



GARANTIR L'ACCÈS ?
UNE PERSPECTIVE CANADIENNE SUR
UN DÉFI D'ÉQUITÉ, D'EFFICIENCE ET DE QUALITÉ

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA
COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES**

VENDREDI 24 MARS 2006

700 – 170, Laurier Ave. West
Ottawa, ON K1P 5V5
Tel: 613.233.4487
Fax: 613.233.6776

170, av. Laurier ouest, bureau 700
Ottawa (ON) K1P 5HV5
Tél.: 613.233.4487
Télééc.: 613.233.6776

Table des matières

Introduction	3
Garantie d'accès aux services médicaux	5
Garantie de soins ou garantie de profits?	5
Assurance-maladie privée duplicative.....	7
L'interprétation du jugement de la Cour suprême.....	7
Conséquences	8
Cliniques spécialisées affiliées	10
Implications commerciales	12
Options de réduction des listes d'attente	15
Les causes des listes d'attente.....	15
Méthodes de réduction des listes d'attente	16
Exemple 1 – Rexdale Community Health Centre (Toronto).....	16
Exemple 2 - Pan-Am Clinic (Winnipeg) et Queensway Surgicentre (Toronto)	17
Exemple 3 - Alberta Hip and Knee Replacement Project (Edmonton)	17
Exemple 4 – Centralisation des listes d'attente.....	18
Conclusion.....	20

Introduction

Il n'est pas exagéré de dire que la réponse du gouvernement du Québec au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis a constitué l'un des événements les plus attendus du domaine des soins de santé au Québec depuis le virage ambulatoire du ministre Jean Rochon. Cette réponse, qui s'est traduite le 16 février dernier par la publication du document de consultation intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, constitue la première étape d'un processus vers l'adoption d'une loi d'ici le 9 juin 2006.

Québécoises et Québécois sont touchés de près par ce grand débat de société. Ce que bien d'entre eux ignorent, c'est que le Canada dans son ensemble pourrait en subir de fortes répercussions. Bien que de juridiction provinciale selon l'Acte de l'Amérique du Nord britannique (1867) et malgré le fait que l'Arrêt de la Cour suprême n'a visé que des lois québécoises, bien des provinces canadiennes n'attendent qu'une ouverture formelle du gouvernement du Québec au secteur privé pour emboîter le pas.

Le Canada tout entier pourrait aussi subir les conséquences de cette ouverture au secteur privé à but lucratif qui pourrait constituer une invitation aux HMOs américaines de s'installer non seulement au Québec, mais aussi au Canada, selon une interprétation généralement acceptée de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA).

Le Livre blanc du gouvernement du Québec avance que seules trois options sont disponibles aux fins de cette consultation publique : (1) le *statu quo* en matière de financement des services de santé ; (2) une ouverture au financement et à la production de services par le secteur privé ; et (3) un Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente et à améliorer l'accès aux services médicaux et hospitaliers publics, tout en introduisant une ouverture ciblée et évolutive à l'assurance privée¹, cette dernière option étant celle qui est privilégiée par le gouvernement.

Nous n'acceptons pas que dans un dossier aussi complexe, nous ne puissions considérer que ces trois options. Ce mémoire rejette une telle vision réductrice de la situation et soumettra des choix alternatifs, basés sur des expériences hors-Québec qui, selon nous, permettraient au gouvernement du Québec de

¹ Gouvernement du Québec, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, 2006, 63 p., page 51.

se conformer à l'Arrêt Chaoulli et de s'attaquer de front à la question des listes d'attente et de la qualité des services sans ouvrir le financement ni la prestation des soins au secteur privé à but lucratif.

Le Conseil est le plus grand organisme de défense des citoyennes et citoyens au Canada. Fondé en 1985, il compte aujourd'hui près de 100 000 membres et plus de 70 sections, incluant celles de Montréal et de Sherbrooke.

Le mandat du Conseil des Canadiens est de protéger l'indépendance du Canada en faisant la promotion de politiques progressives sur le commerce équitable, l'eau potable, la sécurité des aliments, les soins de santé publics et autres questions sociales et économiques qui préoccupent les Canadiens.

Le Conseil n'accepte de fonds ni des entreprises ni des gouvernements, et est entièrement soutenu par l'énergie de ses bénévoles et l'aide financière de ses membres.

