

AVIS

**L'APPORT COMPLÉMENTAIRE DU SECTEUR PRIVÉ
AUX SERVICES MÉDICALEMENT REQUIS
D'UN SYSTÈME DE SANTÉ MODERNISÉ**

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

OCTOBRE 1999

AVIS 99-03

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
ISBN 2-550-35046-4

Les bureaux du Conseil médical du
Québec sont situés au :
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Internet :
<http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq>
E-mail : cmq@msss.gouv.qc.ca

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Juan Roberto Iglesias, président

Vice-doyen
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr André Bonin, vice-président

Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Dr Jean-Marie Albert

Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Marc A. Bois

Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Monsieur Michel Brunet

Ministère de l'Éducation

Madame Isabelle Cataphard

Étudiante en médecine
Université de Montréal

Dr Yves Dugré

Oto-rhino-laryngologiste
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Dr Sophie Gosselin

Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Yves Landry

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Madame Michèle Laverdure

Directrice générale
CLSC Saint-Hubert

Dr Joëlle Lescop

Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Jonathan L. Meakins

Chirurgien
Centre de santé de l'Université McGill

Dr André Munger

Omnipraticien
CLSC SOC de Sherbrooke

Madame Marie Pineau

Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Monsieur Robert Tremblay

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Micheline Ulrich

Infirmière

Dr Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

Le présent avis découle d'un rapport d'un comité de travail composé des membres suivants: Dr Marc-A. Bois, Dr Yves Landry, Dr Jonathan L. Meakins, Dr André Munger, Madame Marie Pineau et de personnes de la permanence, le Dr Yvan Asselin* et madame Alice Monty.

* jusqu'au 15 juin 1998

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1- LES CONCEPTS EN CAUSE	3
1.1 Les services médicalement requis	3
1.2 La privatisation	4
2- LE PORTRAIT DU RAPPORT PUBLIC-PRIVÉ DES SERVICES MÉDICALEMENT REQUIS	6
2.1 L'évolution du secteur privé dans le système de santé	6
2.2 Les lacunes du système	19
2.3 Les défis du système au cours des prochaines années	22
3- LES ENJEUX DE LA PRIVATISATION ACTUELLE DES SERVICES MÉDICALEMENT REQUIS	25
3.1 La responsabilité collective	25
3.2 L'intégration des services	27
3.3 L'efficience du système de soins	28
3.4 La planification des effectifs médicaux	29

4-	LES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES DE PRIVATISATION	30
4.1	Au niveau du financement	31
4.2	Au niveau de la prestation	33
4.3	Au niveau de la maîtrise des dépenses de santé	35
5-	UN SYSTÈME DE SANTÉ À MODERNISER	38
5.1	Renouveler le régime d'assurance-maladie	39
5.2	Élargir la couverture du régime d'assurance-maladie	42
5.3	Implanter une nouvelle dynamique organisationnelle des services.	43
5.4	Augmenter la prestation des services médicaux spécialisés dans la communauté	46
5.5	Revoir les façons de gérer	47
	CONCLUSION	49
	RECOMMANDATIONS	51
	ANNEXES	

INTRODUCTION

Dès 1995, le Conseil médical du Québec affirmait qu'«il était possible de préserver les principes fondamentaux sur lesquels repose notre système de soins de santé à savoir: l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de sa gestion et de son financement. Avant de recourir à toute forme de désassurance de services, il recommandait même d'exploiter pleinement toutes les autres avenues possibles, notamment en ce qui regarde la pertinence des services, l'organisation de la prestation des services et la révision des modes de rémunération.»^{1,2,3}

Or, depuis les propositions du Conseil au sujet de la pertinence et de la hiérarchisation des services médicaux ainsi que des modes de rémunération des médecins, les initiatives tardent à se manifester. Parallèlement, plusieurs événements, découlant notamment de l'intensification de la réforme du système de santé et des contraintes budgétaires, laissent croire que le système de soins de santé satisfait moins aux attentes de la population. Nous pouvons citer, entre autres dans le réseau hospitalier, l'engorgement des salles d'urgence, les délais pour les procédures diagnostiques et thérapeutiques, les délais pour les chirurgies électives, la fermeture de cliniques externes et le transfert de l'activité de celles-ci vers les cliniques privées qui ne se ferait pas toujours sans difficulté. De plus, suite à l'application de certaines mesures associées au virage ambulatoire et au maintien à domicile, la responsabilité sociale des familles ne cesse d'augmenter.

En outre, depuis quelques années, certains comportements laissent voir au niveau de l'organisation des services médicaux que la privatisation s'installe progressivement. Nous observons, entre autres, une hausse des frais accessoires réclamés lors de la prestation de services médicaux assurés, le développement dans certains centres hospitaliers publics de cliniques rendant disponibles des soins médicaux, des procédures diagnostiques et thérapeutiques dans des délais

¹ Conseil médical du Québec, *Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés*, Avis 95-04, Québec, Décembre 1995.

² Conseil médical du Québec, *Avis pour une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux*, Avis 95-03, Québec, Juin 1995.

³ Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux*, Avis 97-02, Québec, Septembre 1997.

très courts moyennant des frais et le développement de cliniques privées de prélèvements et d'analyses de laboratoire.

Une telle tendance à la privatisation des services n'est pas nouvelle. Toutefois, les diverses formes et l'ampleur qu'elle semble prendre soulèvent plusieurs interrogations. Conséquemment, le Conseil convint de se pencher sur cette question qui touche les principes d'équité et d'accessibilité du système et qui préoccupe de plus en plus la population et les professionnels de la santé.

D'entrée de jeu, le Conseil a choisi d'examiner quel pourrait être l'impact d'une privatisation accrue des services médicalement requis, notamment sur leur accessibilité et leur qualité et sur l'organisation des soins.

Par ailleurs, pour mener à bonne fin ce travail, le Conseil s'est imposé une démarche en trois temps. Premièrement, il clarifia les concepts en cause en précisant ce qu'il entendait d'une part, par les services médicalement requis et d'autre part, par la privatisation en distinguant notamment la privatisation du financement et la privatisation de la prestation des services. Deuxièmement, il dressa le portrait du rapport public-privé des services médicalement requis au Québec. Enfin, après avoir examiné les problèmes auxquels font présentement face les usagers du système de soins et les principaux défis du système au cours des prochaines années, le Conseil a évalué attentivement si un accroissement de l'apport du secteur privé pouvait contribuer à l'amélioration du système de soins.

Dans le cadre de sa réflexion, le Conseil s'est notamment appuyé sur une revue de la littérature portant sur les impacts de la privatisation des services de santé et sur diverses études comparatives des expériences de privatisation menées aux États-Unis et en Europe. Dans cet avis adopté le 1^{er} octobre 1999, le Conseil présente les principaux résultats auxquels il arrive suite à cette démarche.

1- LES CONCEPTS EN CAUSE

La question de la privatisation des services médicalement requis fait appel à deux concepts, les services médicalement requis et la privatisation. Comme ceux-ci embrassent différentes réalités selon leur utilisateur, le Conseil croit important de préciser ce qu'il entend par ces deux concepts. Tout au long de cet avis, il s'en tiendra à ces définitions.

1.1 Les services médicalement requis

Pour les fins de ce projet, nous retenons la définition des services médicalement requis que nous proposons dans un avis précédent⁴. Loin de nous l'intention de reprendre en détail l'avis en question, mais rappelons que l'objectif de ce dernier était de formuler une définition qui permette une analyse des services à assurer.

Selon cet avis, les services médicalement requis sont des services :

- qui sont reliés à la prévention, au diagnostic ou au traitement de la maladie, des blessures et des traumatismes ainsi que des incapacités qui en résultent ;
- qui répondent aux normes médicales ;
- qui sont dispensés sur une base individuelle ou sur une base populationnelle, dans le cadre de la santé publique.

Cette définition offre plusieurs avantages, dont celui de référer les services aux notions de santé, de maladie, blessure ou traumatisme et d'incapacité et d'inclure, à cet effet, les services préventifs, diagnostiques, curatifs, de réadaptation et palliatifs. Les services couvrent ainsi les différentes étapes possibles d'un épisode de soins.

⁴ Conseil médical du Québec, *Avis sur la notion du médicalement requis et sur les services médicaux assurés*, Avis 95-04, Québec, Décembre 1995.

De plus, en s'appuyant sur l'ensemble des règles de l'art et de la science de la médecine reconnues par la profession, elle implique la prestation de services de qualité. Encadrés par leur code de déontologie, les médecins sont tenus, notamment, d'exercer selon les normes médicales les plus élevées possibles et à cette fin de se tenir à jour et de perfectionner leurs connaissances⁵. Par ailleurs, des services de qualité signifient également des services accessibles, continus et globaux pour le maintien ou la restauration de la santé.

De plus, toujours selon cette définition, les services médicalement requis s'évaluent « en fonction de leur contribution à l'atteinte d'un résultat recherché compte tenu de la condition spécifique de la personne⁶ ». Centrés sur les personnes et leurs besoins, les services doivent aussi être pertinents et efficaces.

Enfin, les services, tels que définis, pourraient être donnés de façon plus efficiente. Ils ne sont pas liés à une catégorie de professionnels, comme c'est le cas des services médicaux couverts par le programme d'assurance-maladie, ni à un lieu quelconque de prestation, comme c'est le cas des services couverts par le programme d'assurance-hospitalisation. Ils peuvent donc être dispensés par les médecins et d'autres professionnels⁷ dans les établissements de santé et dans la communauté, par exemple dans les cabinets de professionnels et même à domicile.

1.2 La privatisation

Nous entendons par privatisation, un transfert du secteur public au secteur non public. Dans le cas des services médicalement requis, on peut distinguer un transfert du financement ou de la prestation des services. Et selon que l'on fasse référence à un volet ou à l'autre, il y aura des effets différents sur le système des services et sur la population.

⁵ *Code de déontologie des médecins*, article 2.03.25.

⁶ Conseil médical du Québec, *Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés*, Avis 95-04, Québec, Décembre 1995, page 12.

⁷ Professionnels au sens du Code des professions.

La privatisation du financement des services consiste à transférer le fardeau financier du gouvernement aux particuliers. Ces derniers assument alors directement, ou par le biais d'assurances personnelles, les coûts des soins qu'ils reçoivent des professionnels et des biens et services qu'ils utilisent.

Les modalités de ce financement privé peuvent prendre plusieurs formes qui ne sont pas mutuellement exclusives. Différentes formules de contribution au financement privé existent, notamment la coassurance, la franchise, la tarification, le plafond sur les activités autorisées, diverses options liées au revenu imposable, le plafond sur les dépenses autorisées, la surfacturation, la désassurance sélective, la désassurance totale....⁸

La privatisation de la prestation est, par ailleurs, le transfert du fardeau des soins des organisations publiques à des organisations à l'extérieur du secteur public ou aux proches (famille et entourage) des patients. Cette privatisation peut être à but lucratif ou sans but lucratif. À but lucratif, elle fait référence au secteur privé marchand et vise le profit, comme son nom l'indique. Sans but lucratif, elle fait référence à la prestation des services par les proches ou sous la gouverne de communautés religieuses, d'œuvres caritatives, de coopératives ou de toute autre forme communautaire qui vise le bien-être de la collectivité. Cette prestation privée sans but lucratif s'apparente souvent au secteur public de prestation.

Notons que le financement de cette prestation privée peut être public ou assumé par les patients, même dans le cas particulier du transfert des soins aux proches. Ces derniers doivent souvent assumer certains coûts indirects, par exemple une perte de temps de travail et le paiement de fournitures.

⁸ Pour une définition de ces formules, voir l'annexe 1.

2- LE PORTRAIT DU RAPPORT PUBLIC-PRIVÉ DES SERVICES MÉDICALEMENT REQUIS

Avant d'évaluer les impacts d'une plus grande privatisation des services de santé médicalement requis, le Conseil estime nécessaire d'examiner la place qu'occupe actuellement le secteur privé par rapport au secteur public dans le système de santé, au chapitre tant du financement que de la prestation des services.

Il lui apparaît, par la suite, opportun d'étudier les lacunes du système de soins qui causent problème à la population et de porter une attention particulière aux défis auxquels le système sera confronté au cours des prochaines années.

2.1 L'évolution du secteur privé dans le système de santé

Au début du siècle la santé relève exclusivement du domaine privé, financement et prestation. Ce n'est qu'en 1921, avec l'adoption de la Loi sur l'assistance publique qui assure les frais d'hospitalisation des indigents et de la loi de 1928 qui assure tous les frais des services médicaux, d'hospitalisation et des prothèses aux accidentés du travail, et enfin avec celle des unités sanitaires de 1933, que l'État commence à intervenir dans ce domaine. Par ailleurs, c'est en 1961, avec la mise sur pied du régime d'assurance hospitalisation, que la santé devient un volet important du domaine public qui concerne tous les québécois.

Effectivement, il faut se rappeler que, dans les années cinquante, peu de Québécois disposaient d'assurances personnelles couvrant les soins de santé et que les dépenses pour ces soins sollicitaient de plus en plus les finances des familles, comptant même pour l'une des principales causes de l'endettement de celles-ci. Le Gouvernement décide donc, au début des années soixante, d'adhérer au programme canadien d'assurance hospitalisation. Il constate rapidement la nécessité d'analyser tout le domaine des soins de santé. Le Gouvernement met alors sur pied la Commission Castonguay-Nepveu à la suite de laquelle le système

public de services de santé, que nous connaissons aujourd'hui, voit le jour. Regardons de plus près l'évolution des services de santé médicalement requis.

Au niveau du financement

Côté financement des services médicalement requis, l'année 1961, comme nous l'avons vu, constitue une étape clef. Elle marque le début du transfert d'une partie importante des risques financiers liés à la maladie, de l'individu à la collectivité. L'instauration du régime universel d'assurance hospitalisation permet l'accès à tous les citoyens aux services dispensés dans les centres hospitaliers. Puis, les années s'échelonnant entre 1970 et 1981 sont majeures pour l'expansion de la couverture publique des services de santé. C'est l'époque de la mise sur pied de divers programmes d'assurance (services médicaux, services dentaires, services optométriques, services pharmaceutiques, programmes de prothèses et d'orthèses, etc.) et d'un véritable réseau public d'établissements de santé accessibles à tous⁹. De plus, dans les mêmes années, des programmes d'assurance particuliers virent le jour pour couvrir notamment les frais des soins de santé requis par les victimes d'actes criminels et les accidentés de la route. L'objectif est clair, l'accès aux services de santé ne doit pas être limité pour des raisons financières.

Au début des années quatre-vingts, la population bénéficie donc d'une couverture relativement importante des services médicalement requis. Notons cependant que les services dispensés hors des établissements publics, par des professionnels de la santé autres que les médecins, les dentistes et les optométristes, sont peu ou pas couverts, particulièrement les services pharmaceutiques et les services de réadaptation (physiothérapie, orthophonie, psychologie...). Également, les soins à domicile dispensés par le réseau public n'étaient pas très développés ni très uniformes au Québec à cette période.

