



Marcel La Haye

Soins de santé: l'accès à deux vitesses s'accélère-t-il?

Le 9 juin 2005, la Cour suprême du Canada a rendu un jugement qui a fait couler beaucoup d'encre: l'arrêt Chaoulli. La Cour a invalidé une disposition de la *Loi sur l'assurance maladie* du Québec et une autre de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* qui interdisent le recours à des assurances privées pour des services assurés par les régimes publics. Elle a jugé que cette interdiction était contraire à la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec.

Le 16 février 2006, le gouvernement du Québec rendait publique sa réponse à ce jugement: d'abord, il a refusé de recourir à la disposition de dérogation (clause nonobstant), ce qui lui aurait évité d'avoir à tenir compte du jugement; ensuite, il a proposé d'établir deux catégories de garanties d'accès. La première concerne les services de radio-oncologie, de chirurgie pour les cancers et de cardiologie tertiaire qui ne peuvent être offerts que sous le couvert des régimes publics d'assurance. La deuxième concerne des actes médicaux désignés par le ministre (pour l'heure, il s'agit de remplacements de hanche, de genou et de chirurgies de la cataracte) pour lesquels l'interdiction d'assurance privée serait levée dans le cas de citoyens qui choisissent d'obtenir ces services auprès de médecins non participants au régime public de la Régie de l'assurance maladie du Québec. La liste des services compris dans cette deuxième catégorie pourrait toutefois s'allonger dans le futur.

Les régimes publics de santé: un acquis de solidarité sociale

Il y a une quarantaine d'années à peine, il fallait payer pour consulter un médecin et pour être soigné à l'hôpital. Dans les années 1960, le gouvernement a établi l'assurance-hospitalisation offrant l'accès universel et gratuit aux services et aux soins hospitaliers, et par la suite, le ministre Claude Castonguay a instauré le régime d'assurance maladie qui offrait une

garantie semblable pour les soins médicaux. D'ailleurs, la machine qui servait à imprimer les factures à partir des cartes d'assurance maladie s'appelait la «Castonguette»! Les soins hospitaliers et médicaux étaient dorénavant financés par les impôts et gérés par un système public de soins. Les médecins ont accepté «à reculons» le régime d'assurance maladie car ils ne voulaient pas devenir des fonctionnaires; ils ont réussi à conserver un statut «d'entrepreneur libre» dont les activités sont remboursées par l'État selon des tarifs négociés. Toutefois, un certain nombre a préféré ne pas adhérer au régime public. Ils sont aujourd'hui une centaine à être désengagés du système public. Ils exercent dans des cabinets privés, surtout en chirurgie esthétique, mais récemment, on a vu des omnipraticiens et au moins un orthopédiste passer «au privé».

Quand, il y a presque dix ans, le virage ambulatoire a réduit les durées de séjour à l'hôpital au strict minimum et que les chirurgies et les soins se sont déployés à «l'externe», on s'est aperçu qu'il y avait un problème parce que les médicaments n'étaient fournis gratuitement que pendant l'hospitalisation. Le ministre Rochon a donc fait adopter le régime d'assurance médicaments, une mesure nécessaire en contexte de soins ambulatoires pour maintenir l'universalité des soins de santé.

L'évolution technologique des soins de santé, le développement accéléré de thérapies nouvelles, le consumérisme prévalant dans nos sociétés modernes ont entraîné une demande exponentielle de soins de

santé que les régimes publics peinent à assumer. Les dépenses à ce chapitre drainent 43 % des dépenses de programmes de l'État comparativement à 32 % il y a 20 ans. Ainsi, l'essoufflement de notre système public de soins a engendré des délais d'attente pour des traitements, ainsi que des difficultés d'accès aux omnipraticiens et aux spécialistes. C'est pourquoi certains citoyens réclamaient de pouvoir souscrire à une assurance privée pour couvrir leurs risques en matière de santé. La Cour suprême a jugé leur requête recevable dans la mesure où le régime public n'offre pas les services assurés dans des délais médicalement acceptables. Le ministre Couillard propose donc d'introduire dans la gestion du système de santé la notion de délais maximaux d'attente. Son livre blanc s'intitule d'ailleurs «Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité».

