d'un système de santé : est-ce que les soins sont réellement accessibles à tous? Est-ce que l'argent est bien dépensé? Ces questions sont légitimes. Mais questionner l'efficacité du continuum de soins ne remet pas en question le mode de financement du système. Nous présentons dans la section qui suit des solutions au problème démographique qui ne remettent pas en question le choix de société que nous avons fait dans le passé : celui d'un système de santé public.

Petite vulgarisation du concept « d'intégration des soins »:

Pour illustrer l'intégration, solution mondiale de tous les maux des systèmes de santé, il faut savoir que la non-intégration s'illustre par la relation en « silos » entre les différents intervenants du système de santé (Md avec Md, gestionnaire avec gestionnaire, auxiliaire avec auxiliaire, pharmacien avec pharmacien, etc.) À l'opposé, une façon de fonctionner de façon intégrée est de réunir autour d'une même table l'ensemble des intervenants pour un même patient ou un même projet. Évidemment, l'aspect financement doit suivre les patients et les intervenants, et non l'inverse! Bref, l'intégration est un alignement des processus d'offre de soins, de gestion et de financement qui vise, dans sa forme la plus achevée, l'atteinte d'objectifs sanitaires, administratifs et financiers communs, soit la génération maximale de santé et de bien-être avec une utilisation optimale des ressources.

Quelles sont les solutions ?

Ainsi, bien que nous ne soyons pas face à une catastrophe démographique, il est définitif que le vieillissement de la population est une caractéristique de notre société à laquelle il faudra s'adapter. Voyons quelques propositions.

Entre autres, comme le proposent Louise Lafortune, François Béland et Howard Bergman dans leur article publié récemment dans le journal Vie Économique[34], il faut voir l'adaptation au vieillissement de la population comme une réorientation des pratiques cliniques plutôt que comme un défi économique. En ce sens, il existe plusieurs pistes de solutions. Parmi celles-ci, nommons notamment l'augmentation et l'intégration des soins à

[34] Lafortune, Louise & Béland, F. & Bergman, H. (2011). Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique. Édition Vie Économique, Vol. 3, No. 1

domicile. Cette pratique mène à une augmentation de la qualité de vie des patients, de même qu'à une économie de coût globale pour le système de santé, à condition que les soins soient bel et bien coordonnés et intégrés (voir encadré). De plus, cet article présente plusieurs études démontrant que les soins à domicile réduisent les hospitalisations et l'hébergement, tout en augmentant la satisfaction et l'autonomie des personnes âgées.

Pour aller de l'avant vers une stratégie organisationnelle de soins intégrés, Neena L. Chappell, présidente de l'Association canadienne de gérontologie, recommande que le prochain accord sur la santé, négocié entre les provinces et le gouvernement fédéral en 2014, se centre sur cet aspect en vue d'un plan national pour un continuum de services de santé. Ces derniers comprennent les soins à domicile, les soins palliatifs, en passant par les soins curatifs et la santé publique.[35] Mme Chappell rappelle d'ailleurs l'importance que prend la prévention dans le maintien d'une bonne qualité de vie pour nos aînés, de même que dans les épargnes de coûts de santé supplémentaires. À titre d'exemple, elle mentionne qu'une diminution de 20 % des chutes chez les personnes âgées résulte en une diminution de 7500 hospitalisations, une épargne d'incapacité chez 1800 personnes et une économie globale de 138 millions de dollars par année pour le système de santé[36].

Dans un autre ordre d'idées, il serait également important d'aborder la question des médicaments lorsqu'on parle d'augmentation des coûts et de vieillissement de la population. À ce propos, le professeur Steven Morgan de l'École de population et santé publique de l'Université de Vancouver affirme qu'avec la fin des brevets pour certains des médicaments les plus prescrits, le coût moyen des thérapies pharmacologiques déclinera en raison de la compétition des génériques[37]. Cependant, cela doit se faire conjointement avec une redéfinition des politiques gouvernementales et d'établissement des prix des médicaments d'ordonnance[38]. Ici encore, nous avons donc un choix de société à faire.