⁹ Voir à l'annexe 2 le développement de la couverture publique des services de santé

Dès 1982, par ailleurs, la situation commence à changer. Des ajustements sont apportés à plusieurs programmes réduisant, le plus souvent, la couverture de certains services ou en limitant le lieu de prestation, comme c'est le cas pour divers services médicaux¹⁰. La maîtrise des dépenses publiques de santé prend progressivement le pas sur les objectifs d'accessibilité et d'équité du système.

En 1999, la couverture publique des services médicalement requis est centrée principalement autour des programmes de services médicaux et de services hospitaliers. Dans ce dernier cas, suite au développement de la technologie, plusieurs services dispensés en milieu hospitalier en 1970, sont maintenant offerts sur une base ambulatoire dans la communauté, en cabinets de professionnels. Par conséquent, la couverture publique des services de santé médicalement requis, dispensés par des professionnels autres que les médecins, est d'autant diminuée. Avec le virage ambulatoire, cette tendance s'amplifiera si aucun changement d'orientation n'est apporté, car seuls les services nécessitant une infrastructure lourde demeureront dans les centres hospitaliers.

Comme exemple, nous pouvons citer les services de réadaptation qui ne sont accessibles, hors des établissements, qu'aux clientèles de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et de la Société de l'assurance automobile du Québec, ainsi qu'à la population disposant de la capacité de payer ou détenant une assurance maladie privée complémentaire, soit environ 50% des Québécois.

Également, les programmes dentaires et optométriques sont devenus, au cours des dernières années, accessibles uniquement à des clientèles restreintes, tout en comportant de nombreuses clauses d'exclusions et de limitations.

Seule, la couverture du programme des services pharmaceutiques est élargie. Le programme devient universel en 1997 au moyen d'un partenariat novateur de financement entre les secteurs public et privé de l'assurance. L'évolution de ce

¹⁰ Voir la liste des services touchés à l'annexe 3.

programme d'assurance médicaments mérite qu'on le suive de près. Après quelques ajustements, il devrait permettre d'assurer un accès raisonnable et équitable aux médicaments à tous les Québécois. Or, cette notion « d'accès raisonnable et équitable » qui paraît à l'article 2 de la Loi sur l'assurance médicaments est tout à fait inédite dans nos régimes d'assurance publique. Elle présente une perspective des plus intéressante pour la prestation des services médicalement requis.

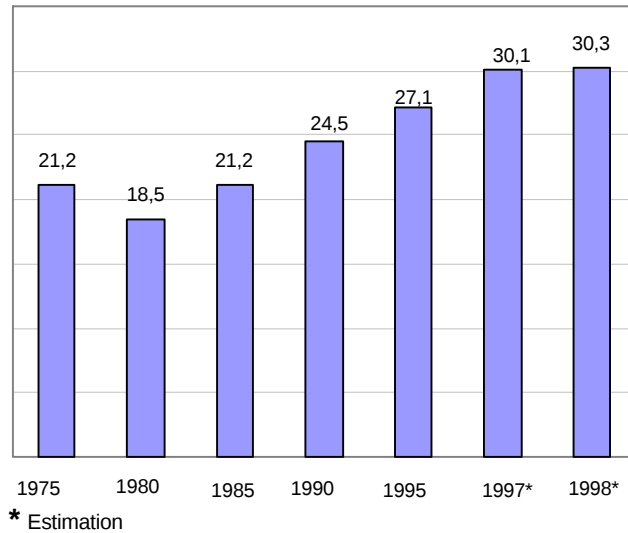
Bref, en 1999 on peut affirmer qu'au Québec, comme le soulignait déjà en 1997 le Forum national sur la santé¹¹, une part notable de services que l'on considère comme « médicalement requis » ne fait pas partie des services assurés et de ce fait, n'est pas accessible à tous.

L'évolution du ratio public-privé des dépenses de santé reflète la situation. Si, au début des années soixante le secteur privé était la principale source des dépenses de santé, avec l'adoption des régimes de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie au cours des années 1960 et 1970, le portrait change radicalement. Au milieu des années soixante-dix, le secteur public est devenu la principale source de financement. Par ailleurs, on observe une progression constante des dépenses privées de santé depuis les années 1980. Si la proportion de ces dépenses représentait environ 19,5% des dépenses totales de santé de 1976 à 1982, elle augmente à 23,3% en 1988, à 26,8 % en 1994 et atteint 29,1% en 1996¹². Les prévisions pour 1998 indiquent 30,3%.

¹¹ Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Ottawa, 1997.

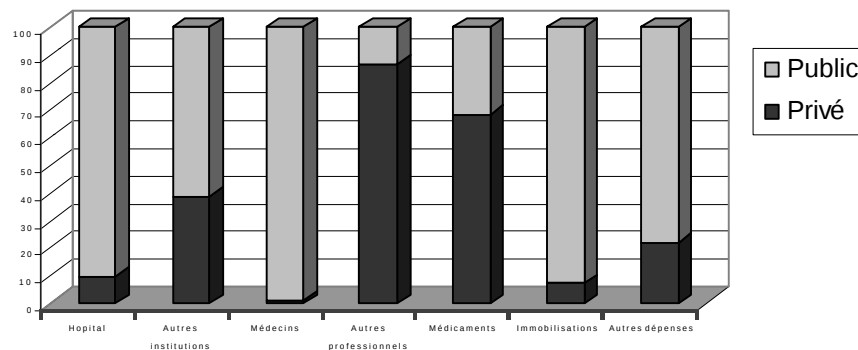
¹² Données tirées de Canadian Institute for Health Information, *National Health Expenditure Trends 1975-1998*, 1998.

ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DES DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ AU QUÉBEC 1975-1998

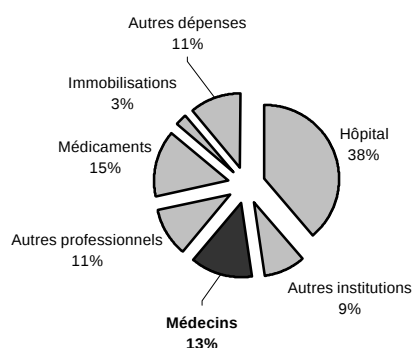


Les dépenses privées de santé sont concentrées dans les secteurs peu couverts par l'État, soit surtout dans les services dentaires, optométriques et pharmaceutiques. De plus, la part privée des dépenses en 1996 pour les services fournis par les professionnels de la santé, autres que les médecins, atteint 86,7% pendant qu'elle n'est que de 1% pour les services dispensés par les médecins.

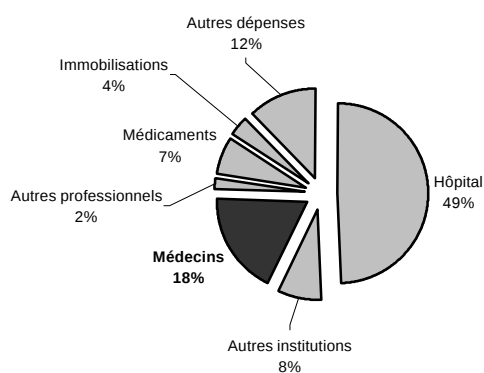
PROPORTION DES DÉPENSES DE SANTÉ PRIVÉES-PUBLIQUES QUÉBEC 1996



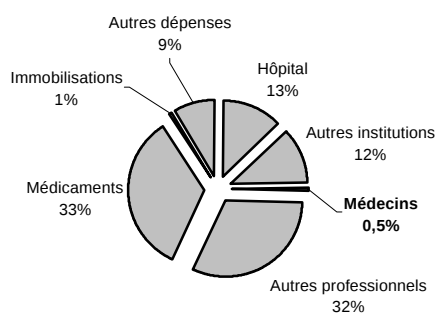
Répartition des dépenses totales en santé Québec 1996



Répartition des dépenses publiques en santé Québec 1996



Répartition des dépenses privées en santé Québec 1996



Si la proportion des dépenses privées, par ailleurs, a tant augmenté depuis 1990, ce n'est pas que les dépenses publiques aient diminué significativement. En fait, c'est le taux de croissance de ces dépenses qui a diminué. Donc, on peut parler de dépenses publiques nivelées. Les réductions de capacité des centres hospitaliers, conséquence des améliorations de la technologie permettant le virage ambulatoire et les gains en efficience ont contribué à cette tendance.

Enfin, une analyse récente de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), souligne que les coûts de l'assurance privée complémentaire représentent 35% des dépenses privées de santé. De plus, « les dépenses d'assurance ont eu tendance à augmenter deux fois plus vite que le nombre de personnes assurées et ont progressé à des taux annuels variant de 20%, à la fin des années 1970, à 4 % depuis quatre ans. Les achats directs des ménages ont augmenté de façon constante depuis vingt ans, à des taux annuels variant entre 2 et 3 %»¹³. Le taux de croissance des primes d'assurance privée complémentaire est donc beaucoup plus élevé que le taux de croissance des dépenses des ménages.

Au niveau de la prestation

Au chapitre de la prestation des services médicalement requis, le secteur privé occupe une place encore plus importante. La prestation privée inclut les services fournis en établissements privés¹⁴ et en cabinets de professionnels, et également l'ensemble des services dispensés en pharmacies et en laboratoires privés d'analyses biologiques et d'orthèses-prothèses. Elle est aussi présente en centres hospitaliers de soins généraux et de soins spécialisés (CHSGS) publics, comme nous le verrons.

Le financement de cette prestation privée peut provenir de l'État, comme c'est le cas pour les services médicaux médicalement requis ou être assumé par l'utilisateur

¹³ ICIS, Santé Canada, HEAL, *L'évolution des dépenses de soins de santé publiques et privées au Canada de 1960 à 1997*, Juillet 1999.

¹⁴ 6 CHSGS, 123 CHSLD, 14 CR ET 1 CLSC.

directement, par le biais d'assurances individuelles ou collectives reliées à l'emploi. Une infime partie du financement de la prestation des services médicaux est aussi assumée par les patients, notamment les frais accessoires, les services médicaux non médicalement requis et les services fournis par des médecins qui ne participent pas au régime¹⁵.

Les établissements privés comptent surtout des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). On dénombre uniquement six établissements privés détenant un permis de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)¹⁶ sur un total de 102. Parmi ces six centres, cinq sont conventionnés et complémentaires aux CHSGS publics. Ils dispensent des soins dans un nombre limité de champs, notamment, les soins orthopédiques aux enfants, les soins palliatifs, les soins de réadaptation et les soins de convalescence. Ces centres sont soumis à certaines règles administratives et obligations de services. Le Centre métropolitain de chirurgie plastique Inc. offre, pour sa part, des services non assurés. Il est le seul CHSGS privé non conventionné.

En établissement public, une certaine prestation privée existe également. Elle concerne les services non médicalement requis. Par exemple, en CHSGS, des soins esthétiques nécessitant une infrastructure plus lourde que celle que l'on retrouve généralement en cabinet sont fournis à titre privé par des médecins et des dentistes. Cette prestation privée soulève cependant la question de la priorité de clientèle particulièrement quand les établissements sont en pénurie d'effectifs et de ressources. Ainsi, quand il manque de médecins anesthésistes et de temps opératoire, les personnes nécessitant une chirurgie relativement urgente, tels les cas de cancer, devraient être traitées avant celles requérant des soins non médicalement requis. Ce n'est pas toujours le cas.

¹⁵ 36 médecins ne participaient pas au régime sur les 14 327 exerçant au Québec au 31 mars 1998.

¹⁶ Voir liste à l'annexe 4.

De plus, des CHSGS publics transformés en CHSLD louent leurs installations opératoires, inutilisées dans le cadre de leur nouvelle mission, à des médecins, entre autres à des ophtalmologistes, pour leur permettre d'accueillir une clientèle privée.

En outre, depuis quelques années, d'autres formes de prestation privée à but lucratif se développent dans les CHSGS publics qui interrogent davantage le Conseil car elles touchent les services médicalement requis. Ainsi, des cliniques sont mises sur pied pour répondre aux besoins de firmes, qui offrent à leur personnel exécutif le service de bilan de santé annuel et d'accès direct et rapide à une ressource médicale en toute circonstance et en tout temps, contre un déboursé annuel de ces compagnies pour ces services. À l'occasion, des patients réguliers peuvent se présenter à ces cliniques et, contre paiement, obtenir les services qu'ils souhaitent dans les meilleurs délais. Toujours pour augmenter leurs revenus, certains établissements songent même à vendre leurs services à une clientèle américaine.

Par ailleurs, en cette période de réorganisation et de réorientation des services cliniques dans la communauté, le Conseil a porté une attention toute spéciale à la prestation en cabinets de professionnels. De tout temps, les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens ont été nombreux, voire la majorité, à dispenser leurs services dans la communauté. Toutefois, depuis une vingtaine d'années, on observe également un nombre de plus en plus élevé d'autres catégories de professionnels de la santé¹⁷.

Compte tenu de son mandat et de l'importance des responsabilités des médecins qui embrassent, entre autres, celles de diagnostiquer et de traiter les déficiences et celle de prescrire médicaments et traitements¹⁸, le Conseil a examiné particulièrement la prestation de ces professionnels en cabinet.

¹⁷ Cliniques de physiothérapeutes, agences de soins infirmiers, orthophonistes, diététistes, bureaux de psychologues,

¹⁸ *Loi médicale* (L.R.Q. c.M-9), article 31.

Les cabinets médicaux situés dans la communauté sont des organisations où les médecins exercent en solo ou en groupe. Certaines organisations, communément appelées polycliniques médicales ou centres médicaux, rassemblent plusieurs catégories de professionnels, dont des médecins, omnipraticiens et spécialistes, des dentistes, des physiothérapeutes, des pharmaciens, des psychologues... Elles offrent des consultations sur rendez-vous et également sans rendez-vous.

Plusieurs éléments de ces organisations retiennent l'attention du Conseil :

- la localisation

Les cabinets médicaux sont dispersés dans toutes les régions du Québec indépendamment du nombre de médecins y exerçant déjà et des besoins de la population. Les incitatifs financiers développés, afin de favoriser leur installation dans les régions insuffisamment pourvues, ne donnent pas les résultats escomptés et la décision ministérielle d'intégrer les médecins des cabinets privés aux plans régionaux d'effectifs médicaux n'est toujours pas appliquée. En fait, le développement des cabinets se fait sans aucune planification et selon les règles du marché.

- les services offerts

Lieu privilégié de l'exercice des omnipraticiens, ils y consacraient en moyenne, en 1994, environ 42,9 heures par semaine¹⁹. Ils y dispensent environ 80% des services médicaux de 1^{re} ligne. Quelques omnipraticiens rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec y mènent, par ailleurs, une pratique limitée, restreinte à un seul champ, par exemple à l'homéopathie, la psychothérapie, l'ostéopathie et à l'obésité qui s'adresse à une clientèle particulière. Ils sont alors moins disponibles pour répondre aux besoins de base de la population.