Selon le rapport d'un expert¹, la plupart des délais d'attente dans le système de santé ne sont pas dus à un manque de ressources, mais plutôt à des problèmes d'efficience. Par exemple, il recommande que les chirurgies mineures courantes se fassent dans des cliniques spécialisées et qu'il y ait une seule liste d'attente par région plutôt que de multiples listes pour chaque opération et pour chaque chirurgien. Les cliniques privées à but lucratif ne font pas partie de la solution. De plus, les expériences des cliniques Pan Am de Winnipeg et Trillium Queensway de Toronto – la première ayant été rachetée par l'État – tendent plutôt à démontrer que les cliniques à but non lucratif peuvent faire preuve d'efficience et d'innovation.

Les cliniques privées affiliées au réseau public

Il convient de se demander si les partenariats entre les secteurs public et privé (PPP) font partie de la solution. La plus grande prudence s'impose. Peut-on concevoir que le système public de santé puisse requérir des services complémentaires fournis par des entreprises privées? Le ministre Couillard le préconise en proposant que des cliniques médicales de soins spécialisés soient construites, équipées et gérées par des partenaires privés. Des centres de santé et de services sociaux (CSSS) pourraient établir des contrats de service avec ces cliniques. Cette formule ne constitue pas en soi un précédent car beaucoup de médecins exercent des activités médicales en cliniques privées; c'est plutôt l'affiliation contractuelle qui serait la nouveauté ici. En fait, il s'agit d'impartition de services. Pour le citoyen, les services demeureraient gratuits de

toute manière à l'exception de certains frais qui sont déjà parfois exigés, par exemple pour les pansements. Le ministre pourra-t-il garantir la gratuité complète?

On peut s'interroger sur le bien-fondé de cette proposition. En effet, rien n'empêche les CSSS de mettre sur pied des cliniques ambulatoires de ce genre. Les règles administratives sont-elles trop lourdes pour le permettre? Le gouvernement veut-il éviter de faire les investissements nécessaires à la création de telles cliniques? Cherche-t-il à réduire les coûts de production de ces services? Mais par-dessus tout, on peut se demander quelle marge de profit dégageront ces cliniques et quelles en seront les exigences de qualité? L'OIIQ préconise que ces cliniques soient à but non lucratif et considère que pour les médecins la possibilité de voir augmenter le nombre de leurs actes médicaux sera une mesure incitative suffisante. De plus, l'Ordre recommande que les infirmières de ces cliniques maintiennent un lien d'emploi avec le CSSS et qu'elles y soient affectées en vertu d'un prêt de services pour préserver leurs conditions de travail. La plupart des pays, même un pays à tendance socialiste comme la Suède, font cohabiter la prestation publique et privée de services de santé. Ce sont les règles établies par l'État qui permettent de préserver l'intérêt public.

La crise causée par l'arrêt Chaoulli a concentré le débat sur l'accès aux services chirurgicaux et a mis en veilleuse le fait qu'il existe déjà de l'iniquité dans l'accès aux soins. Beaucoup de services professionnels médicalement requis sont difficilement accessibles à ceux qui n'ont pas d'assurance privée ou qui n'ont pas de revenus suffisants. Pensons seulement aux tests de radiologie, d'échographie, de résonance magnétique accessibles plus rapidement dans le secteur privé ou encore, aux services de physiothérapie, de psychologie, de nutrition clinique, etc. Dans ce contexte, il est compréhensible que ce jugement vienne raviver notre inquiétude que l'écart entre les riches et les pauvres se creuse davantage... Notre système public de santé est une richesse collective, un acquis social inestimable. On peut être soulagé de la réponse gouvernementale qui propose une ouverture restreinte à l'assurance privée. Mais est-ce le cheval de Troie que nous laissons ainsi entrer dans le système? ●

La présidente,



Gyslaine Desrosiers

1. RACHLIS, M.M. *Public Solutions to Health Care Wait Lists*, Ottawa (ON), Centre canadien de politiques alternatives, décembre 2005.