Évidemment, une autre solution souvent mise de l'avant pour contrer l'augmentation soi-disant insurmontable des coûts du système public de santé est la création d'un système à deux vitesses par une ouverture au privé. En fait, outre pour les quelques investisseurs qui peuvent voir en la santé une occasion de faire des affaires, il est illusoire de croire que la privatisation améliorera le bien-être du plus grand nombre. Rappelons que « réduire le rôle du secteur public change la distribution du fardeau mais

[35] Chappell, Neena L. & Hollander, M (2011). An Evidence-Based Policy Prescription for an Aging Population, *HealthcarePapers* Vol. 11 No. 1

[36] Chappell, Neena L. & Hollander, M (2011). An Evidence-Based Policy Prescription for an Aging Population, *Healthcare Papers* Vol. 11 No. 1

[37] Morgan, Steven & Cunningham C. (2011). Population Aging and the Determinants of Healthcare Expenditures : The case of Hospital, Medical and Pharmaceutical Care in British Columbia, 1996 to 2006, *Healthcare Policy*, Vol. 7 No. 1

[38] Gagnon, Marc & Hébert, G. (2010). *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments*. IRIS

n'en change pas le poids total sur la nation ».[39] Nous croyons que la raison d'être de ce que nous appelons les « sciences de la santé » est le bien-être intégral de l'être humain, autant psychologique que physique, et non la recherche du profit.

Conclusion

Contrairement à l'idée très répandue voulant que le système public de santé québécois s'effondrera sous le poids du vieillissement massif de la population, il semble que nous faisons et ferons plutôt face à un phénomène de modifications démographiques graduelles. Le Québec pourrait très bien être en mesure de s'adapter à ce changement par une redéfinition du schème organisationnel de son système de santé de façon à optimiser le continuum de soins aux patients. Bref, les diverses voies d'amélioration proposées nous rappellent que le système de santé est aussi viable que nous voulons qu'il le soit. Avant de conclure, il serait également important de mettre de côté le stéréotype relevant de l'âgisme qui dépeint toujours les personnes âgées comme dépendantes, pauvres et en perte d'autonomie. La réalité révèle plutôt des personnes autonomes, actives, financièrement indépendantes et en bonne santé. Au Québec, seulement 20 % des personnes âgées nécessitent des services pour leurs incapacités. Une étude mondiale montrait d'ailleurs que l'apport des personnes âgées à notre société est très vaste : revenu, support familial, forte implication bénévole, apport culturel et autres activités sociales de toutes sortes.[40]

Catherine Richer

Nicolas Demers

Karyne Pelletier

[39] Lafortune, Louise & Béland, F. & Bergman, H. (2011). Le vieillissement et les services de santé: une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique. Édition Vie Économique, Vol. 3, No. 1

[40] Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). Un défi de solidarité – Les services aux aînés en perte d'autonomie.

Annexe IX - Un médecin privé pour obtenir des soins plus rapidement… vraiment?

Article de l'aile étudiante

La récente conférence organisée par MQRP à l'Université de Montréal et animée par Dr Alain Vadeboncoeur a suscité de nombreuses réactions. Nous avons reçu plusieurs questions et commentaires suite aux discussions sur les modes de financement du système de santé québécois. Plusieurs étudiants considèrent toujours la privatisation d'une portion grandissante de soins comme une solution potentielle à l'amélioration de l'accessibilité des soins de santé.

Afin d'illustrer ce raisonnement et d'y répondre, voici une question qui nous a été posée par courriel par une étudiante :

« À court terme, si le médecin quitte le système public (où il suivait 1000 patients) pour pratiquer au privé (où il ne suit que 500 patients), il est vrai que 500 patients se retrouvent sans suivi. Mais à moyen terme, puisque le public ne paie plus le médecin, il est possible d'embaucher un autre médecin au public, qui suivra lui aussi 1000 patients. On se retrouve donc à pouvoir suivre 1500 patients au lieu de 1000, pour le même coût public.»

La question est pertinente, et nous allons donc prendre le temps d'analyser dans sa globalité le contexte de l'accessibilité aux soins.

Faisant régulièrement la une des journaux, la question des listes d'attente fait réellement partie du paysage médiatique québécois. Elle constitue également un enjeu politique important, toujours largement débattu en période électorale. Certains croient qu'une augmentation de l'offre de services privée permettrait de diminuer la pression sur le système public, faisant ainsi diminuer les listes d'attente et accélérant l'accès aux soins, tant au public qu'au privé. Or, le nombre et la capacité de formation de médecins et de professionnels de la santé étant restreints, le système privé est dépendant du système public pour ses ressources humaines. La vraie question ici est donc : « Est-ce qu'un financement privé augmente réellement les ressources en santé ou draine-t-il plutôt les ressources du système public? »

Alors que les professionnels de la santé sont actuellement trop peu nombreux pour répondre à la demande, on ne peut concevoir que l'exode d'une partie d'entre eux vers le secteur privé permettrait de réduire les temps d'attente dans le secteur public. Un médecin de plus au privé correspond à un médecin de moins au public. Même chose pour un infirmier, un physiothérapeute, un préposé aux bénéficiaires et tout autre personnel de soin. En permettant aux établissements privés d'offrir davantage de soins, on ne procède qu'à une redistribution des ressources professionnelles sans concrètement soigner plus de patients.