Garantie d'accès aux services médicaux

Le gouvernement du Québec désire instaurer une garantie d'accès aux services médicaux afin « d'assurer aux patients un traitement à l'intérieur de délais définis et à prendre en charge le patient de façon personnalisée² ».

Cette garantie d'accès, qui existait déjà pour les services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie, seraient dorénavant appliquées pour les procédures de remplacement de hanche, de genou et de chirurgie de la cataracte. Pour être éligible à cette garantie, un patient devra avoir suivi un processus précis, commençant par la consultation auprès d'un médecin généraliste. Ce dernier aura référé le patient auprès d'un médecin spécialiste qui, après cette deuxième consultation, décidera d'inscrire le patient sur la liste d'attente de l'établissement hospitalier ou clinique initial.

La garantie vise à assurer qu'un patient inscrit sur une liste d'attente pour des chirurgies électives en orthopédie et en ophtalmologie sera traité par l'établissement hospitalier ou clinique initial moins de six mois après l'inscription sur cette liste d'attente. Si le patient demeure sur la liste d'attente après ces six mois, l'établissement initial devra le référer dans un autre établissement public (de la région ou d'une autre région) ou encore procéder à l'achat du service dans une clinique spécialisée affiliée au réseau public.

Si, neuf mois après l'inscription sur la liste d'attente, la procédure n'a toujours pas été effectuée, l'établissement initial procédera à l'achat du service dans une clinique privée (dont les médecins sont non participants au régime public) ou encore dans un établissement hors-Québec ou hors-Canada.

Garantie de soins ou garantie de profits?

Nous sommes inquiets du fait que la garantie d'accès à des services médicaux puisse devenir en fait que la garantie d'une clientèle fiable et régulière et un flot assuré de profits pour un secteur privé qui se voudrait en pleine expansion.

² Gouvernement du Québec, op cit, Page 47.

C'est la raison pour laquelle les analystes de tendance conservatrice accompagnent souvent leur requête pour la création d'un système mixte de prestation de soins de santé d'une telle garantie d'accès aux soins : « Au-delà de la garantie pour le patient, le mécanisme vise d'abord et avant tout à assurer une clientèle suffisante pour maintenir la rentabilité des cliniques privée³ ».

Le Dr Gordon Guyatt nous met aussi en garde contre ces garanties :

First, parallel private clinics will ensure waiting times stay long. Doctors running those clinics need to ensure patients are sufficiently frustrated by waits that someone - patients, insurers, or the governments - will pay for private care. Second, a number of European countries have tried waiting time guarantees. The cure has proved worse than the disease. Guarantees have not reduced the number of patients on the waiting list, or average wait times. One reason is that as soon as the list shrinks, less sick or needy patients - the least likely to benefit - sign on.

More important, the guarantees focus excessive attention on those nearing what some have described as the 'line of failure, shame and blame'. Doctors start to see patients approaching the deadline before they see new patients with more pressing needs. Thus, wait time guarantees result in a set of perverse incentives. For patients, get on the list early, even if your problem is trivial. After all, it might get worse, and once on the list, the clock starts ticking⁴.

Lors de la conférence de presse de lancement du Livre blanc, le ministre de la Santé citait l'exemple de la Suède comme celui d'un pays qui s'était « cassé la figure » en établissant la garantie d'accès aux services médicaux. Il aurait pu aussi ajouter citer la Norvège et le Danemark dans la liste des expériences malheureuses. Tous trois se sont butés aux effets pervers énumérés ci-dessus de ces garanties.

Quant au Royaume-Uni, la garantie de soins qu'il a instituée en 1997 n'a commencé à porter fruit qu'après un réinvestissement massif dans le système public, c'est-à-dire après l'embauche de 7 000 médecins et 15 000 infirmières.

Une garantie d'accès ne donnera aucun résultat marqué si elle n'est pas accompagnée d'un réinvestissement significatif dans le système public et de l'application de méthodes qui permettront à ce dernier de réduire les délais d'attente.

³ CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et PRÉMONT, Marie-Claire, Un plan santé à débattre et surveiller, Groupe de réflexion sur le système de santé du Québec.

⁴ GUYATT, Gordon, Simple, Appealing, and Wrong, Winnipeg Free Press, 30 mars 2004, <http://www.hwc.org/link/mrg/solutions.waitinglist.pdf>.