Les médecins spécialistes, pour leur part, y consacrent environ 20% de leurs activités. Toutefois, la proportion est très variable selon la discipline médicale. De plus, depuis quelques années, le développement de la technologie a rendu possible en cabinet la prestation d'interventions dispensées généralement en centres hospitaliers. Cette tendance devrait se poursuivre au cours des prochaines années.

Par exemple, les radiologistes offrent une gamme élargie d'examens à des fins de prévention, de diagnostic ou de traitement de la maladie. Certains examens ne sont toutefois pas assurés en cabinet, les médecins peuvent donc les facturer aux patients. De même, les ophtalmologistes facturent aux patients les actes non assurés de chirurgie réfractive. Toutefois, dans le cas de la chirurgie de la cataracte, seuls les ophtalmologistes ne participant pas au régime de l'assurance-maladie peuvent facturer leurs patients car le service est toujours assuré.

Également, depuis quelques années, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) réfère de plus en plus d'accidentés en cabinets pour y subir les examens diagnostiques spécialisés dont ils ont besoin. Ceci a permis, à certains cabinets médicaux, de s'équiper d'appareils à la fine pointe de la technologie.

■ le titre de propriété

Les médecins sont généralement propriétaires de leurs cabinets. Cependant, nous notons, dans les dernières années, une augmentation marquée de promoteurs financiers propriétaires de cliniques médicales. Parmi celles-ci, plusieurs sont exclusivement réservées aux consultations médicales sans rendez-vous. Or, ces cliniques privilégient l'accessibilité et une réponse

¹⁹ Collège des médecins du Québec, *Les effectifs médicaux au Québec : mieux comprendre le passé pour envisager l'avenir. Situation de 1980 à 1994 et projections pour les années 2000*, Avril 1997

ponctuelle au besoin. Elles s'occupent peu de la prévention, de la globalité et de la continuité des soins.

Encore plus troublant, l'intérêt démontré par certaines grandes sociétés privées à s'impliquer dans le développement de grosses cliniques médicales sur l'ensemble du territoire du Québec.²⁰ Un tel projet inquiète beaucoup le Conseil car au nom d'un partenariat intéressant et original entre le privé et le public, idéologie à la mode, il ouvre le secteur des services de santé aux grandes corporations qui visent avant tout le profit. Alors, comme aux États-Unis, le secteur des services de santé deviendrait peu à peu un secteur marchand au même titre que tous les autres produits et biens disponibles sur le marché. Et selon les chercheurs de la Chaire d'études socio-économiques de l'UQUAM²¹, une fois ce processus en marche, il serait très difficile de l'inverser à cause de certaines clauses de l'accord de libre-échange nord-américain (ALENA).

- les liens avec les autres organisations de santé

Les cabinets médicaux ne sont pas coordonnés entre eux et avec les établissements du réseau de la santé. Par ailleurs, les nouveaux départements régionaux de médecine générale (DRMG) devraient faciliter l'établissement de liens et le développement de véritables réseaux intégrés de soins, en se dotant de moyens efficaces, et d'un bon réseau d'informations et de communications.

- la réclamation de frais aux patients

Les médecins en cabinet, lors de la prestation de services médicaux assurés, réclament de plus en plus régulièrement des frais à leurs patients. Considérés

²⁰ Se référer aux divers articles de journaux parus sur la future clinique de Ste-Julie en Montérégie.

²¹ Poirier M., Patenaude F., Petit M., Lambert G., *À qui profite le démantèlement de l'État ?*, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM, 1998, page 72.

« accessoires²² », ces frais sont demandés notamment pour l'ouverture de dossier, l'administration d'un médicament, etc. Si plusieurs de ces frais sont conformes aux règles actuelles, une analyse de la Régie de l'assurance-maladie du Québec²³ révèle que plusieurs autres ne le sont pas.

■ le contrôle de la qualité

Pour les médecins, c'est le Collège des médecins du Québec, comme tous les ordres professionnels reconnus par le Code des professions, qui a le mandat d'assurer la protection du public et à cette fin, la responsabilité de contrôler l'exercice de ses membres.

Le Collège dispose, à cet effet, d'un Comité d'inspection professionnelle et d'une équipe de médecins inspecteurs qui procèdent aux visites d'inspection dans les cabinets privés et les établissements. Ces visites permettent notamment d'évaluer la qualité de l'exercice des médecins qui y travaillent et de vérifier la tenue des dossiers médicaux et du cabinet ainsi que leur conformité avec les règlements du Collège²⁴.

De plus, afin de promouvoir une médecine de qualité, le Collège des médecins publie des guides de pratique clinique et voit à l'implantation de lignes directrices en pratique clinique.

Enfin, le Ministère de la santé et des services sociaux dans le cadre de ses responsabilités en matière de protection de la santé publique peut, après consultation du Collège des médecins du Québec, émettre des règlements déterminant les normes d'équipement, de fonctionnement technique, de

²² Voir l'annexe 5 pour la définition.

²³ Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Inventaire des frais accessoires réclamés lors de la prestation de services assurés*, Novembre 1997.

²⁴ Collège des médecins du Québec, *Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*, Juillet 1995, pages 29-30.

salubrité et de qualité du personnel employé, entre autres, de tout cabinet privé pour fin de sécurité de la personne humaine^{25,26}.

Bref, la prestation privée en cabinet, même celle financée par l'État, se développe en parallèle du système public et ne s'inscrit pas nécessairement dans les objectifs du système.

En résumé, le Conseil note que le système de santé est mixte à prédominance publique. Le secteur privé y occupe toutefois une place de plus en plus importante, particulièrement depuis le virage ambulatoire et ce, tant au niveau du financement qu'à celui de la prestation des services médicalement requis.

2.2 Les lacunes du système

Par la suite, le Conseil s'est attardé à examiner les principales lacunes du système de soins qui posent problème à la population. Il constate que la majorité de celles-ci se rapporte à l'accessibilité aux soins et services.

La population fait face, entre autres, à :

- une pénurie relative de médecins

Il est toujours difficile dans maintes localités de se trouver un médecin de famille particulièrement pour les patients présentant des problèmes de santé complexes. Les cabinets de médecins omnipraticiens n'acceptent plus de nouveaux patients ou tout simplement, il n'y a plus de médecin en poste. Des salles d'urgence de centres hospitaliers ne peuvent plus assurer une garde de 24 heures par jour et 7 jours / semaine, faute de médecins. Elles ferment alors périodiquement la nuit et les fins de semaine.

²⁵ *Loi sur la protection de la santé publique* (L.R.Q. c. P-35), articles 1 et 69.

²⁶ Voir annexe 6 pour la liste des normes émises à ce jour en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique* (L.R.Q. c. P-35).

On compte pourtant un grand nombre de médecins omnipraticiens. En 1997, on dénombrait un omnipraticien pour 980 habitants, comparativement à un pour 1163 en Ontario et un pour 1075 en Colombie-Britannique²⁷. Les pénuries observées pourraient donc s'expliquer en partie par une mauvaise répartition et une utilisation non optimale de cette main-d'œuvre.

- l'engorgement des salles d'urgences

Chaque année, entre autres au début de l'automne et en janvier, les salles d'urgence des centres hospitaliers débordent. Ces périodes de crise sont connues, donc prévisibles. Leur ampleur pourrait être limitée en adaptant les services en conséquence, par exemple en ouvrant un plus grand nombre de lits. Or, les périodes d'engorgement reviennent d'année en année, ce qui dénote un manque évident de planification et de volonté réelle de corriger la situation. Par ailleurs, comme tout le monde le sait, en période de crise, il est plus facile d'obtenir un budget additionnel de l'État.

- des délais d'attente excessifs pour certains traitements et services

Les patients peuvent attendre plusieurs jours, semaines et même parfois plusieurs mois pour des examens et des traitements. La durée d'attente est régulièrement dénoncée par les médias, entre autres, pour des interventions chirurgicales et les soins aux cancéreux.

La durée d'attente pose également problème dans le cas de services médicalement requis moins connus et médiatisés tels les services de physiothérapie et d'orthophonie. Une enquête canadienne auprès d'utilisateurs du système révèle que plusieurs d'entre eux trouvent les attentes excessives. De plus, elles se seraient même prolongées au cours des cinq dernières années²⁸.

²⁷ Source : Institut canadien d'information sur la santé.

²⁸ McDonald P., Shortt S., Sanmartin C., Barer M.,.... *Waiting Lists and Waiting Times for Health Care in Canada : More Management !! More Money ? ?*, June 1998.

- un manque d'accès à la technologie nouvelle

La population est de plus en plus informée des nouvelles modalités diagnostiques et thérapeutiques disponibles. Elle ne comprend pas toujours pourquoi, elle n'y a pas accès. Si, certaines technologies sont encore inefficaces ou au stade expérimental, plusieurs ont cependant prouvé leur efficacité ou leur efficience.

Le manque chronique de budget pour renouveler et mettre à jour les équipements et acquérir de nouvelles technologies ne facilite pas la situation. Mais c'est surtout une véritable politique concernant ce secteur, incluant notamment l'introduction, la diffusion et l'évaluation de la nouvelle technologie, qui fait défaut.

Les usagers font également face à des difficultés d'un autre ordre de préoccupations. Entre autres, certains subissent, au niveau de l'accueil, un manque de respect de la part du personnel des établissements publics. Par exemple, dans certaines cliniques externes, on leur demande de se présenter tous à la même heure et ce faisant, à attendre de longues heures avant d'être vus par les médecins. En conséquence, plusieurs usagers préfèrent prendre rendez-vous dans les cabinets de médecins.

Ces divers problèmes sont d'ordre organisationnel et peuvent être corrigés, notamment avec une gestion plus efficiente des services. De nouvelles façons de gérer s'imposent donc dans le réseau public. Malheureusement, le Conseil note une absence d'imputabilité chez certains acteurs du système.

Par ailleurs, dans le secteur privé, les usagers rencontrent également des difficultés. On leur réclame de plus en plus souvent des frais pour les services reçus. La logique de ces frais n'est pas toujours claire, par exemple la différence entre les services assurés et non assurés dans le cas des services de dépistage du cancer du sein. Il arrive fréquemment que les femmes passant un examen de

mammographie en cabinet soient informées, suite aux résultats obtenus, de la nécessité de subir une échographie. Le médecin leur offre de passer ce nouvel examen rapidement à son cabinet. Toutefois, contrairement à la mammographie pour laquelle elles n'ont rien eu à déboursier, cet examen étant assuré dans le cadre du régime d'assurance-maladie, elles devront payer l'échographie, car cet examen n'est pas assuré lorsque réalisé en cabinet. Pourquoi en cabinet un service est assuré et l'autre pas ?

2.3 Les défis du système au cours des prochaines années

Au cours des prochaines années, plusieurs autres événements feront également pression sur le système. On peut citer le vieillissement de la population, le développement accéléré de la technologie, l'apparition de nouvelles maladies et les exigences croissantes de la population. Le Conseil s'est penché sur ces éléments afin de déterminer si le système de santé actuel pourra y faire face.

Le vieillissement de la population

Le déplacement de la pyramide d'âge de la population est l'un des facteurs qui aura le plus d'impact sur le système de soins. Dès 2001, les personnes âgées de 65 ans ou plus composeront environ 14% de la population, alors qu'elle était de 11% en 1991.

Il en résultera une augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies dégénératives, de cancer, de troubles cardio-vasculaires ainsi que de maladies chroniques et de démences. Ceci entraînera une hausse de demandes pour les services de santé.

De plus, pour les personnes âgées et particulièrement pour celles souffrant de maladies chroniques, il est tout aussi important de réduire les incapacités et de favoriser une autonomie optimale que de prolonger la vie. L'âge devient donc une

des variables importantes à considérer dans la planification et l'organisation des services de santé.

Le développement accéléré de la technologie

De nombreuses découvertes technologiques et pharmacologiques ont permis, au cours des dernières années, d'améliorer la santé de la population. Elles ont porté tant sur les méthodes d'investigation, les modalités thérapeutiques, les moyens de suppléance fonctionnelle que sur la médecine génétique.

Ces découvertes permettent de recourir à des ressources plus légères pour traiter la population, sur une base ambulatoire et dans la communauté. En outre, les personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes âgées, même celles en perte sévère d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, peuvent dorénavant demeurer chez elles et poursuivre certaines activités avec une aide appropriée.

Dans les prochaines années, ce développement devrait se poursuivre, voire s'accélérer. De plus, l'évolution des technologies de l'information et des communications aura pour impact de modifier également profondément les pratiques des professionnels de la santé. La population sera aussi grandement touchée par cet essor technologique. Ainsi, celle des régions éloignées pourra davantage recourir à l'expertise spécialisée des centres universitaires, sans nécessairement devoir se déplacer, grâce à la mise en place d'un réseau de télémédecine.

Par ailleurs, si ces nouvelles technologies sont facteurs de progrès, elles constituent également un facteur majeur de la croissance des dépenses de santé. Elles obligent donc à une évaluation sérieuse pour une utilisation efficiente.

L'apparition de nouvelles maladies

L'état de santé de la population s'est grandement améliorée au cours des trente dernières années. De plus, l'espérance de vie s'allonge et les personnes âgées sont plus actives et en meilleure santé que celle des générations antérieures. Par ailleurs, durant toutes ces années, les maladies dites « sociales » ont augmenté de façon importante; certaines maladies infectieuses qu'on croyait vaincues sont revenues et de nouveaux problèmes de santé ont surgi, le sida par exemple. Dans le futur, la situation devrait sensiblement suivre le même scénario, à savoir l'apparition de nouvelles maladies et l'accroissement de problèmes chroniques.

Les exigences croissantes de la population

La population plus instruite, mieux informée et davantage consciente de ses droits devient plus exigeante envers le système de soins et les professionnels de la santé. Cette tendance devrait s'amplifier aux cours des prochaines années. La population attend beaucoup du système de soins, notamment d'avoir accès :

- au meilleur service requis par son état

La population veut que les services, qu'elle obtient en réponse à ses besoins bio-psycho-sociaux, tiennent compte des dernières avancées de la science et des technologies médicales. Elle s'attend également à avoir une relation personnelle de confiance avec son médecin et les autres professionnels de la santé.

- au bon moment

La population exige de plus en plus d'obtenir les services médicalement requis dans un délai raisonnable à savoir dans un délai cliniquement acceptable pour un résultat optimal.

- au bon endroit

La population souhaite obtenir les services requis à l'endroit le plus approprié en regard des problèmes à résoudre. Pour ses besoins de base, elle souhaite les obtenir le plus près de chez elle. Toutefois, elle est prête à se déplacer pour des soins spécialisés de qualité et, encore plus, pour des soins ultraspécialisés.

3- LES ENJEUX DE LA PRIVATISATION ACTUELLE DES SERVICES MÉDICALEMENT REQUIS

Tout au long de ses travaux sur la place actuelle du secteur privé dans le champ des services de santé médicalement requis, le Conseil a été confronté à divers enjeux. Certains préoccupent particulièrement le Conseil, parmi ceux-ci on note la responsabilité collective, l'intégration des services, l'efficience du système de soins et la planification des effectifs médicaux.