Malgré cet argument, dans bien des cas au Québec et ailleurs, les listes d'attente pour certaines procédures médicales ont favorisé l'apparition d'une offre de service privée, et ainsi la création d'un réseau privé de soins de santé, parallèle au réseau public. Des

chercheurs de disciplines multiples se sont alors penchés sur la question afin de déterminer si cette solution, souvent préconisée par les gouvernements néolibéraux, est efficace ou non.

Une revue de littérature provenant de l'Université de Toronto[41] affirme que, jusqu'à maintenant, rien n'indique que l'ajout d'une offre de soins provenant du secteur privé permette de réduire les listes d'attente du réseau public. Citant l'exemple de l'Angleterre, où le modèle de soins est similaire à celui du Québec, les auteurs expliquent que lorsqu'une diminution significative des listes d'attente est observée pour une intervention médicale donnée, cela fait suite à un investissement dans le secteur public et non à un financement privé. Par ailleurs, ce même article rapporte que les temps d'attente sont généralement moins longs au Canada et aux Pays-Bas qu'en Nouvelle-Zélande et en Angleterre, pays qui font une plus grande place au privé dans leur organisation des soins de santé.

Un système parallèle privé de soins de santé aurait donc l'effet inverse, soit de détériorer la situation des listes d'attente du réseau public. Pourquoi? En fait pour plusieurs raisons potentielles.

Parce que les médecins et professionnels auront tendance à quitter le système public pour un système privé qui est plus lucratif.

Parce que certaines instances économiques et politiques ont intérêt à maintenir les listes d'attente au public afin de favoriser un recours au privé.

Parce que le financement privé crée un système qui est fonction de la capacité de payer et non des besoins, et qu'il tend donc à augmenter la demande de soins.

Parce que c'est le réseau public qui doit gérer les complications de procédures faites hors hôpital au sein du réseau privé.

Parce qu'étant à but lucratif, les cliniques privées offrent des services pour les clientèles moins lourdes (et donc plus rentables), laissant ainsi le système public avec les soins les plus complexes, qui demandent plus de temps et de ressources.

Parce qu'une croissance du privé entrainera inévitablement un désengagement des contribuables les plus nantis dans les ressources publiques, appauvrissant par le fait même le réseau public.

Bref, parce de façon globale, le réseau privé de soins draine les ressources déjà restreintes du réseau public et contribue ainsi à la détérioration du système public de santé.

En outre, la privatisation des soins conduit à une grave dérive éthique, en ce sens qu'elle permet l'émergence de standards de soins différents pour différents sous-

[41] Tuhory, C.H., Flood, C.M. & Stabile, M. (2004). How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29 (3), 359-396.

groupes socioéconomiques d'une même population. Or, la santé d'une population et la souffrance engendrée par la maladie ne doivent pas être soumises aux lois du marché. Accentuer les inégalités entre les patients qui ont les moyens de payer leurs soins et ceux qui ne le peuvent pas ne sera donc jamais une solution justifiable. Et rappelons que la grande majorité de la population n'a pas les moyens d'assumer elle-même le coût de ses soins de santé.

Une amélioration significative, équitable et juste de l'accessibilité aux soins n'est réalisable que par une augmentation de l'investissement public en santé.

Une amélioration des services de première ligne et des soins à domicile permettrait de dépister et de prendre en charge plus rapidement les maladies, de faire un suivi plus adapté des maladies chroniques et d'éviter les complications, de diminuer les consultations à l'urgence et donc finalement de diminuer les listes d'attente pour une panoplie de services.

Il faut agir en ce sens pour que *l'ensemble de la population* ait accès aux meilleurs soins médicalement nécessaires dans des délais acceptables.

Un système de santé doit répondre aux besoins d'une population et non à des intérêts financiers. Nous croyons que pour améliorer notre système public, les efforts doivent être mis *pour améliorer le système public* et non pour développer un système parallèle privé.

Karyne Pelletier

Catherine Richer

Nicolas Demers