Assurance-maladie privée duplicative

Le gouvernement du Québec privilégie une interprétation littérale du jugement Chaoulli en permettant le recours à l'assurance privée duplicative pour trois types de soins qui sont normalement couverts par l'assurance-publique, à savoir : les remplacements de hanche, de genou et la chirurgie des cataractes. Qui plus est, le document de consultation laisse la porte ouverte à l'élargissement de cette mesure à d'autres types de procédures.

L'interprétation du jugement de la Cour suprême

Nous croyons que le gouvernement du Québec fait erreur en interprétant le jugement de la Cour suprême de manière si restreinte. La Cour suprême invalide l'article 15 de la Loi sur l'assurance-maladie, mais l'opinion majoritaire souligne aussi que l'interdiction de souscrire à une assurance privée est belle et bien constitutionnelle dans le cas où les listes d'attente ne constituent pas un obstacle à la sécurité individuelle :

Somme toute, bien qu'elle puisse être constitutionnelle dans des circonstances où les services de santé sont raisonnables tant sur le plan de la qualité que sur celui de l'accès en temps opportun, l'interdiction de souscrire une assurance maladie privée ne l'est pas lorsque le système public n'offre pas des services raisonnables. La vie, la liberté et la sécurité de la personne doivent primer. Pour paraphraser le juge en chef Dickson dans l'arrêt Morgentaler, p. 73, si le gouvernement choisit d'agir, il doit le faire de façon appropriée.⁵

En ce sens, le Québec peut continuer d'interdire les régimes privés d'assurance s'il démontre que les résidents du Québec ont accès aux services de santé dont ils ont besoin dans des délais raisonnables.

Il est donc important de considérer que la demande du Dr Chaoulli a été provoquée par les circonstances du système de santé public du Québec en 1997, avant la commission Romanow, le rapport Kirby et plusieurs ententes fédérales-provinciales en matière de santé qui ont ciblé le problème de la réduction des temps d'attente. On peut prétendre que le Québec a déjà satisfait des attentes « raisonnables » quant à la prestation des soins à point nommé.

⁵ Chaoulli c. Québec (Procureur général), 2005 CSC 35, 9 juin 2005, <http://www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/fr/rec/html/2005csc035.wpd.html>, Paragraphe 158.

Conséquences

Plusieurs questions d'équité et d'efficacité sont soulevées par le recours à l'assurance duplicative :

- (1) Qui y aura accès ?
- (2) Pourquoi recourir à une assurance si elle ne peut être utilisée avant neuf mois ?
- (3) Comment empêcher qu'une clinique privée, avec des médecins non participants au RAMQ, puisse opérer et se faire rembourser directement par cette assurance-privée, sans passer par le système public ?

Nous sommes d'accord avec l'analyse de Paul A. Lamarche, Directeur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé et professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, qui avançait lors d'un colloque organisé par l'Institut du Nouveau Monde et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec en février 2006 que :

Des patients possédant une assurance privée court-circuitent le mécanisme de garantie d'accès, obtiennent directement et immédiatement, dans le privé, des chirurgies visées par règlement, qui sont pratiquées par des chirurgiens non participants au régime public, facturant des honoraires plus élevés que ceux payés par la RAMQ et remboursés en tout ou en partie par l'assurance privée des patients. C'est uniquement dans un tel scénario que réside tout l'intérêt de l'assurance privée pour les patients. C'est aussi dans ce scénario que réside tout l'intérêt de devenir médecin non participant et de pratiquer dans des cliniques à financement privé.⁶

Enfin, les diverses expériences internationales en matière d'assurance-santé privée ne sont guère prometteuses si le gouvernement du Québec vise à la fois un accès élargi au système de soins, une réduction des listes d'attente et des coûts raisonnables.

Le rapport Kirby a été relativement critique quant aux succès mitigés de l'assurance privée en Australie, au Royaume-Uni et en Suède :

En Australie, les délais d'attente du régime public n'ont pas changé après l'adoption de la politique subventionnant l'achat de polices privées d'assurance-santé. De même, les données recueillies en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni permettent de croire que, même si les

⁶ LAMARCHE, Paul A., Que penser de la proposition gouvernementale,
http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/docs/chaoulli/paul_lamarche_texte.pdf.

longues périodes d'attente font monter la demande d'assurance-santé privée, l'existence d'une telle assurance ne réduit pas les délais d'attente du régime public.⁷

⁷ Sénat, La santé des Canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral, Rapport final, octobre 2002, 157-179., Volume 6, 16.1