3.1 La responsabilité collective

En instaurant le programme d'assurance-maladie en 1970, le Gouvernement s'appuyait sur une longue tradition québécoise d'entraide et de service dans la communauté. Il complétait l'implantation du système de soins que nous connaissons aujourd'hui. Prendre soin des malades devenait une obligation de la société. Cela représentait une évolution sociale considérable. L'ensemble de la population, sans distinction de condition, de revenus ou de lieu de résidence, avait dorénavant accès à une gamme complète de services de santé de qualité offerts par les médecins ou en milieu hospitalier.

Rien n'indique au Conseil que les valeurs de solidarité et d'équité à la base du système de soins se soient altérées, au cours des années. Elles font tout autant consensus au sein de la population aujourd'hui qu'en 1970. La population veut toujours que le système de soins soit accessible à ceux qui en ont besoin. Elle ne

souhaite pas revenir à la situation des années cinquante où des personnes devaient renoncer à se faire soigner pour des raisons financières. De nombreux sondages, au cours des dernières années, démontrent que le système de soins constitue l'une des composantes sociales à laquelle la société tient le plus.

Toute forme de privatisation du financement des services de santé médicalement requis va donc à l'encontre du mouvement collectif de la population en faveur d'une couverture universelle de ces services. Or, depuis 1982, on observe une désassurance de certains services jugés complémentaires, tels les services dentaires et optométriques. À celle-ci s'ajoute insidieusement, surtout depuis le virage ambulatoire, une certaine privatisation passive²⁹ des services rendus par d'autres professionnels que les médecins.

De plus, le Conseil note qu'au fil des trente dernières années la population a développé un comportement de consommateur envers le système de soins. Elle a de plus grandes exigences, comme on l'a vu précédemment. Plus consciente des taxes élevées qu'elle paie, elle exige des services de qualité répondant à ses besoins. Mieux informée grâce à la télévision, aux diverses publications disponibles et au réseau internet, elle hésite moins à interroger les professionnels et à confronter leurs connaissances. En outre, elle veut participer aux décisions qui concerne son état de santé et de bien-être et choisir elle-même, quand c'est possible, parmi les modalités diagnostiques et thérapeutiques offertes, celles qui lui paraissent les plus appropriées à sa situation. Elle exige même, parfois, le bénéfice de techniques innovatrices sur la seule foi d'informations auxquelles la validation scientifique fait parfois défaut, comme le démontrent les demandes pour le traitement en chambre hyperbare de certaines pathologies.

²⁹ Selon l'Organisation mondiale de la santé, la privatisation passive fait référence à une croissance de l'importance relative du secteur privé sans que celle-ci ne soit encouragée de manière active par des politiques gouvernementales, contrairement à la privatisation active qui reposerait sur un changement d'orientation en faveur du secteur privé notamment par des mesures législatives ou financières.

Or, si le système de soins ne réussit pas à se structurer de façon à satisfaire les besoins de la population en termes d'accès et de qualité des services, elle se tournera vers le secteur privé pour obtenir les services dont elle a besoin. Déjà, elle commence à recourir aux services privés d'ophtalmologie pour la chirurgie des cataractes, estimant le délai d'attente trop long en milieu public. Il sera alors de plus en plus difficile, même impossible, pour le gouvernement d'empêcher le développement d'un système privé parallèle.

3.2 L'intégration des services

Le système de soins a beaucoup évolué dans les trente dernières années. Face aux divers changements et problèmes rencontrés, plusieurs ajustements à la pièce ont été apportés, sans toutefois, remettre en cause la dynamique du système en place. Il présente aujourd'hui une image fort différente de celle des années soixante-dix. Il est de plus en plus fragmenté. Il comprend non seulement un ensemble de régimes d'assurance (hospitalisation, maladie, médicaments..) mais aussi des services regroupés en divers silos (cabinets privés, CLSC, CHSGS, CHSLD, CR,CS) qui communiquent encore trop peu entre eux. Dans ce contexte, il est difficile d'assurer une prise en charge des patients respectueuse de la continuité.

On y observe un manque flagrant d'intégration et de coordination des services. Il en résulte pour la population un manque de continuité tant au niveau des services de 1^{re} ligne qu'entre les diverses lignes de services et une accessibilité toujours précaire aux services, malgré un nombre toujours croissant de médecins et d'autres professionnels. Or, les changements auxquels le système devra faire face dépassent en ampleur tout ce qui a été vécu depuis 1970. Ils touchent tant les besoins de la population que les façons des professionnels d'y répondre, comme nous l'avons vu au chapitre 2.3.

Pour solutionner une partie des problèmes et relever les défis des prochaines années, le Conseil propose de modifier la dynamique actuelle du système en

hiérarchisant les services médicaux de manière à renforcer la relation patient-médecin, à accroître la responsabilisation des médecins et de la population et à faire des médecins de 1^{re} ligne les pivots de la nouvelle organisation³⁰. Également, pour implanter cette dynamique, le Conseil propose de modifier le mode de rémunération des médecins³¹. La mise en place de ces propositions, tout en consolidant les points forts du système permettrait surtout d'en améliorer les points faibles, plus particulièrement l'accessibilité et la continuité des services, et favoriserait une utilisation optimale des ressources.

Par ailleurs, l'accroissement de la prestation des services médicalement requis en milieu privé, suite au virage ambulatoire, rend la question de l'intégration des services encore plus épineuse. Une petite tentative en ce sens a été réalisée dans quelques régions avec la mise sur pied d'un réseau intégré d'accessibilité de soins généraux. Cependant, aucun lien formel ne lie généralement les cabinets médicaux aux autres composantes du système de santé.

3.3 L'efficience du système de soins

Les services de santé ne sont pas des biens usuels de consommation ni des produits commerciaux visant à dégager des profits. Ils échappent aux lois du marché. Généralement, on ne choisit pas de consommer des soins. On peut difficilement en limiter l'obtention par des mesures financières. De plus, une couverture incomplète des services médicalement requis dans la communauté peut entraîner pour les individus des conséquences préjudiciables à leur santé et pour la société des coûts considérables.

Par exemple, faute d'obtenir les services de physiothérapie requis par leur état de santé, certains patients peuvent nécessiter la prescription de médicaments dispendieux, voir leur état se détériorer par des complications de santé évitables,

³⁰ Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux*, Avis 95-03, Québec, Juin 1995.

devoir retarder leur retour au travail et ainsi recevoir leur prestation d'assurance-invalidité plus longtemps, pour ne nommer que ces conséquences souvent plus coûteuses que les services médicalement requis.

De plus, une couverture incomplète des services médicalement requis dans la communauté empêche souvent une utilisation optimale de la compétence de chaque catégorie de professionnels, certains étant rémunérés par le secteur public et d'autres par le secteur privé. Les médecins sont ainsi peu incités, lorsqu'ils exercent en cabinet, à déléguer la prestation de certains services à d'autres professionnels, tels les infirmières .

Le Conseil est également préoccupé, au point de vue efficience, par la liberté totale d'exercice laissée aux médecins des cabinets indépendamment des objectifs poursuivis par le système de soins. Ainsi, plusieurs médecins délaissent la prestation de services prioritaires pour s'adonner à une pratique moins contraignante en cabinet seulement.

3.4 La planification des effectifs médicaux

Dès 1975, quelques années à peine après l'instauration du régime d'assurance-maladie, le Gouvernement commence à intervenir dans la planification des effectifs médicaux. Comme il assume les coûts des honoraires des médecins participant au régime, il s'inquiétait déjà devant l'augmentation sans cesse croissante des effectifs qu'il constatait.

S'il importe pour le système public de santé de disposer d'un nombre suffisant de médecins, omnipraticiens et spécialistes, pour dispenser les services requis à la population, il importe tout autant de ne pas disposer d'un surplus de médecins.

³¹ Voir les avis du Conseil médical du Québec sur les modes de rémunération des médecins (Avis 96-02 et 97-03)

Considérant que tout mouvement de privatisation de la prestation des services médicaux réduit la disponibilité des médecins pour exercer dans le système public, cette planification devient plus difficile, particulièrement la répartition des médecins dans les différents milieux de travail. Or, dans les dernières années, nous observons, dans certains milieux, un tel mouvement.

Par exemple, la non assurance de certains services, telles les chirurgies réfractives, la longueur des listes d'attente pour la chirurgie de la cataracte et l'évolution technologique ont amené, depuis 1997, un nombre significatif d'ophtalmologistes à quitter partiellement ou totalement le milieu public pour exercer auprès d'une clientèle privée. Ce contexte de désertion du réseau public diminue la disponibilité d'ophtalmologistes pour répondre à des besoins urgents ou pour des services offerts seulement en centres hospitaliers, tels la chirurgie de la rétine. Il aggrave d'autant les problèmes d'accessibilité de la population. Il ne faut donc pas se surprendre que les listes d'attente s'allongent dans ce secteur.

De même, une rémunération non compétitive ne tenant pas compte des responsabilités assumées incite également plusieurs omnipraticiens à délaisser le travail dans les urgences des centres hospitaliers pour exercer uniquement en cabinet.

4- LES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES DE PRIVATISATION

Depuis quelques années, devant les problèmes du système de soins, l'idée d'une plus grande privatisation des services de santé gagne du terrain. On cite souvent en exemple certaines expériences européennes et américaines. Le Conseil a donc étudié le rôle joué par le secteur privé dans ces pays, particulièrement au niveau du financement, de la prestation des services et de la maîtrise des dépenses de santé.

4.1 Au niveau du financement

Au niveau du financement des services médicalement requis, le Conseil note que toutes les études révèlent que la privatisation, peu importe les modalités adoptées, aggrave les problèmes d'accessibilité et d'équité plutôt que de les corriger et augmente les dépenses totales de santé. Tous les chercheurs s'entendent pour dire que ce sont les systèmes de santé dont le financement des services médicalement requis demeure public et à payeur unique qui réussissent le mieux le difficile équilibre entre les objectifs d'accessibilité, d'équité et de maîtrise des dépenses de santé.

Aux États-Unis, par exemple, pays où le secteur privé joue un rôle majeur en matière de financement des soins de santé, le système ne présente pas de performances sanitaires remarquables. Pourtant, c'est le pays qui consacre le plus d'argent aux soins de santé et dont la proportion de dépenses privées y est également la plus élevée des pays développés, avec environ 53%. Son système de soins principalement fondé sur l'assurance privée, collective ou individuelle, non obligatoire est même assez inéquitable. De 15 à 20% de la population ne bénéficie pas d'une couverture maladie minimale et ce, malgré des programmes publics importants d'aide aux personnes âgées (*Medicare*) et aux personnes défavorisées (*Medicaid*).

À l'inverse, les pays de l'Europe de l'ouest, où le rôle de l'état consiste à garantir à tous une couverture collective de soins, ont développé des systèmes de soins dont le financement est public pour la plus grande part, les dépenses privées ne comptant que pour 16 à 30% en 1997³². Leurs systèmes de soins sont plus équitables et moins onéreux que celui des États-Unis qu'ils soient des services nationaux de santé³³ ou articulés autour de caisses d'assurance-maladie sous tutelle de l'état³⁴.

³² Voir données détaillées à l'annexe 8.

³³ C'est le cas au Royaume-Uni, au Danemark, en Suède, en Norvège et en Finlande.

³⁴ C'est le cas en Allemagne, en France et aux Pays-Bas.

Le financement public de ces pays couvre une gamme plus large de services médicalement requis qu'au Québec, incluant entre autres les soins dentaires pour tous et les services de physiothérapie dispensés dans la communauté et à domicile. Toutefois, les usagers de la majorité de ces pays paient des frais lorsqu'ils utilisent le système de soins. Les modalités de contribution des usagers au financement comprennent, entre autres, la tarification et diverses formules de coassurance³⁵.

Or, ces modalités, comme le démontrent plusieurs études^{36, 37}, ne donnent pas les résultats escomptés. Elles agissent sur la demande et non sur l'offre de services. Au-delà de la première consultation, une personne a très peu de contrôle sur les demandes ultérieures de services. Celles-ci sont davantage dictées, selon leur état de santé, par les professionnels de la santé (médecins, dentistes...). Conséquemment, on ne peut s'attendre à une rationalisation de la consommation dans le secteur des soins de santé au même titre que dans d'autres secteurs d'activités.

L'effet désiré de diminuer, par ces frais, les recours inutiles aux services de santé peut même être annulé si des assurances privées couvrent ces frais, comme c'est le cas en France. En plus, ces modalités de tarification et de coassurance présentent plusieurs inconvénients importants. Elles réduisent, entre autres, la consommation des services préventifs, les consultations pour maladies aiguës et la prise de médicaments essentiels. Elles entraîneraient également chez certaines personnes un report de consultation qui peut se traduire par une aggravation de leur état de santé. Elles augmenteraient même les risques de décès chez les personnes gravement malades. Ces inconvénients affectent surtout les personnes démunies.

³⁵ Voir annexe 8.

³⁶ Conseil de la santé et du bien-être, *Un juste prix pour les services de santé*, 1995.

³⁷ Rheault S., *Évaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine sociosanitaire*, MSSS-DGPE, Janvier 1995.

Dans les dernières années, plusieurs pays ont donc pris des mesures pour atténuer l'impact des frais modérateurs sur les groupes les plus vulnérables. Ainsi, la France, avec plus de six millions de personnes aux revenus modestes, vient d'adopter une loi permettant à ces personnes de bénéficier d'une couverture des soins à 100% sans contribution³⁸.

Par ailleurs en Europe, sous l'effet des politiques de régulation des dépenses de santé, malgré la responsabilité des états à garantir à tous une couverture collective de soins, celle-ci tend à se réduire dans une majorité de pays. Toutefois, cette tendance s'accompagne généralement d'une définition des priorités sanitaires et sociales.

Enfin, dans certains pays, notamment au Royaume-Uni et en France, il existe parallèlement au système public de soins un petit secteur entièrement financé par des fonds privés. Or, contrairement à ce que l'on peut croire, il n'y a pas d'évidence que la présence d'un secteur privé permette de diminuer les listes d'attente du secteur public. Un plus grand accès aux soins privés semble même associé à de plus longues « queues » dans le secteur public, particulièrement là où les médecins opèrent dans les deux secteurs, comme au Royaume-Uni.

4.2 Au niveau de la prestation

Au chapitre de la prestation des services de santé, le Conseil constate, à la lumière des travaux du Forum national sur la santé³⁹, que la situation est fort différente de celle du financement. Tant la prestation publique que privée peut être favorisée. Les deux présentent des avantages et des inconvénients. Plusieurs de ces derniers peuvent toutefois être contrés.

Ainsi, on cite comme principaux avantages de la prestation publique :

³⁸ La nouvelle loi entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2000.

³⁹ Forum national sur la santé, *À la recherche d'un équilibre. Volume 4 : Le secteur de la santé au Canada et ailleurs*, Éditions Multimondes, 1998.

- un nombre moindre d'installations faisant double emploi ;
- des frais administratifs inférieurs ;
- une plus grande équité d'accès ;
- une meilleure prestation de soins préventifs ;
- une meilleure coordination entre les différents secteurs de services.

Ses principaux désavantages seraient :

- une tendance à la bureaucratisation ;
- un manque de souplesse et de sensibilité aux besoins individuels ;
- une lenteur d'adaptation aux changements ;
- un manque d'innovation.

À l'inverse, la prestation privée serait davantage souple, innovatrice et sensible aux besoins individuels. Elle présente, par ailleurs, également d'importantes faiblesses telles :

- une tendance à la sélection de la clientèle et des services à dispenser ;
- des problèmes d'équité d'accès, car surtout disponible dans les centres urbains ;
- une pertinence de services pas toujours évidente ;
- des coûts difficiles à contrôler.

Pour ce qui est de l'efficacité, les diverses études démontrent qu'elle est possible tant par la prestation privée que publique des services médicalement requis. Les organisations privées à but lucratif offriraient un bon rapport qualité prix lorsque leurs programmes poursuivent des objectifs facilement mesurables et que ces derniers sont contrôlés et évalués régulièrement. Elles réussiraient moins bien dans les programmes à objectifs complexes à moins que ne leur soient imposées des normes de rendement afin de protéger les objectifs d'équité et de qualité. La fourniture privée de services complexes de santé serait optimale lorsque gérée par des organisations sans but lucratif.

En Europe, plusieurs centres hospitaliers privés, voire la majorité, sont sans but lucratif. Ils sont généralement conventionnés et appartiennent aux mutuelles responsables des caisses maladies, à des communautés religieuses ou à des œuvres caritatives⁴⁰. De plus en Europe, les cliniques et les centres hospitaliers privés à but lucratif se repositionnent et délaissent de plus en plus les cas complexes pour ne traiter que les cas les plus rentables.

Enfin, la qualité de la prestation des soins en milieu privé préoccupe plusieurs pays. Par exemple, le Royaume-Uni revoit présentement sa législation relativement aux établissements privés afin de garantir à ceux qui les utilisent des soins de qualité. Ici même au Canada, la qualité fait l'objet d'attention particulière dans certaines provinces. Ainsi en Alberta, le Collège des médecins et des chirurgiens a émis récemment des règles à cet effet, concernant les cabinets autorisés à fournir certaines procédures diagnostiques et thérapeutiques médicales dispensées habituellement en centres hospitaliers⁴¹.

4.3 Au niveau de la maîtrise des dépenses de santé

Depuis la fin des années 70, les dépenses de santé ont progressé de façon inquiétante dans tous les pays développés. Afin de maîtriser la situation, de nombreuses réformes souvent ambitieuses et radicales ont été entreprises.

Aux États-Unis, pays où la dérive des dépenses est la plus marquée, les réformes ont vu le jour surtout sous la pression des employeurs. Comme le système est principalement fondé sur l'assurance privée et que celle-ci est obtenue, encore aujourd'hui, surtout dans le cadre de l'entreprise, les employeurs ont constaté rapidement la répercussion de la hausse des dépenses de santé sur les coûts des plans collectifs offerts aux employés. Or, comme l'intérêt premier des employeurs

⁴⁰ Se référer à l'annexe 9 pour le portrait de l'hospitalisation privée en Europe.

⁴¹ The College of Physicians and Surgeons of Alberta, *Non-hospital treatment facility and non-hospital diagnostic facility*, 1999.

est souvent d'obtenir des primes d'assurance bon marché, le niveau de couverture des services de santé peut devenir insuffisant.

Dès lors, des modifications importantes furent apportées aux plans offerts. Les employeurs diminuèrent progressivement le financement des primes d'assurance, laissant tout surplus à la charge des employés. Certains ne proposent même plus de plan d'assurance-maladie, considérant les coûts trop élevés. Les employés sont libres d'adhérer ou non aux plans offerts ou de souscrire à des assurances individuelles, toutefois, à un coût plus élevé que dans un cadre collectif. Le coût annuel des assurances individuelles peut atteindre 1800\$ U.S. pour une personne seule et 4800\$ U.S. et plus pour une famille.

Puis, les employeurs, toujours dans le but de mieux contrôler l'utilisation des services de santé afin de contenir les dépenses, favorisèrent le développement des réseaux de soins coordonnés les « *managed care organizations* » (HMO, PPO, IPA...). Ces organisations fournissent un ensemble de soins aux personnes inscrites en contrepartie d'une prime d'assurance.

Si les premiers réseaux coordonnés de soins étaient des organisations sans but lucratif, comme le *Kaiser-Permanente Medical Care Program*, ils sont aujourd'hui souvent des sociétés inscrites à la bourse visant avant tout le profit. Cette recherche de profit prend de plus en plus le pas sur toute autre considération, particulièrement depuis l'échec du Président Clinton d'établir un système de base de soins pour tous.

Il en résulte une profonde transformation de la pratique médicale. Celle-ci devient une transaction économique au même titre que toutes les autres. Les contrôles sont resserrés à tous les niveaux et les médecins perdent graduellement leur autonomie professionnelle. Dans plusieurs plans, les prescriptions de médicaments et d'autres thérapies sont limitées à une liste d'éléments permis. Les traitements très dispendieux peuvent être éliminés et on scrute à la loupe

toute demande de référence. Dans d'autres cas, les médecins sont soumis à des protocoles de soins très strictes.

Par ailleurs, malgré toutes ces mesures de restriction d'accessibilité des patients et de contrôle de la pratique médicale, les coûts continuent à augmenter. Environ 30% des coûts vont à l'administration. Ils sont toujours supérieurs aux coûts des systèmes publics de santé, particulièrement de ceux à payeur unique.

En Europe de l'ouest, où la majorité des systèmes de soins sont à prédominance publique, les réformes entreprises, depuis les années quatre-vingts, afin de pallier à l'explosion des coûts recherchent une approche structurelle. On observe notamment une rationalisation et une réduction des structures d'offre (contrôle de la démographie médicale, réductions des capacités hospitalières...), un désengagement financier des institutions publiques (augmentation du ticket modérateur, désassurance...), une référence aux règles de gestion de l'entreprise d'où une nouvelle conception de la conduite des activités de santé et une introduction de concurrence entre acteurs du système de santé.

Une étude comparative de ces réformes menée par le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé⁴² révèle que les réformes concernant l'offre de services donnent de meilleurs résultats que celles qui visent la demande des consommateurs. Ainsi, toutes les mesures concernant une augmentation des tickets modérateurs, le choix de l'assureur ou une quelconque désassurance soulèvent davantage de problèmes que ne résolvent les difficultés des systèmes. En fait, ces mesures réduisent la couverture collective de soins sans pour autant mettre fin à la progression des coûts du système.

Bref, la tendance des pays européens pour maîtriser les coûts de leurs systèmes de soins ne s'oriente pas principalement vers une plus grande privatisation, encore moins vers la mise sur pied ou le renforcement d'un système privé parallèle. Ils

adoptent des politiques rigoureuses d'encadrement des dépenses et s'efforcent de favoriser une utilisation optimale des ressources. Par ailleurs, face aux défis futurs (vieillesse de la population, développement technologique), plusieurs chercheurs craignent que l'orientation actuelle vers une gestion de type entreprise ne favorise à long terme une plus grande privatisation.

5- UN SYSTÈME DE SANTÉ À MODERNISER

La population est très attachée à son système mixte de santé qui présente globalement des caractéristiques intéressantes : des régimes universels d'assurance pour la maladie, l'hospitalisation et les médicaments et un réseau complet d'établissements de santé et de cabinets où exercent plusieurs catégories de professionnels de la santé. Par ailleurs, la population rencontre plusieurs difficultés dans le système de santé. Elle commence donc à considérer la privatisation comme une solution possible.

Or, le Conseil arrive à la conclusion qu'une plus grande privatisation n'est pas la solution au dysfonctionnement actuel du système, comme le croit la population. Le Conseil reconnaît cependant que le secteur privé, est un partenaire dont la contribution est importante particulièrement au niveau de la prestation des services.

Par ailleurs, le système actuel sera-t-il en mesure de satisfaire les besoins de la population durant les trente prochaines années, compte tenu des défis à relever ? Le Conseil croit cela possible à la condition, toutefois, de compléter sa modernisation et de bien camper la place du secteur privé.

⁴² Saltman R., Figueras J., *Réforme des systèmes de santé en Europe. Analyse des stratégies actuelles. Résumé*, OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1996.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande :

- **de maintenir un système de soins mixte à très forte prédominance publique qui ne permet pas aux assureurs privés de couvrir les services médicaux et hospitaliers médicalement requis et aux médecins une double pratique⁴³ ;**
- **de rejeter toute option en vue d'établir un système privé parallèle ;**
- **de parachever, dans les meilleurs délais, la transformation du système de soins notamment, en :**
 - **renouvelant le régime d'assurance-maladie ;**
 - **implantant une nouvelle dynamique organisationnelle des services et de nouvelles façons de gérer ;**
 - **dotant le système d'une véritable politique concernant l'introduction et l'évaluation de la nouvelle technologie ;**
 - **augmentant la prestation des services médicaux spécialisés dans la communauté .**

5.1 Renouveler le régime d'assurance-maladie

Le régime d'assurance-maladie couvre l'ensemble des résidents québécois indépendamment de leur revenu, de leur âge et de leur état de santé. Il assure à tous l'accès aux services médicaux fournis par les médecins. De plus, la prestation de ces services est protégée par la loi. Le financement privé de ces services est très limité, à toute fin pratique interdit. Légalement, les assureurs ne peuvent, en

⁴³ Pratique par laquelle les médecins pourraient facturer en privé aux patients des services médicaux assurés par le régime d'assurance-maladie sans s'être entièrement retirés du régime administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les médecins exerceraient ainsi en milieu public dans le cadre du régime d'assurance-maladie et en milieu privé dont le financement serait également privé.

effet, couvrir ces services et les médecins ne peuvent les offrir contre paiement qu'en devenant non participants au régime de l'assurance-maladie. En outre, la population qui recourt à leurs services ne peut être remboursée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Au début des années soixante-dix, à l'exception des soins dentaires et des soins optométriques, la majorité des services de santé médicalement requis, dispensés hors des établissements, étaient principalement des services médicaux rendus par les médecins. De nos jours, les services offerts dans la communauté couvrent une gamme plus large de services médicalement requis (médicaux, infirmiers, de réadaptation, ...) et sont fournis non seulement par des médecins mais aussi par des professionnels d'autres disciplines de la santé.

Or, le régime d'assurance-maladie ne couvre pas dans la communauté certains services médicaux⁴⁴ et les services rendus par d'autres professionnels que les médecins. Il en résulte une privatisation passive du financement des services médicalement requis et une iniquité pour la population. Le Conseil est très préoccupé par la question et plus spécifiquement par les personnes qui ne disposent pas d'assurance maladie complémentaire.

Il importe pour le Conseil que la population ait un accès égal à tous les services de santé dont elle a besoin, indépendamment de la discipline professionnelle du fournisseur de services et du lieu de prestation. Le Conseil est donc d'avis que le régime devrait être actualisé et désormais se centrer sur la population et ses besoins et non plus, comme c'est le cas présentement, sur les services médicaux rendus par les médecins et sur les services hospitaliers.

De plus, comme les services de santé médicalement requis sont une parfaite illustration des principes d'intégralité, d'universalité et d'accessibilité, sur lesquels

⁴⁴ Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* (L.R.Q., c. A-29, a.69), article 22.

se fonde le régime et auxquels la population tient le plus, le Conseil considère qu'un système centré sur ces services répondrait aux besoins de la population.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande de renouveler le régime d'assurance-maladie :

- **en le centrant désormais sur les services de santé médicalement requis, indépendamment des dispensateurs et du lieu de prestation ;**
- **et en adoptant la définition du Conseil⁴⁵ pour les services médicalement requis.**

Par ailleurs, plusieurs services médicaux, comme nous le disions précédemment, ne sont pas assurés lorsqu'ils sont dispensés en cabinets. De plus, la population assume en cabinet, de plus en plus, divers frais inhérents aux services médicaux assurés. En établissement, ces frais sont financés à même le budget de l'établissement. Le Conseil considère la situation paradoxale pour un système de soins favorisant la prestation des services de santé dans la communauté. Il ne devrait avoir aucune différence pour la population, au niveau du financement et de la qualité des services assurés, que ceux-ci soient dispensés en cabinets ou en établissements.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande également, lors du renouvellement du régime d'assurance-maladie :

- **de réviser la liste des services médicaux assurés ;**
- **et de revoir le paiement des services médicaux assurés en cabinets de manière que soient séparés mais inclus :**

⁴⁵ Se référer au chapitre1, page 3.

- **les honoraires professionnels, identiques à ceux rémunérés en établissements;**
- **les frais de cabinet (personnel administratif, technique ou professionnel, équipement, ...);**
- **et les frais inhérents aux services assurés, s'il y lieu.**

5.2 Élargir la couverture du régime d'assurance-maladie

Les services de santé médicalement requis, prescrits par le médecin traitant, s'inscrivent dans un continuum de soins dont toutes les composantes sont importantes pour obtenir un résultat optimal. Le Conseil considère que le régime universel d'assurance-maladie devrait désormais les inclure tous et devenir ainsi une véritable assurance protection maladie.

Toutefois, vu la situation actuelle des finances publiques, le Conseil croit peu envisageable présentement de transférer tout le poids financier de ces services sur le régime universel. En l'occurrence, il suggère de le faire progressivement et d'examiner, à cet égard, les diverses possibilités de partenariat avec le milieu privé des assurances. Les règles du jeu d'un tel partenariat devront, par ailleurs, être précisées clairement pour les divers partenaires afin que tous, indépendamment de leurs revenus, aient accès aux mêmes services de qualité. Le modèle développé dans le cas des médicaments en est un exemple concret. Il est intéressant dans la mesure où il permet une couverture universelle pour les médicaments et les services pharmaceutiques. Après évaluation, il devrait être réajusté de façon à réduire le fardeau financier des plus démunis.

Le Conseil propose d'inclure en priorité au régime d'assurance-maladie les services de réadaptation prescrits par le médecin traitant. Ces services sont essentiels et permettent une plus grande efficience. Par exemple, les services de physiothérapie en phase pré et post-opératoire assurent une récupération optimale plus rapidement. Ils permettent, également, de favoriser l'autonomie des

personnes âgées, de réduire la durée de séjour et parfois d'éviter les hospitalisations. L'accessibilité limitée aux services de réadaptation est une des principales causes du manque de continuité des services dans l'épisode de soins.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ont depuis longtemps constaté le fait. Leurs programmes d'assurance inclut donc les services de réadaptation. Cette politique de la CSST et de la SAAQ a permis de développer tout un réseau de services de réadaptation dans la communauté. Il ne reste donc qu'à inclure ces services dans le régime d'assurance-maladie de manière à ce que tous, et non seulement les accidentés de la CSST et de la SAAQ, y aient accès dans la communauté.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande:

- **d'examiner l'opportunité d'élargir progressivement, par un partenariat légalement encadré avec les assureurs privés, la couverture du régime d'assurance-maladie à tous les services médicalement requis dispensés en tout lieu, indépendamment de la discipline professionnelle du fournisseur;**
- **d'inclure en priorité au régime d'assurance-maladie les services de réadaptation prescrits par le médecin traitant.**

5.3 Implanter une nouvelle dynamique organisationnelle des services

Par ailleurs, le Conseil est d'avis que, pour réaliser cette responsabilité collective, l'organisation des services qui en découle doit être revue. Car, le système est déjà très fragmenté et répond de plus en plus difficilement aux besoins de la population. Celle-ci souffre particulièrement de problèmes d'accessibilité et de continuité de services suite notamment au manque flagrant de coordination et d'intégration des services. Les règles du jeu à l'intérieur duquel prend place chaque acteur du

présent système, sont de plus en plus inadaptées, inefficaces ou déresponsabilisantes, comme nous le constatons dans un avis précédent⁴⁶. C'est donc pour le Conseil, à ce niveau que les modifications profondes au plan organisationnel doivent survenir.

La proposition du Conseil de réorganiser les services selon une nouvelle dynamique qui

- responsabilise davantage les acteurs, à l'atteinte d'objectifs communs ;
- incite ces mêmes acteurs à une action concertée et coordonnée ;
- favorise chez ceux-ci une utilisation optimale des ressources .

est plus que jamais d'actualité.

Nonobstant la hiérarchisation des services, il importe surtout que les services médicalement requis soient intégrés à tous les niveaux. Ainsi, la prestation en cabinets, spécifiquement celle financée dans le cadre du régime d'assurance-maladie, doit absolument être complémentaire au système public et participer à l'atteinte des objectifs du système, ce qui n'est pas le cas actuellement. Ceci est d'autant plus essentiel que la prestation en cabinets ne cesse d'augmenter en raison du virage ambulatoire.

Or, cette complémentarité des cabinets et des cliniques et leur collaboration à l'atteinte des objectifs du système peuvent être obtenues en établissant avec eux un partenariat dynamique. Plusieurs possibilités de partenariat existent, entre autres, entre les médecins des cabinets et un département régional de médecine générale (DRMG) ou un département clinique d'un établissement de 1^{re} ligne pour les médecins de 1^{re} ligne et entre les médecins des cabinets et un département

⁴⁶ Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux*, Avis 95-03, Québec, Juin 1995.

d'un établissement de 2^e ou de 3^e ligne ou un CMDP régional comme le propose le Collège des médecins du Québec⁴⁷ pour les médecins de 2^e ou 3^e lignes.

Le Conseil estime que c'est le lien avec un département clinique d'un établissement qui présente le plus d'avantages. D'une part, il est facilement réalisable à l'intérieur de la législation actuelle. L'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-4.2) permet aux établissements de passer des ententes de services avec des individus et des organismes pour la prestation de services de santé. D'autre part, la structure départementale des établissements est une entité administrative et clinique connue. Ses responsabilités en matière de qualité des services et de répartition des ressources sont bien établies. Le DRMG, pour sa part est une entité nouvelle, qui n'a pas encore fait ses preuves et pour laquelle il faudrait augmenter les dispositions légales concernant certaines responsabilités en matière de qualité des services. Le CMDP régional, de son côté, n'existe tout simplement pas.

Pour les médecins de 1^{re} ligne, il s'agirait d'une affiliation à un département clinique d'un CLSC ou d'un établissement issu d'un regroupement CHSLD-CLSC compte tenu de leurs responsabilités. Dans le cas des médecins de 2^e et de 3^e ligne, omnipraticiens et spécialistes, on parle de rattachement à un département ou à un service clinique d'un CHSGS ou d'un CHP pour certains psychiatres, comme nous le proposons déjà⁴⁸.

PAR CONSÉQUENT, nonobstant la hiérarchisation des services, le Conseil recommande de réorganiser les services médicalement requis selon une dynamique qui intègre la prestation des cabinets au système public au moyen d'un partenariat entre les professionnels des cabinets et ceux d'un département ou service clinique d'un établissement public.

⁴⁷ Collège des médecins du Québec, *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, 1998.

5.4 Augmenter la prestation des services médicaux spécialisés dans la communauté

Par la suite, face à la demande croissante de services médicaux spécialisés, découlant entre autres du vieillissement de la population et de l'essor technologique, le Conseil a examiné diverses alternatives de développement parmi lesquelles, celle d'utiliser davantage les cabinets. Considérant l'expérience positive des pays qui ont opté pour ce choix et la satisfaction de la population à l'égard des services reçus en cabinets, le Conseil est favorable à cette option. Il la trouve intéressante, particulièrement pour les services spécialisés courants et quantifiables, comme c'est le cas pour les services de radiologie. La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) utilise déjà les cabinets médicaux pour l'expertise spécialisée en médecine du travail et divers examens diagnostiques. Cependant, le Conseil est d'avis que les services spécialisés en cabinets ne devraient pas se développer tous azimuts, sans lien avec les besoins réels de la population. Leur expansion en cabinets devrait uniquement se faire si le besoin en est démontré au plan régional d'organisation de services et qu'ils peuvent y être dispensés de façon efficiente.

Par ailleurs, aux centres hospitaliers qui envisageraient de transférer en cabinets certains services de leurs cliniques externes, le Conseil appelle à beaucoup de prudence. Il rappelle, comme il le soulignait déjà⁴⁸, que transférer les services médicaux spécialisés des cliniques externes aux cabinets médicaux peut à court terme paraître économique et souhaitable mais, dans les faits, se révéler beaucoup plus discutable au niveau de la qualité et de la continuité des services. La prestation de services médicaux spécialisés nécessite souvent non seulement un plateau technique sophistiqué mais aussi le recours à l'expertise de plusieurs spécialistes médicaux et autres professionnels de la santé. Le développement des

⁴⁸ Se référer aux avis portant sur le mode de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes (Avis 97-03) et sur les instituts et les centres hospitaliers universitaires (Avis 98-03).

⁴⁹ Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, Avis 97-03, Québec, Novembre 1997, page 7.

services médicaux spécialisés complexes en milieu public paraît donc davantage approprié au Conseil.

Le Conseil est, de plus, d'avis que les cabinets intéressés à collaborer avec le réseau public à la prestation des services médicaux spécialisés doivent chercher à établir un véritable partenariat pour le bénéfice de la population et non seulement pour des relations d'affaires.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande d'augmenter la prestation des services médicaux dans la communauté afin de répondre aux besoins croissants de la population, et à cet effet, notamment :

- **d'élargir progressivement la prestation des services médicaux spécialisés courants et quantifiables en cabinets, et de s'assurer, par ailleurs, que ce développement se réalise :**

- **conformément au plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés ;**
- **en partenariat avec un département clinique d'un centre hospitalier;**

et fasse l'objet d'un suivi rigoureux.

- **d'activer le développement de structures ambulatoires publiques pour la prestation efficiente des services médicaux spécialisés complexes.**

5.5 Revoir les façons de gérer

Afin de répondre adéquatement aux besoins de la population, le système de soins des prochaines années devra avoir un mode de gestion qui favorise l'atteinte des

objectifs recherchés et ce, en tenant compte de la capacité de payer de la population. Le Conseil croit utile, dès lors, de rappeler les objectifs du système de soins qui ont été malheureusement mis en veilleuse, dans les dernières années, sous la pression des compressions budgétaires.

La société québécoise s'est dotée d'un système de soins de santé, on ne le répétera jamais assez, afin que soient fournis à tous les citoyens les soins de santé dont ils ont besoin. Les soins de santé sont un acquis social destiné à améliorer la santé et le bien-être de la population et non un bien marchand qui doit dégager un profit. De ce fait, le Conseil rejette l'idée que les établissements doivent vendre des services de santé à une clientèle étrangère et québécoise.

Le système de soins doit axer toutes ses énergies à dispenser aux citoyens les services de santé que nécessite leur état et ce, de la façon la plus efficiente possible. Pour y parvenir, le Conseil considère essentiel que les modes de gestion du système changent radicalement et portent davantage sur les résultats à atteindre. Entre autres, les crises périodiques aux urgences doivent cesser et les durées d'attente s'inscrire dans des délais conformes aux normes d'une pratique de qualité.

Le secteur public, à cet égard, pourrait s'inspirer de certaines approches du secteur privé, par exemple, être davantage à l'écoute des besoins et du niveau de satisfaction des patients, maximiser l'utilisation des équipements et récompenser la performance. Laisser plus de marge de manœuvre aux établissements, notamment afin de passer des contrats de services avec des fournisseurs de soins, tant privés que publics, assortis d'objectifs de résultats et d'exigences en termes de qualité de soins, serait plus efficace que d'établir sans cesse des règles uniformes pour tous. Toutefois, les résultats peu probants au point de vue d'efficacité obtenus par les pays favorisant une gestion privée de leur système de santé incitent le Conseil à croire qu'il pourrait être préjudiciable de céder la gestion de notre système au secteur privé.

Par ailleurs, 49% des dépenses publiques de santé sont engendrées par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, incluant les centres hospitaliers universitaires. Or, nous observons dans ces établissements, un manque d'incitation à la performance. Celle-ci y est même souvent découragée. Il est donc capital et urgent de revoir les façons de gérer ces établissements, sans quoi il sera impossible de contrôler le dérapage des dépenses et de sauver le système public.

PAR CONSÉQUENT, le Conseil recommande que le système de soins:

- **se centre exclusivement sur sa mission de dispenser des soins de santé médicalement requis de qualité afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population du Québec;**
- **maintienne une gestion publique ;**
- **axe la gestion sur des objectifs de résultats, d'efficacité et d'efficience notamment en valorisant l'imputabilité personnelle et en instaurant des incitatifs à la performance.**

CONCLUSION

Par ses travaux, le Conseil met en évidence la place importante qu'occupe déjà le secteur privé dans le domaine des services de santé médicalement requis. Il met aussi en lumière le peu de règles encadrant ce secteur qui se développe parallèlement au secteur public.

Dans ce contexte, le Conseil arrive à la conclusion qu'un plus grand apport de financement privé risquerait de compromettre les valeurs fondamentales sur lesquelles s'appuie notre système de santé. Il propose plutôt de parachever dans les meilleurs délais la transformation du système de soins et de renouveler le

régime d'assurance-maladie afin de les adapter aux nouveaux besoins. Également, il recommande de tisser des liens entre les secteurs privé et public particulièrement au niveau de la prestation des services.

Il importe surtout pour le Conseil que le secteur privé participe au service public et rende le système de santé plus efficace sans qu'il en résulte un système à deux vitesses. C'est la raison pour laquelle le Conseil examine l'opportunité d'entreprendre une étude de divers modèles efficaces de partenariats entre les cabinets médicaux et les établissements publics.

De plus, avant de songer à augmenter tant soit peu l'apport du secteur privé, le Conseil croit essentiel de réfléchir aux raisons qui incitent la population à envisager le recours vers le secteur privé pour obtenir les services dont elle a besoin.

Avons-nous pleinement exploité les diverses solutions de rechange à la privatisation, notamment quant à la pertinence des services, l'organisation de la prestation des services et la révision des modes de rémunération des médecins?

RECOMMANDATIONS

1. EN REGARD DU SYSTÈME DE SANTÉ,

le Conseil recommande :

- de maintenir un système mixte à très forte prédominance publique qui ne permet pas aux assureurs privés de couvrir les services médicaux et hospitaliers médicalement requis et aux médecins une double pratique ;
- de rejeter toute option en vue d'établir un système privé parallèle ;
- de parachever, dans les meilleurs délais, la transformation du système notamment, en :
 - renouvelant le régime d'assurance-maladie ;
 - implantant une nouvelle dynamique organisationnelle des services et de nouvelles façons de gérer ;
 - dotant le système d'une véritable politique concernant l'introduction et l'évaluation de la nouvelle technologie ;
 - augmentant la prestation des services médicaux spécialisés dans la communauté .

2. EN REGARD DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE,

le Conseil recommande de le renouveler :

- en le centrant désormais sur les services de santé médicalement requis, indépendamment des dispensateurs et du lieu de prestation ;

- et en adoptant la définition du Conseil⁵⁰ pour les services médicalement requis.

le Conseil recommande également, lors du renouvellement :

- de réviser la liste des services médicaux assurés ;
- et de revoir le paiement des services médicaux assurés en cabinets de manière que soient séparés mais inclus :
 - les honoraires professionnels, identiques à ceux rémunérés en établissements;
 - les frais de cabinet (personnel administratif, technique ou professionnel, équipement...);
 - et les frais inhérents aux services assurés, s'il y lieu.

de plus, le Conseil recommande:

- d'examiner l'opportunité d'élargir progressivement, par un partenariat légalement encadré avec les assureurs privés, la couverture du régime d'assurance-maladie à tous les services médicalement requis dispensés en tout lieu, indépendamment de la discipline professionnelle du fournisseur;
- d'inclure en priorité au régime d'assurance-maladie les services de réadaptation prescrits par le médecin traitant.

⁵⁰ Se référer au chapitre1, page 3.

3. EN REGARD DES SERVICES,

le Conseil recommande, nonobstant la hiérarchisation des services, de les réorganiser selon une dynamique qui intègre la prestation des cabinets au système public au moyen d'un partenariat entre les professionnels des cabinets et ceux d'un département ou service clinique d'un établissement public.

le Conseil recommande d'augmenter la prestation des services médicaux dans la communauté afin de répondre aux besoins croissants de la population, et à cet effet, notamment :

- d'élargir progressivement la prestation des services médicaux spécialisés courants et quantifiables en cabinets et de s'assurer, par ailleurs, que ce développement se réalise :
 - conformément au plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés ;
 - en partenariat avec un département clinique d'un centre hospitalier;

et fasse l'objet d'un suivi rigoureux.

- d'activer le développement de structures ambulatoires publiques pour la prestation efficiente des services médicaux spécialisés complexes.

4. EN REGARD DE LA GESTION,

le Conseil recommande que le système de santé:

- se centre exclusivement sur sa mission de dispenser des soins de santé médicalement requis de qualité afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population du Québec;
- maintienne une gestion publique ;
- axe la gestion sur des objectifs de résultats, d'efficacité et d'efficience notamment en valorisant l'imputabilité personnelle et en instaurant des incitatifs à la performance.

ANNEXES

1. DÉFINITIONS DE FORMULES DE CONTRIBUTION DIRECTE DES USAGERS AU FINANCEMENT PRIVÉ
2. DÉVELOPPEMENT DE LA COUVERTURE PUBLIQUE DES SERVICES DE SANTÉ
3. LISTE DES PROGRAMMES TOUCHÉS PAR UN RÉAJUSTEMENT DE COUVERTURE À LA BAISSÉ
4. LISTE DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS PRIVÉS
5. DÉFINITION DE LA NOTION DE FRAIS ACCESSOIRES
6. NORMES ÉMISES EN VERTU DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
7. ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DES DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ AU QUÉBEC ET AU CANADA
8. COMPARAISONS INTERNATIONALES
9. HOSPITALISATION PRIVÉE EN EUROPE

ANNEXE 1

DÉFINITIONS DE FORMULES DE CONTRIBUTION DIRECTE DES USAGERS AU FINANCEMENT PRIVÉⁱ

- ◆ La **coassurance** signifie que le ou la bénéficiaire paie un pourcentage fixe des coûts (exemple : 20% du coût des services médicaux doit être assumé par les bénéficiaires).
- ◆ La **franchise** est un montant fixe de base que les bénéficiaires doivent verser avant que l'assurance couvre les dépenses (exemple : les gens doivent payer les premiers 100\$ de frais dentaires).
- ◆ La **tarification** par service est un montant fixe lié ou non aux coûts des services (exemple : les frais accessoires facturés par les médecins ou, avant le régime d'assurance-médicaments, la tarification de 2\$ par ordonnance de médicament). Le montant est appelé tarif ou ticket modérateur selon l'objectif poursuivi.
- ◆ Le **plafond sur les activités autorisées** implique, qu'au-delà d'une certaine quantité de services consommés, la population doit payer les coûts (exemple : une seule mammographie de dépistage à tous les deux ans).
- ◆ Les **options liées au revenu imposable** signifient que les services reçus font l'objet d'une contribution additionnelle et spécifique à l'impôt (exemple : 10% de la valeur des services consommés est ajouté à l'impôt à payer). Cette formule n'existe pas au Québec.
- ◆ Le **plafond sur les dépenses autorisées** implique, qu'au-delà d'un certain montant dépensé, l'assureur ne couvre plus les frais. Cette modalité est pratique courante dans le marché de l'assurance privée seulement.

- ♦ La **couverture des risques élevés** signifie que le ou la bénéficiaire n'a pas à déboursier au-delà d'un certain montant. Celui-ci peut, par ailleurs, être relativement important. On vise essentiellement à protéger la population contre les gros risques financiers (exemple : contribution maximale de 750\$ pour une période de référence d'un an par personne adulte dans le cadre du régime d'assurance-médicaments).
- ♦ La **surfacturation** est associée à un paiement direct aux prestataires, dont le montant s'ajoute au versement effectué par le tiers-payant pour le même service (exemple : les médecins qui demanderaient des montants en sus des sommes versées par l'assureur).
- ♦ La **désassurance sélective** peut être associée à une non-couverture des services dont l'efficacité est mise en doute. Dans ces cas, le ou la bénéficiaire paie 100% des coûts sur les services non couverts (exemple : non-couverture de la thermographie hors centre hospitalier).
- ♦ La **désassurance totale** de services est associée à un retrait de l'assureur (tiers-payant) de la couverture de certains programmes (exemple : retrait de la couverture des services optométriques pour les personnes de 18 à 65 ans).
- ♦ Le **système parallèle** fait référence à la possibilité d'assurer en fonction de l'efficacité du processus de production des services (exemple : le tiers-payant peut couvrir l'ultrasonographie seulement lorsqu'elle est effectuée dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier, mais non pas dans un cabinet privé de médecins ou dans un autre établissement).

ⁱ Définitions tirées de Rheault, S., Évaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine sociosanitaire, MSSS-DGPE, Janvier 1995

ANNEXE 2

DÉVELOPPEMENT DE LA COUVERTURE PUBLIQUE DES SERVICES DE SANTÉ¹

1961 l'instauration du régime universel d'assurance hospitalisation qui permet l'accès gratuit aux services dispensés dans les centres hospitaliers ;

1970 l'instauration du régime universel d'assurance maladie qui permet l'accès gratuit aux services médicaux dispensés par les médecins indépendamment du lieu de prestation que ce soit à domicile, dans les établissements ou dans les cabinets des médecins.... ;

l'implantation d'un programme de services dentaires assurant à tous l'accès, en milieu hospitalier, à la chirurgie buccale. Ce programme sera graduellement élargi entre 1974 et 1980 pour permettre aux enfants de 8 à 15 ans d'obtenir les services également en milieu non hospitalier . Les prestataires de sécurité de revenu ainsi que les personnes à leur charge continuent d'avoir accès à certains services en vertu de la Loi de la sécurité du revenu.

l'implantation d'un programme complémentaire assurant l'accès de tous à certains services optométriques déterminés par règlement . En 1997, toutes les activités effectuées en centre de réadaptation par les optométristes sont ajoutées au programme.

la mise sur pied d'un programme complémentaire de services pharmaceutiques rendant accessibles les médicaments d'abord aux bénéficiaires de l'aide sociale et de certaines autres mesures d'aide sociale. Ce programme sera progressivement étendu aux personnes

¹ Données tirées des statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec

âgées de 65 ans et plus et fera place en 1996 au régime universel d'assurance médicaments ;

le début de la mise sur pied d'un véritable réseau public d'établissements de santé (C .L.S.C., centres de réadaptation, ...) accessibles à tous, suite à l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;

1974 l'implantation d'un programme de services dentaires préventifs et curatifs déterminés par règlement à l'intention des enfants âgés de moins de 8 ans. Le programme sera progressivement jusqu'en 1980 étendu aux enfants de 15 ans et moins. De plus, en 1979 la couvertures des services est élargie ;

1975 l'implantation du programme des prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs et autres équipements pour toute personne handicapée de façon permanente;

1977 l'implantation du programmes d'aides pour les handicapés visuels âgé de 18 ans et moins. Il sera progressivement étendu à toutes les personnes atteinte d'une déficience visuelle ;

l'instauration du régime d'assurance-automobile qui couvre tous les services de santé requis aux accidentés de la route ;

l'élargissement de la couverture programme des soins de santé des accidentés du travail aux victimes d'actes criminels ;

1978 l'implantation du programme de prothèses mammaires externes qui s'adresse à toute femme qui a subi une mastectomie totale ou radicale. Depuis 1991, il s'adresse également à toute femme âgée de 14 ans et plus qui a une absence totale de formation du sein ;

- 1979** l'implantation du programme d'aides pour les handicapés auditifs de 36 ans et moins. Ce programme sera progressivement étendu à toute personne présentant une déficience auditive;
- 1981** l'implantation du programme d'appareils fournis à toute personne stomisée permanente et l'implantation du programme de prothèses oculaires s'adressant à toute personne qui a subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent ;
- 1985** l'élargissement de la couverture du programme des soins de santé des accidentés du travail aux personnes souffrant de maladies professionnelles ;
- 1992** l'implantation d'un programmes de gratuité complète des médicaments pour le traitement des maladies transmises sexuellement ;
- 1996** début de l'instauration du régime universel d'assurance médicaments ;
- 1997** l'implantation d'un programme de gratuité complète de médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose.

ANNEXE 3

LISTE DES PROGRAMMES TOUCHÉS PAR UN RÉAJUSTEMENT DE COUVERTURE À LA BAISSE¹

1. Le programme dentaire aux enfants

Dès 1982, certains services cessent d'être assurés. En 1992, le programme ne s'adresse plus qu'aux enfants âgés de 9 ans ou moins. En 1997, la fréquence des examens dentaires est réduite à un par année.

2. Le programme dentaire aux prestataires de la sécurité du revenu

Depuis 1979, les critères d'admissibilité sont resserrés. La liste et la fréquence des services assurés sont également revues à la baisse.

3. Le programme des services optométriques

Depuis mai 1992, à l'exception des prestataires de la sécurité du revenu, le programme ne s'adresse plus aux personnes âgées entre 18 et 40 ans et à partir de mai 1996 aux personnes âgées entre 41 et 65 ans. De plus, depuis 1996, la fréquence de certains services est diminuée et depuis septembre 1997, certains examens pour fin d'esthétique ne sont plus assurés.

De même, la fréquence de certains services dispensés aux prestataires de la sécurité du revenu âgés de 18 à 64 ans est diminuée.

4. Le programme des prothèses mammaires externes

Depuis 1996, la fréquence du versement de l'allocation allouée pour couvrir l'achat de prothèses passe de un à deux ans.

¹ Données tirées des statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec

5. Le programme des services médicaux

Depuis 1988, les services de physiothérapie dispensés dans les cabinets de médecins ne sont plus assurés pour les personnes âgées de moins de 65 ans.

Au cours des années, la couverture de certains services a été limitée à ceux dispensés en milieu hospitalier seulement, par exemple les examens d'échographie, de résonnance magnétique....

6. Le programme des services reçus à l'étranger

Dès 1992, limitation du remboursement des frais pour les services hospitaliers reçus hors du Canada.

ANNEXE 4

LISTE DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS PRIVÉS

■ Région de Québec (03)

La Maison Michel Sarrazin

Conventionné
15 lits de santé physique
affectés aux soins palliatifs

■ Région de Montréal-centre (06)

Hôpital Marie-Clarac des Sœurs
de Charité de Ste-Marie (1995) Inc.

Conventionné
204 lits de santé physique
affectés aux soins de réadaptation
et de convalescence

Villa Médica Inc.

Conventionné
207 lits de santé physique
affectés aux soins de réadaptation
et de convalescence

Hôpital Shriner pour Enfants
(Québec) Inc.

Conventionné
40 lits de santé physique
affectés à la chirurgie orthopédique
pédiatrique

Centre métropolitain de chirurgie
plastique Inc.

Non conventionné
17 lits de santé physique
affectés à la chirurgie plastique

■ Région de la Montérégie (16)

Centre hospitalier Kateri Memorial
(Conseil des Mohawks de Kahnawake)

Conventionné
10 lits de santé physique et 33 lits
d'hébergement permanent

ANNEXE 5

DÉFINITION DE LA NOTION DE FRAIS ACCESSOIRES

- - - - -

- A -** La Loi sur l'assurance-maladie du Québec précise la notion de frais accessoires au quatrième et neuvième alinéa de l'article 22 :

« **Aucune autre rémunération exigible**

Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut exiger ni recevoir, pour un services assuré, que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit en vertu des alinéas qui précèdent ; toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit (...)

Paiement par un bénéficiaire

Il est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'un bénéficiaire pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, **sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnés** »

- B-** L'entente des médecins omnipraticiens précise à l'article 1.1.4 :

1.1.4 Frais accessoires

Le médecin ne peut demander au patient quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service médical, sauf disposition contraire au présent tarif.

Le médecin peut toutefois obtenir du patient compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés.

Le médecin peut également obtenir compensation pour la rédaction d'un formulaire médical, sauf pour les formulaires prévues à l'annexe XI de l'entente.

En cabinet privé, le médecin peut obtenir du patient compensation pour la rédaction et la transmission d'un résumé de dossier.

Le médecin peut en outre obtenir compensation du coût d'achat d'un stérilet pourvu qu'il ait, au préalable, avisé la patiente du montant de cette compensation.

C- L'entente des médecins spécialistes précise aux règles :

2.1 Frais de pratique

En cabinet privé, le médecin spécialiste peut demander au malade compensation pour certains frais de pratique, que détermine ce tarif. Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques.

19.1 Rapports médicaux

N'est pas considéré comme frais accessoires, l'honoraire de rédaction d'un rapport médical.

Il en est de même de l'honoraire pour le résumé d'un dossier, en cabinet privé.

ANNEXE 6

NORMES ÉMISES EN VERTU DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Normes d'équipement, de fonctionnement technique, de salubrité et de qualité du personnel pour tout laboratoire incluant les cabinets de professionnels au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c S-4.2) dans lequel un équipement est utilisé pour exercer l'une des activités suivantes :

- fabriquer ou réparer des orthèses ou prothèses
- faire des examens de biologie médicale, dans les domaines :
 - de l'anatomopathologie
 - de la biochimie incluant la bactériologie, la mycologie, la parasitologie et la virologie
 - de microbiologie
 - de l'hématologie incluant l'immunologie et le maintien d'une banque de sang
- faire des examens en radio-isotopes ou en radiologie à des fins de prévention, de diagnostic ou de traitement.

ANNEXE 7

Évolution du pourcentage des dépenses privées de santé Au Québec et au Canada (1975-1998)

PROVINCES / ANNÉES	1975	1980	1985	1990	1995	1997*	1998*
Québec	21,2%	18,5%	21,2%	24,5%	27,1%	30,1%	30,3%
Terre-Neuve	22,4%	33,8%	25,1%	19,9%	23,1%	23,6%	22,8%
Île du Prince-Édouard	27,0%	38,5%	29,2%	27,5%	31,6%	29,8%	30,4%
Nouvelle-Écosse	21,1%	22,2%	22,9%	25,6%	28,5%	29,0%	28,8%
Nouveau-Brunswick	22,6%	26,2%	26,7%	26,0%	27,2%	28,2%	28,5%
Ontario	24,6%	27,8%	27,6%	27,1%	32,0%	33,2%	33,1%
Manitoba	22,3%	23,9%	24,1%	21,1%	25,5%	27,0%	26,7%
Saskatchewan	25,2%	20,3%	21,6%	20,3%	25,2%	25,9	25,9%
Alberta	23,1%	22,8%	20,1%	24,3%	30,4%	30,2%	30,6%
Colombie-Britannique	28,1%	28,0%	26,4%	27,0%	26,2%	26,8%	27,0%
Territoires	23,9%	22,1%	14,8%	9,5%	7,4%	9,6%	9,7%
Canada	23,6%	24,4%	24,4%	25,4%	28,9%	30,2%	30,3%

* Dépense estimée
Source : ICIS, décembre 1997 et décembre 1998, MSSS, SAS

ANNEXE 8

COMPARAISONS INTERNATIONALES

- ♦ **PROPORTION PRIVÉE DES DÉPENSES
TOTALES DE SANTÉ**
- ♦ **SYSTÈME DE PROTECTION MALADIE**

QUÉBEC, JUIN 1999

Comparaisons internationales
Proportion privée des dépenses totales de santé
1975 à 1997*

PAYS \ ANNÉES	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997
États-Unis	57,9%	57,6%	59,4%	59,3%	54,1%	53,3%	53,3%
Suisse	31,1%	32,5%	33,9%	31,6%	27,7%	30%	30,1%
France	22,8%	21,2%	23,1%	25,5%	19,4%	19,3%	21,6%
Allemagne	20,9%	21,3%	22,5%	23,8%	21,8%	21,7%	22,6%
Pays-Bas	26,6%	25,3%	24,9%	27,3%	23,3%	27,9%	28%
Royaume-Uni	8,9%	10,6%	14,2%	15,9%	15,6%	15,5%	15,5%
Danemark	8,1%	11,5%	11,8%	13,9%	13,9%	34,8% ?	35% ?
Suède	9,8%	7,5%	9,6%	10,1%	16,6%	17%	16,7%
Norvège	3,8%	14,6%	14,2%	16,7%	17,2%	17,5%	17,8%
Finlande	21,4%	21%	21,4%	19,1%	25,3%	21,6%	23%
Canada	23,6%	24,4%	24,4%	25,4%	28,9%	29,7%	30,2%
Québec	21,2%	18,5%	21,2%	24,5%	27,1%	29%	30,2%

* Source : ICIS, tableaux de décembre 1998, MSSS, SAS, OCDE. Eco-santé 1998

COMPARAISONS INTERNATIONALES
SYSTÈME DE PROTECTION MALADIE

Objet Pays	% Population couverte	Ticket modérateur (frais d'utilisation)				Assurance complémentaire % population
		Soins ambulatoires	Soins hospitaliers	Médicaments	Divers	
France 1995	99 %	30 % → des médecins 40 % → des auxiliaires → + analyses → physiothérapie	20 % _ 30 ^{ers} jours Nul pour soins liés : → accidentés du travail → maternité → une des 31 maladies répertoriées mais forfait journalier de 55 FF	35 % → en général 65 % → médicaments de confort Nul → médicaments irremplaçables ou coûteux	Prothèses dentaires, lunettes, lentilles cornéennes : très partiellement remboursées. Hors de l'hôpital, le patient paie et est remboursé.	87 %
Allemagne 1997	87,2 % Assurance légale obligatoire : → employés → chômeurs → retraités → agriculteurs → handicapés → étudiants Non obligatoire pour ceux disposant de revenus supérieurs	10% → physiothérapie	12 DM / jour pour un maximum de 14 jours	5, 7 ou 9 DM / prescription selon le dosage par jour Nul pour les médicaments génériques dont les prix sont fixés par forfait.	25 DM / jour → Cures thermales et rééducation en centres spécialisé 40 % → prothèses dentaires Exemption de toute contribution : → personnes âgées de moins de 18 ans → femmes enceintes → accidentés du travail → blessés de guerre → personnes à faibles revenus Participation limitée à 2% des revenus imposables pour famille à revenus limités	10 %

SYSTÈME DE PROTECTION MALADIE

Objet	couverte	Ticket modérateur (frais d'utilisation)				complémentaire % population
		Soins ambulatoires	hospitaliers	Médicaments		
Royaume-Uni (Angleterre)	100 %	Aucun		5,25 £ / prescription Personnes exemptées : personnes âgées → → enfants 74,8 £ annuellement pour patients utilisant beaucoup de	3,75 £ → 75 % → comme les couronnes Aucun remboursement lunettes	13 à 15 %
	100 % 97 % groupe 1 3 % groupe 2	Groupe 2 médecins		100 % 25 % Aucun insuline → personnes âgées Listes de médicaments santé	Contribution pour : services dentaires 50 % → Exempté de contribution pour les soins dentaires : enfants et adolescents	26 %

COMPARAISONS INTERNATIONALES

Objet Pays	% Population	Ticket modérateur (frais d'utilisation)				Assurance % population
		ambulatoires	Soins	Médicaments	Divers	
1997	61 % _ fonctionnaire	Aucun pour les assurés Variable pour les patients couverts par Aucun pour les 9 premières séances de	Aucun	Forfait par médicament dans de 67\$ / famille	Depuis 1993 – Prime annuelle d'environ 120 \$ U.S. Les personnes handicapées et sous payer cette prime – soins dentaires – soins de maternité	90 %
1995-1996	100 %	→ consultation 24 \$ → omni, soirs et fin 24 \$ → spécialistes consultation 29 \$ spécialistes, sem 18 \$ radiologie 4 \$ analyses labo. 9 \$ dépenses reliées aux • • : pansements,	Aucun – cliniques externes : consultations et radiologie payés à l'hôpital aux soins ambulatoires	variable → enfants de moins 10 % avec maximum de 15 → 7 à 16 ans 67 ans et + → 30 % avec maximum de 60 → 16 à 66 ans	Plafonnement annuel des dépenses : \$ – Personnes exemptées des frais : → → femmes enceintes patients atteints de maladies transmissibles sexuellement tuberculeux → → personnel militaire et prisonniers Certains services peu ou non : → → services d'aide à domicile physiothérapie, chiropraxie et orthopédie	a pas de système

Objet	% Population					
-------	--------------	--	--	--	--	--

COMPARAISONS INTERNATIONALES
SYSTÈME DE PROTECTION MALADIE

Pays	couverte	Ticket modérateur (frais d'utilisation)				complémentaire % population
		Soins ambulatoires	Soins hospitaliers	Médicaments	Divers	
Suède 1995	100 %	24 \$ → consultation médicale (public) 40 \$ → consultation médicale (privé) 7 \$ → consultation infirmière 10 \$ → traitement de physio, ergo, orthophonie	30 à 40 \$ → cliniques externes hospitalisation → 13 à 14\$/jour	24 \$ → 1 ^{er} produit 2 \$ → pour les suivants Aucun → médicaments nécessaires au maintien de la vie dans le cas de maladie chronique grave	Plafonnement annuel des dépenses pour les soins médicaux et les médicaments : 320 \$ Soins dentaires : → gratuit jusqu'à 18 ans → même logique que soins médicaux	Jusqu'à une date récente, il n'existait pratiquement pas d'assurance-maladie privée. Les assureurs cherchent de plus en plus à pénétrer le marché.
Finlande 1994	100 %	En centre de santé: 12 \$ → par consultation, les 3 ^{es} et gratuites les autres ou 24 \$ → forfait annuel consultations gratuites pour les moins de 15 ans – 40 % pour les consultations de médecins privés		50 % en général au delà d'un montant d'achat de 10 \$ Pour certaines pathologies → 0 à 20 %	– Soins dentaires dans les centres de santé : Gratuit → pour les - de 19 ans Adultes → 40 à 50% des coûts des dentistes privés	10 % des adultes

COMPARAISONS INTERNATIONALES
SYSTÈME DE PROTECTION MALADIE

Objet Pays	% Population couverte	Frais d'utilisation				Assurance complémentaire % population
		Soins ambulatoires	Soins hospitaliers	Médicaments	Divers	
Suisse	99 % Toutefois l'assurance-maladie est facultative. Dans certains cantons, assurance obligatoire pour certaines clientèles, telles : → les étrangers → les personnes à revenus modestes → les enfants → les étudiants	Au-delà de la franchise annuelle de 150 Frs: 10 % → médecins 10% → radiographie 10% → analyses de laboratoire Maximum de 500 Frs	Pour les traitements : → 10 Frs/jour → aucune contribution pour : • les enfants • les personnes hospitalisées plus de 180 jours • prestations liées à la maternité Les patients peuvent payer également jusqu'à un maximum de 25% des coûts d'hébergement et de repas.	10 Frs → liste des spécialités remboursables par les caisses-maladie au complet - 10 Frs → liste des médicaments à tarif devant être pris en charge par les caisses mais pas entièrement → liste négative, médicaments non remboursés par les caisses-maladie	Prestations peu ou pas couvertes : → cures thermales → soins dentaires → prothèses → lunettes En cours, des expériences, de 4 HMO → pas de frais d'utilisation Également expérience-pilote de franchise à option. Plus la franchise est élevée, plus la prime est réduite.	Peuvent avoir une assurance complémentaire mais celle-ci ne peut rembourser les frais d'utilisation pour les soins ambulatoires et les 10 Frs par jour pour les traitements hospitaliers.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Indicateurs sociosanitaires, comparaisons internationales - évolution 1980-1994, Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni*, MES - SESI, MSSS - DIRIS, France - Québec
2. OCDE, *À la recherche de mécanismes de marché*. Études de politiques de santé no 6, 1995
3. Kriegel R., Regards sur la réforme des structures de santé en Allemagne, *Journal d'Économie médicale*, 1996, Tome 14, no 45, p. 311-318
4. Øslbye T., Hunskaar S., Frais d'utilisation pour les services de santé. La perspective norvégienne sur la coassurance, *Le Médecin de famille canadien*, Vol. 42, novembre 1996, p. 2120-2125
5. Charest R., Systèmes de santé. Le modèle suédois à l'heure de la compétition, *Le Médecin du Québec*, juin 1995, p. 199-123
6. OCDE, *La réforme des systèmes de santé - Étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Études de politique de santé no 5, 1994
7. OCDE, *La réforme des systèmes de santé - Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, 1992
8. Boyle, S., Le Grand J., Le financement de l'assurance-maladie au Royaume-Uni, *Revue d'économie financière*, no 34, automne 1995, p. 281-305
9. Schneider M., Le financement de l'assurance-maladie en Allemagne, *Revue d'économie financière*, no 34, automne 1995, p. 307-324
10. Maarse J.A.M., Le financement de l'assurance-maladie aux Pays-Bas, *Revue d'économie financière*, no 34, automne 1995, p. 325-346
11. OCDE, *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, Études de politique de santé no 7, 1996
12. Schneider M., Rovira J., Köse A., Rhodes G., Cost-Sharing and Health Funding in Selected European Union Member States, de *Health Care and its Financing in the Single European Market*, R. Leidl, IOS Press, Amsterdam, 1998, p. 212-229

ANNEXE 9

HOSPITALISATION PRIVÉE EN EUROPE

- ♦ **RÉPARTITION PUBLIC-PRIVÉ**
- ♦ **MODE DE PAIEMENT DES MÉDECINS**
- ♦ **DIVERS**

JUIN 1999

HOSPITALISATION PRIVÉE EN EUROPE

Objet Pays	Répartition public-privé (nombre de lits)	Mode de paiement des médecins	Divers
France	Hôpitaux publics : → 65 % des lits → quelques lits privés Hôpitaux privés : → à but lucratif : 19,3% des lits → sans but lucratif : 15,7 % des lits opérés par des mutuelles Hôpitaux privés à but lucratif : → spécialisation plus marquée centrée autour de la chirurgie, de la convalescence ou de la réadaptation → spécialisation dans des domaines rémunérateurs	Hôpitaux publics et privés sans but lucratif : → médecins salariés Hôpitaux privés lucratifs et lits privés des hôpitaux publics : → médecins à l'acte	Hôpitaux privés sans but lucratif : financés comme les hôpitaux publics Hôpitaux privés à but lucratif : rémunération sur la base du nombre de journées produites Hôpital public assume les charges collectives de l'enseignement et de la recherche Place importante du privé lucratif dans le traitement d'affections typiques des personnes âgées : → cataracte → hyperplasie ou tumeur de la prostate → arthroses → fractures du col du fémur Le secteur privé monopolise fortement un groupe de pathologies chirurgicales pour lesquelles le risque vital est presque nul. De même, il a pris une part croissante dans certains traitements à forte technicité. Problèmes relevés dans le secteur privé: → sélection de clientèle (écrénage) → pour amortir les rachats ou les équipements, certains milieux ont été amenés à multiplier les actes, les ré-hospitalisations et les poly-interventions.

HOSPITALISATION PRIVÉE EN EUROPE

Objet Pays	Répartition public-privé (nombre de lits)	Mode de paiement des médecins	Divers
Allemagne	Hôpitaux publics : ➔ 49,8 % des lits ➔ tous les hôpitaux universitaires Hôpitaux privés : ➔ à but lucratif : 15,7% des lits surtout de convalescence ➔ sans but lucratif : 34,5 % des lits	Hôpitaux publics et privés sans but lucratif : ➔ médecins salariés	Très forte séparation entre la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire ➔ très peu de cliniques externes dans les hôpitaux L'assurance-maladie obligatoire rembourse : ➔ les hôpitaux universitaires; ➔ les hôpitaux inscrits dans la planification régionale; ➔ les hôpitaux ayant un contrat avec l'assurance-maladie régionale

HOSPITALISATION PRIVÉE EN EUROPE

Objet Pays	Répartition public-privé (nombre de lits)	Mode de paiement des médecins	Divers
Danemark	Hôpitaux publics : → hôpitaux ultraspécialisés financés par gouvernement central → hôpitaux généraux et spécialisés, financés par les comtés Hôpitaux privés : → depuis 1992, 1 à but lucratif d'autres hôpitaux privés seraient planifiés	Hôpitaux publics : → médecins salariés	
Pays-Bas	Hôpitaux publics : → 15 % des lits → 7 des 8 hôpitaux universitaires Hôpitaux privés : → à but lucratif : 0,5% des lits → sans but lucratif : 84,5 % des lits	→ médecins à l'acte → quelques médecins salariés dans les hôpitaux universitaires et les hôpitaux municipaux	Une loi empêche le développement d'hôpitaux privés à but lucratif.

HOSPITALISATION PRIVÉE EN EUROPE

Objet Pays	Répartition public-privé (nombre de lits)	Mode de paiement des médecins	Divers
Norvège	Hôpitaux publics : Hôpitaux privés : → quelques uns à but non lucratif relevant d'associations. → très peu d'hôpitaux à but lucratif. Ils comptent un total de 56 lits situés à Oslo seulement. → ce type d'hôpital privé à but lucratif ne peut être créé qu'avec l'autorisation de l'État. La réglementation vise principalement à éviter que les médecins ne soient trop concentrés dans les villes du sud de la Norvège.	Hôpitaux publics : → médecins salariés	Ce pays n'a pas de système d'assurance privée..

HOSPITALISATION PRIVÉE EN EUROPE

Objet Pays	Répartition public-privé (nombre de lits)	Mode de paiement des médecins	Divers
Royaume-Uni (Angleterre)	Hôpitaux publics : → 92 % des lits → 2 % des lits privés Hôpitaux privés : 400 → 6% des lits dont : 60% à but lucratif 40% sans but lucratif pour un total de 11 000 lits privés	Hôpitaux publics: → médecins salariés → honoraires pour clientèle privée	• Les hôpitaux offrent la majorité des services ambulatoires de 2^e et 3^e ligne. • Très peu de cliniques de 2^e ou 3^e ligne développées dans la communauté. • Les médecins traitants du NHS n'ont pas le droit de tirer de la pratique privée plus de 10% de leur revenu. • Clientèle du secteur privé : → hanches (arthroplastie) → hémorroïdes → chirurgies non urgentes surtout en gynécologie et ophtalmologie → chirurgie plastique • Clientèle du secteur privé : → 2/3 NHS ayant une assurance complémentaire → 1/6 NHS sans assurance → 1/6 étrangers

HOSPITALISATION PRIVÉE EN EUROPE

Objet Pays	Répartition public-privé (nombre de lits)	Mode de paiement des médecins	Divers
Royaume-Uni (Angleterre) Suite			• Situations observées : ➔ les territoires où il y a les plus longues listes d'attente sont également les territoires où il y a le plus de chirurgies dans le secteur privé; ➔ ces longues listes d'attente sont souvent associées à des chirurgiens qui ont une pratique privée importante (plus de 10%); ⇒ côté pervers du mixte de la pratique publique-privée • Les assureurs paient dans le secteur privé des médecins qui ont surtout une pratique dans le NHS. C'est une garantie de qualité. • