

Le public, c'est la santé pour tout le monde!



BULLETIN SPÉCIAL D'INFORMATION N° 9 ► PRINTEMPS 2009

Place du privé dans la santé Le gouvernement doit permettre un débat public

AVANT DE QUITTER POUR LE SECTEUR PRIVÉ, PHILIPPE COUILLARD, QUI AVAIT DÉJÀ EN MAIN SON CONTRAT AVEC SON FUTUR EMPLOYEUR, A FAIT ADOPTER LE RÈGLEMENT SUR LES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS (CMS) PRIVÉS. CONTESTÉ PAR LA CSN ET LA FTQ DEVANT LA COUR SUPÉRIEURE, CE RÈGLEMENT OUVRE TOUTE GRANDE LA PORTE À UNE MULTIPLICATION DU NOMBRE DE CHIRURGIES QUI POURRONT ÊTRE OFFERTES PAR LES CENTRES PRIVÉS.

Sous prétexte de vouloir encadrer ce qui se fait actuellement dans le privé, le gouvernement élargit la pratique privée, geste désastreux, notamment en période de pénurie.

► RAPPEL DES FAITS : Qu'est-ce qu'un CMS privé ?

Le projet de loi 33, adopté sous le bâillon en décembre 2007, a modifié la Loi sur la santé et les services sociaux, entre autres, en y introduisant les CMS privés. Il en définit deux types, ceux qui emploient des médecins participants à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et ceux qui n'emploient que des médecins qui se sont retirés du régime et qui se font payer directement par leurs patients. Plusieurs de ces médecins non participants offrent des services qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie publique, comme la chirurgie esthétique.

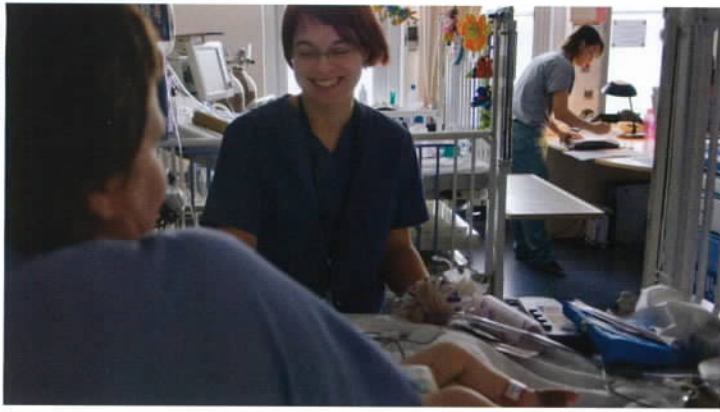
L'objectif poursuivi par ce changement à la loi était de répondre au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli, qui a levé l'interdiction de recourir à l'assurance privée pour des services offerts par le régime public. Le gouvernement du Québec a limité cette ouverture à seulement

trois chirurgies (hanche, genou et cataracte), pour lesquelles il a organisé une garantie d'accès dans le système public. Ainsi, le service doit être offert dans un établissement public, dans un délai donné, ou acheté dans un CMS si le délai est trop long. La loi devait donc être modifiée pour créer ces centres, les définir et les encadrer.

Encadrement ou élargissement du privé ?

Des cliniques privées existent déjà depuis longtemps. Elles sont de toutes natures, offrent des services couverts ou non par le régime public d'assurance et des médecins participants et non participants y travaillent souvent ensemble. Elles ne sont pas tenues d'avoir de permis et leur seule obligation de qualité et de sécurité est que les médecins qui y pratiquent





respectent leur code de déontologie. La nouvelle loi vise à faire le ménage dans tout cela et introduit deux types d'encadrements. Celui qui assure la qualité et la sécurité des services donnés, dont l'obligation d'avoir un permis, et celui, prévu à l'article 333.1, qui détermine les interventions qui peuvent être pratiquées dans ces centres privés et donc, hors établissement.

L'article 333.1 permet que soient pratiquées en CMS les trois chirurgies, de la hanche, du genou et de la cataracte. Il prévoit aussi que le ministre peut ajouter à ces trois chirurgies tout autre traitement médical spécialisé, et ce, sans débat, par simple voie de règlement.

Sous prétexte de reconnaître ce qui se fait déjà sur le terrain dans des centres spécialisés privés, on ajoute un nombre important de chirurgies aux trois contenues dans la loi. Et dans cette liste figurent, sans distinction, des chirurgies couvertes par le régime public et d'autres qui ne le sont pas (comme la chirurgie esthétique). On y retrouve des chirurgies qui nécessitent toutes sortes d'anesthésies (de locale à générale) et même certaines qui requièrent de l'hospitalisation, ces dernières étant réservées aux cliniques de médecins non participants si l'hospitalisation est de plus de 24 heures.

Bien que ce règlement n'ait pas pour effet d'ouvrir automatiquement l'assurance privée aux chirurgies ajoutées dans cette liste, on peut facilement imaginer qu'il s'agit d'une question de temps. On crée, ici, un éventuel marché pour la médecine privée et l'assurance privée.

Carte soleil ou carte de crédit ?

Un autre amendement à la loi a également été déposé avant les élections. Il introduit une « clause grand-père » pour les CMS dans lesquels travaillaient sous le même toit, avant le 1^{er} janvier 2008, des médecins participants et d'autres non participants. C'est le cas de la clinique RocklandMD où se côtoient plusieurs omnipraticiens non participants et des chirurgiens participants.

Récemment, la juriste Marie-Claude Prémont lançait un cri d'alarme à ce sujet dans *La Presse*. Selon elle : « Dans bien des cas, les médecins omnipraticiens seront non participants. La clinique pourra demander les frais qu'elle voudra. Les clients aisés seront prêts à payer, en sachant que ces mêmes médecins leur donneront un accès rapide aux médecins spécialistes qui, eux, seront participants et qui seront payés par les fonds publics. Les omnipraticiens agiront comme des portiers à l'entrée d'un bar, qui choisiront en priorité les clients payants. Le résultat, c'est que les patients qui auront seulement leur carte d'assurance maladie devront attendre encore plus longtemps pour voir des médecins. »

Un dangereux mélange des genres

La CSN est en profond désaccord avec la confusion des genres qui se retrouve dans la loi et dans le règlement. Il faut clairement distinguer les deux types d'encadrements nécessaires, l'un sur la qualité et la sécurité des services rendus dans les CMS et l'autre sur le genre de services qu'on leur permet d'offrir, parce que les enjeux ne sont pas les mêmes. La CSN estime qu'il est essentiel d'encadrer de façon sérieuse la qualité et la sécurité des services donnés en CMS privés pour s'assurer que d'autres cas comme celui de Micheline Charest ne se reproduisent pas.

Pour ce qui est du type de chirurgies qu'on devrait autoriser en CMS privés, la CSN croit que le gouvernement devrait ouvrir un vaste débat public. Plusieurs événements récents viennent appuyer la nécessité d'un tel débat. Le dossier de l'ophtalmologie en est un exemple. La tendance sur le terrain est forte de transférer un grand nombre de services spécialisés en ophtalmologie aux CMS privés de médecins participants, dont les chirurgies de la cataracte. Or nous apprenions récemment que les coûts de ces traitements sont trois fois plus élevés en clinique privée qu'en établissement public. Le cas de la clinique RocklandMD est un autre exemple, l'hôpital du Sacré-Cœur y sous-traitant par entente plusieurs chirurgies d'un jour de toutes sortes. On peut penser que c'est du pareil au même, mais il ne faut pas oublier qu'acheter des services aux cliniques privées signifie que le réseau public paie pour le service et également pour la marge de profit que les propriétaires de la clinique souhaitent empocher.

Les revendications de la CSN et de la FTQ

LA CSN ET LA FTQ EXIGENT :

- ▶ l'abrogation du règlement sur les traitements médicaux spécialisés ;
- ▶ le retrait du pouvoir de réglementation du ministre prévu à l'article 333.1 de la Loi sur la santé et les services sociaux ;
- ▶ une modification à l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance-maladie visant à garantir que tout élargissement de l'assurance privée duplicative se fera par modification législative plutôt que par simple règlement ;
- ▶ la tenue d'un débat public en commission parlementaire sur le type de services médicaux et chirurgicaux permis en centres médicaux spécialisés privés ;
- ▶ à cette fin, la publication d'un document de consultation faisant état de ce qui se fait actuellement sur le terrain : la nature, la quantité, le coût des services offerts, etc. ;
- ▶ l'intensification des efforts de réorganisation des services et du travail, et l'évaluation de la création de cliniques spécialisées publiques pour améliorer l'accès dans le réseau public.