Cliniques spécialisées affiliées

L'intention du gouvernement du Québec semble être d'accroître l'offre de services par l'intermédiaire de cliniques spécialisées affiliées. Selon le Livre blanc, « il s'agit d'une option qui, bien que la gestion en soit assurée par le secteur privé (entreprise, coopérative, etc.) dans un mécanisme d'entente formel avec le réseau public, constitue une offre de service à caractère public. »

Cette mesure est importante et mérite d'être soulignée. C'est par la création de tels centres que les listes d'attente ont été le plus réduites dans d'autres provinces canadiennes. Le Dr Michael Rachlis souligne bien ce fait lorsqu'il dit :

Private clinics can appear to be more efficient because they typically specialize in just a few procedures for a relatively homogeneous group of patients. As a result of the low variation, patient flow is rapid, reliable, and efficient. Such clinics can operate at almost full capacity without developing stoppages to flow. However, the private sector has no monopoly on the model. In fact, the largest out-of-hospital surgical centres in the country are Winnipeg's Pan-Am Clinic and Toronto's Trillium Health Centre's Queensway Surgicentre, both public sector facilities.⁸

Il semble toutefois que le choix du gouvernement tende vers le développement de cliniques à but lucratif plutôt que publiques ou privées sans but lucratif.

Pourquoi?

Dans le contexte de pénurie de médecins et de professionnels, pourquoi créer une situation qui pourrait exacerber le problème ? Pourquoi favoriser l'essor d'une structure qui risque de coûter davantage au trésor québécois ? Pourquoi privilégier une structure privée, à but lucratif, dans un domaine requérant une somme élevée de capitaux, qui ne sera à la portée que des chaînes et des entreprises ?

On peut déjà constater que quelques groupes se frottent les mains à l'idée d'utiliser cette brèche pour répandre l'usage des cliniques privées à but lucratif. C'est le cas du Groupe Opmedic et de son PDG, le Dr Pierre St-Michel :

⁸ RACHLIS, Michael M., Public Solutions to Health Care Wait Lists, Centre canadien pour des politiques alternatives (CCPA), décembre 2005.

Bien que « timide », le document de consultation dévoilé par le ministre Couillard annonce une belle « ouverture » vers le privé qui produira l'effet domino, estime Dr St-Michel, un spécialiste en obstétrique-gynécologie de formation. « Ce n'est que la pointe de l'iceberg, mentionne-t-il. On a entr'ouvert la porte et on va voir beaucoup plus de possibilités de partenariat public-privé que les trois types de chirurgies annoncées», soulignant au passage qu'il existe des listes d'attentes avec des délais supérieurs à un an pour beaucoup d'autres chirurgies⁹.

Si nos propres médecins y voient une occasion d'affaires inespérée pour le développement d'entreprises, une autre question d'importance se pose : combien de temps avant que les firmes américaines, dont les Health Maintenance Organizations (HMO) et les PPM (Physician Practice Management Companies) ne s'y intéressent et demandent le droit d'intégrer ce marché sous l'ALÉNA ?

Si l'intention du gouvernement est de résoudre le problème des listes d'attentes, les cliniques spécialisées affiliées peuvent être utiles en ce sens, comme le soulignait le Dr Rachlis, mais à la condition qu'elles soient à but non lucratif (publiques, coopératives ou privées sans but lucratif.)

Les avantages d'une telle direction sont nombreux :

- (1) L'État évite de tomber dans la sur-réglementation nécessaire pour empêcher les effets pervers d'une privatisation accrue du système, comme l'exode des médecins et professionnels, la transparence et les normes de sécurité ;
- (2) L'État économise puisqu'en recourant aux CSA sans but lucratif, il n'aura pas à défrayer les montants nécessaires pour assurer les marges de profits de 15 % et plus que nécessite l'entreprise privée à but lucratif ;
- (3) Enfin, l'État évite aussi les complications du point de vue du commerce international qu'une telle mesure entraînera.
- (4) Enfin, si besoin en est, ces cliniques pourront être plus facilement récupérables si le gouvernement du Québec désire éventuellement les convertir en centres ambulatoires faisant partie du système public.

⁹ SAINT-AMOUR, Stéphane, Le Groupe OPMEDIC aspire à devenir l'une des premières cliniques spécialisées affiliées, Le Courrier de Laval, 26 février 2006, <http://www.courrierlaval.com/pages/article.php?noArticle=22046>.

Implications commerciales

Le Conseil des Canadiens est préoccupé par les conséquences que pourrait vraisemblablement entraîner l'ouverture, même partielle, de l'assurance privée duplicative et des cliniques spécialisées affiliées si celles-ci sont privées et à but lucratif.

Les partisans d'une plus grande implication du secteur privé reprennent souvent l'argument que les systèmes de santé européens s'accommodent d'un régime mixte, dans le domaine de l'assurance ou de la prestation des soins.

Bien qu'il soit intéressant et utile d'étudier les exemples étrangers, il ne faut pas négliger le contexte qui est très différent de celui qui prévaut au Canada et au Québec. Malheureusement, cette partie de discours est trop souvent négligée.

Le Canada est dans une position unique, qui doit être prise en compte et dont les pays européens n'ont pas à se soucier : il a signé une entente de libre-échange avec les États-Unis, l'ALÉNA, en vigueur depuis 1994.

Si les dispositions de l'ALÉNA ont une importance dans ce débat, c'est qu'elles représentent une menace constante de commercialisation des soins de santé au Canada. Une opinion juridique demandée par le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) en 2000 résume bien cette problématique :

Les objectifs de libéralisation du commerce que comporte l'ALÉNA sont de diverses façons incompatibles avec des politiques qui veulent mettre de côté les lois du marché dans le but d'atteindre d'autres objectifs sociaux tel que celui d'offrir un système de soins de santé qui soit universel, accessible et dont le coût est assumé par des fonds publics¹⁰.

Deux éléments-clés de l'ALÉNA ont des conséquences sur les soins de santé : la clause de traitement national et l'expropriation.

¹⁰ Syndicat canadien de la fonction publique, Avis juridique concernant les règles de l'ALÉNA en matière d'investissements et de services et le projet de la Loi 11 : Le projet de l'Alberta de privatiser certains services de santé, 29 février 2000, <http://www.scfp.ca/www/libreechangeassurancemaladie/4582>.

La clause de traitement national exige du Canada qu'il traite les investisseurs, les biens et les services provenant du Mexique et des États-Unis d'une manière tout aussi favorable qu'il traite ceux du Canada dans les mêmes circonstances.

La disposition relative à l'expropriation est celle dont il est question dans le fameux article 11 de l'ALÉNA. L'article 1110 stipule que le gouvernement canadien doit compenser pour toute mesure expropriant un investissement américain ou mexicain.

Cette disposition s'applique aussi pour toute mesure équivalent à une expropriation (ou une nationalisation.)

Selon Tracey Epps, de la Faculté de Droit de l'Université de Toronto :

Claims are also foreseeable if a provincial government contracts out the delivery of health care services to private providers, such as Alberta where legislation allows private health care facilities to provide some services. Canadian provinces will want the freedom to be able to experiment with these kinds of new public/private initiatives and to reverse them if they are not successful. However, if US investors enter the Canadian market during such periods of experimentation, the expropriation provision may mean that provinces find themselves compelled to pay compensation to those investors if they later wish to remove or restrict their right to operate in Canada¹¹.

Le Canada a prévu deux exemptions relatives aux soins de santé sous les termes de l'ALÉNA. L'Annexe I protège toutes les mesures provinciales en place avant le 1er janvier 1994 et l'Annexe II, qui permet à un gouvernement d'adopter ou de maintenir toute mesure dans la mesure où il s'agit d'un « service social établi ou maintenu à des fins publiques. »

Ces deux exemptions n'ont cependant trait qu'à la clause de traitement national et ne protègent pas le Québec ou le Canada contre un recours américain en vertu de l'Article 11 de l'ALÉNA. L'opinion qu'avait obtenu le SCFP est claire à cet égard :

De plus l'Annexe II C-9 ne s'applique pas à l'égard de plusieurs des dispositions de l'ALÉNA qui sont parmi les plus contraignantes comme celles traitant de l'expropriation et de l'indemnisation.

¹¹ EPPS, Tracey, Merchants in the temple? The implications of the NAFTA and GATS for Canada's health care system, Health Law Review, December 22, 2003, Health Law Institute, Vol. 12, No. 1, Page5.

Cette démarche restrictive et à la pièce engendre un danger réel face à des contestations en vertu de l'ALÉNA et à des plaintes déposées par des investisseurs¹².

Il est tout à fait plausible de penser que si le Québec va de l'avant en officialisant la création d'un marché privé d'assurance-santé dupliquant le régime public, de même que la reconnaissance gouvernementale d'un système de cliniques privées à but lucratif (les cliniques spécialisées affiliées) bénéficiant d'une clientèle quasi-garantie en raison de la garantie d'accès aux services médicaux, l'industrie étatsunienne privée de la santé y verra un feu vert pour y entrer de plain-pied.

Si le Québec doit être doublement prudent, c'est qu'il ne serait pas le seul à assumer ces conséquences : une levée de l'exemption pour les services de santé (assurance ou prestation) sous l'ALÉNA signifierait que le marché privé serait ouvert pour l'ensemble du Canada et non juste le territoire québécois.

¹² Syndicat canadien de la fonction publique, op cit.

Options de réduction des listes d'attente

Si *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* est un document de consultation visant principalement à répondre au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis v. Quebec en proposant un plan pour réduire les listes d'attente, il est troublant de constater qu'il ne traite virtuellement pas des moyens de traiter du problème dans le régime public, hormis les quelque 20 millions \$ par an qui y seront consacrés.

Les causes des listes d'attente

Louise-Hélène Trottier, André-Pierre Contandriopoulos et François Champagne ont identifié les principales causes des délais d'attente. Ces causes s'appliquent pour le contexte québécois et canadien, mais sont également pertinentes dans un contexte international.

Ainsi, les principales causes identifiées sont : (1) Difficultés d'ajustement du système de soins aux développements technologiques ; (2) Mauvaise planification de la main d'œuvre ; (3) Sous-investissement dans l'équipement médical et diagnostique ; (4) Rationnement des services ; et (5) Déficience des mécanismes de régulation.¹³

L'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) identifiait que :

L'attente résulte d'une combinaison de pénuries sur le plan de la capacité physique : pénuries de ressources humaines, possibilités non réalisées d'améliorer l'efficience du « processus » de prestation des services (c'est à dire de réduire les décalages permanents ou pallier les décalages temporaires entre l'offre et la demande); et obstacles spatio géographique, personnels, familiaux et/ou financiers à la recherche ou à l'obtention de soins.¹⁴

¹³ TROTTIER, Louise-Hélène Trottier, CONTANDRIOPOULOS et CHAMPAGNE, *Les délais d'attente dans le système de santé*, p. 1, http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/docs/chaoulli/louise-helene_trottier_texte.pdf.

¹⁴ Institut des services et des politiques de la santé (ISPS), *Établir les grandes lignes d'un programme de recherche stratégique pour l'accès opportun à des soins de santé de qualité : Résumé d'un atelier sur invitation*, 5 décembre 2005, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/30564.html>.

Méthodes de réduction des listes d'attente

Nous avons été déçus de constater que devant le problème des listes d'attente, le gouvernement québécois n'a pas cru bon s'inspirer d'exemples positifs permettant de s'adresser au problème sans recourir au secteur privé.

Plusieurs de ces exemples ont fait l'objet d'analyses. Dans un document publié en décembre 2005¹⁵, le Dr Michael Rachlis a identifié deux avenues possibles de résolution des listes d'attente, détaillés dans les deux premiers exemples ci-dessous. Une troisième expérience, qui se déroule à Edmonton, se révèle être très prometteuse pour les soins orthopédiques. Enfin, une quatrième méthode est de plus en plus prônée par les analystes en services de santé.

Exemple 1 – Rexdale Community Health Centre (Toronto)

Le *Rexdale Community Health Centre* dessert annuellement 6 000 patients d'une communauté défavorisée de Toronto avec l'équivalent de 1,8 médecins de famille à temps complet. En 2003, le temps d'attente pour un simple rendez-vous variait de quatre à six semaines.

Aujourd'hui, le *Rexdale Community Health Centre* n'a plus de file d'attente et on peut y obtenir un rendez-vous la journée même de la demande. Tout ce qui a été requis pour parvenir à ce résultat a été une augmentation temporaire des ressources ainsi qu'une revalorisation du rôle des deux infirmières dont une grande partie du temps était consacré au triage téléphonique des patients.

Une analyse très simple peut être appliquée pour savoir si la gestion du temps et des files d'attente est optimale : (1) Évaluer si la capacité est suffisante pour faire face à la demande ; (2) Si la capacité est suffisante, accroître temporairement les ressources pour éliminer la liste d'attente et retourner à un service le jour même ; (3) Si la capacité est insuffisante, tenter de réduire la demande et redéfinir les services ; et (4) Après cette redéfinition des services, s'il y a toujours une demande non comblée, un goulot d'étranglement a été identifié, ce qui nécessitera plus de ressources.

Il s'agit tout simplement de l'application pratique de la théorie des files d'attente (*queueing theory*) qui se définit comme l'ensemble des modèles mathématiques visant à définir et à rechercher le meilleur

¹⁵ RACHLIS, Michael, Public Solutions to Health Care Wait Lists, Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa, 2005

équilibre économique entre les coûts respectivement liés à l'attente des clients et à la sous-activité des éléments qui rendent le service.¹⁶

Exemple 2 - Pan-Am Clinic (Winnipeg) et Queensway Surgicentre (Toronto)

Les preuves s'accumulent pour démontrer que la mise sur pied de cliniques spécialisées, permettant des séjours brefs, est une façon plus efficace d'opérer et de traiter les patients.

Le *Queensway Surgicentre*, à Toronto, une division du *Trillium Health Centre* (un hôpital public), est le plus grand centre chirurgical en Amérique du Nord. En rationalisant les manières dont les patients sont référés et sont traités, le Surgicentre a réduit les délais d'attente de manière dramatique. Il a aussi obtenu d'excellents résultats secondaires, comme des coûts réduits, puisque les patients ont des séjours plus courts et font l'objet de suivi à domicile et non plus en clinique. Les fonds ainsi épargnés ont été réinvestis dans les soins cliniques.

La *Pan-Am Clinic*, à Winnipeg, constitue un autre exemple d'établissement pour soins médicaux de courte durée qui met en commun les ressources et qui rationalise les services pour les patients de manière à leur donner un service plus prompt. Fondé comme établissement privé à but lucratif, il a été racheté par le gouvernement provincial du Manitoba en 2001. Les coûts pour les actes médicaux se sont révélés plus faibles sous une administration publique alors que les services disponibles aux patients se sont accrues. La *Pan-Am Clinic*, de Winnipeg, qui se spécialise en chirurgie orthopédique, en cataractes, en imagerie diagnostique et en médecine sportive, démontre que lorsque des salles d'opération spécifiques sont réservées de façon permanente pour le même type d'opération, le temps requis pour la préparation entre les chirurgies en est réduit.

Exemple 3 - Alberta Hip and Knee Replacement Project (Edmonton)

Le *Alberta Hip and Knee Replacement Project* a été créé à l'aide d'une collaboration entre le gouvernement de l'Alberta et un vaste groupe d'associations, d'hôpitaux et de régies régionales de la santé (regional health authorities). Il est un exemple du succès que peut obtenir une approche à guichet unique pour des services médicaux spécialisés. Le coût de ce projet est évalué à 20 millions \$.

Les patients obtiennent une consultation dans une clinique centrale d'évaluation et y sont examinés par une équipe de professionnels de la santé lors d'une seule et même visite. Ils ne subissent pas cette

¹⁶ Office québécois de la langue française, www.granddictionnaire.com.

attente de transition qui se produit lorsqu'un patient est référé de son médecin de famille au test diagnostique, au médecin-spécialiste pour finalement aboutir devant le chirurgien.

Les résultats : après huit mois, le projet a permis de réduire l'attente avant la consultation d'un spécialiste orthopédique de 36 semaines à seulement six et a réduit les délais d'attente pré-chirurgie de 47 semaines à moins de cinq semaines. La moyenne canadienne d'attente pour le remplacement d'une hanche ou d'un genou est actuellement de plus de six mois.

Même si l'on tend à associer l'Alberta au phénomène de la privatisation, il est à souligner que des trois cliniques participant à ce projet, deux sont publiques. Les mêmes résultats auraient été obtenus par une troisième clinique publique plutôt que privée à but lucratif puisque c'est la méthode utilisée qui a été à l'origine du succès, pas le mode de financement.

Exemple 4 – Centralisation des listes d'attente

Enfin, il y a la centralisation des listes d'attente. Il est très inefficace que dans un hôpital, plusieurs chirurgiens orthopédistes oeuvrent avec des listes d'attente séparées. Le Dr Rachlis compare cette situation à une file d'attente dans une banque. S'il y a des files séparées pour chaque caissier, quelques personnes devront attendre plus longtemps parce que leur caissier ne sera pas aussi efficace que certains autres.

Cependant, avec une seule ligne où la personne à l'avant peut se diriger vers le premier caissier disponible, le mouvement en est facilité et le système est aussi plus équitable. De fait, Les pratiques médicales les plus efficaces sont celles qui opèrent sur la base du patient qui est pris en charge par le chirurgien qui, le premier, devient disponible¹⁷.

De même, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé conclut son document d'exploration sur la réduction des temps d'attente en recommandant que :

La centralisation des listes d'attente constitue la première étape à franchir pour les organismes et gouvernements qui cherchent à améliorer la qualité des services de santé par une planification et un financement basés sur des données précises. Elle constitue le fondement nécessaire pour

¹⁷ RACHLIS, Michael M., op cit.

s'assurer que les personnes qui ont le plus besoin de services de santé les reçoivent en premier; elle est aussi importante pour en améliorer la qualité¹⁸.

À la lumière de ces exemples, nous comprenons difficilement que la seule solution privilégiée par le gouvernement québécois, outre la garantie d'accès aux services, est le recours au secteur privé, soit par l'intermédiaire des cliniques spécialisées affiliées ou encore de l'usage des cliniques privées québécoises, canadiennes ou internationales après six mois d'attente.

¹⁸ Fondation canadienne pour la recherche en services de santé, Listes d'attente : la gestion centralisée améliore l'efficacité, Série Données à l'appui, mars 2005, http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/boost1_f.pdf.

Conclusion

L'une des stratégies préférées de ceux qui cherchent à privatiser les soins de santé consiste à créer des services de santé privés et à deux vitesses qui sont fournis juste à l'extérieur du cadre de la Loi canadienne sur la santé. En contournant le système, les investisseurs privés espèrent établir des têtes de pont à partir desquelles ils pourront faire d'autres incursions dans le système public.

C'est malheureusement l'impression que nous donne *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*.

Les cliniques privées (dans ce cas-ci les cliniques spécialisées affiliées) ne pouvant pas faire concurrence aux fournisseurs sans but lucratif, leur viabilité dépend de leur capacité à offrir des services à un coût plus élevé. Cette viabilité, dans le plan québécois, serait également assurée par l'assurance privée duplicative ainsi que par la garantie d'accès aux services médicaux proposés dans le Livre blanc.

Il existe pourtant, dans le domaine public, des options intéressantes qui ne placeraient ni le Québec, ni le Canada, dans une position vulnérable à l'égard de nos obligations commerciales internationales comme l'ALÉNA.

Le jugement de la Cour suprême ne force pas le Québec à permettre l'assurance privée duplicative s'il peut démontrer que ses délais d'attente ne constituent pas une menace à la vie, à la sécurité et à la liberté de ses citoyens. Nous croyons qu'il peut faire cette démonstration et aller de l'avant en utilisant les exemples de gestion publique et non lucrative de diminution des listes d'attente qui existent déjà.

Le Conseil des Canadiens s'oppose aux cliniques privées à but lucratif parce les établissements médicaux à but lucratif sont d'abord et avant tout des entreprises. La prestation de soins privés à but lucratif, est plus coûteuse et moins efficace que la prestation de service publique, sans but lucratif. C'est une question de simple bon sens : des taux de rendement de 15 %, des options d'achat d'actions, de la publicité, des frais d'intérêts et les traitements exorbitants du personnel de direction - il est clair que le système ne peut être durable.

Le Québec doit se tenir à l'écart de CSA privées à but lucratif et d'un système d'assurance privée duplicative dont la fonction principale sera d'assurer la survivance des cliniques privées à but lucratif.

Quant à la garantie d'accès aux services médicaux, nous estimons qu'elle peut servir de phare et d'objectif pour viser l'amélioration constante du service aux patients, la diminution des délais d'attente dans un contexte de contrôle des coûts dans le régime public, sans but lucratif.

Nous sommes toutefois d'avis que son utilisation, dans le contexte du développement d'un service de soins de santé à but lucratif, créera d'importants effets pervers qui résulteront en un système moins équitable et surtout, moins efficace pour l'ensemble des Québécoises et Québécois.

Nous demandons du Gouvernement du Québec qu'il prenne en considération ces préoccupations et ses suggestions dans le but d'assurer la pérennité du système public québécois, mais en prenant aussi en considération dans le fait que la mondialisation économique fait en sorte que des décisions d'importance, comme celui d'ouvrir la porte à la privatisation d'un service public comme celui de la santé ne peut se faire sans affecter celui de ses voisins.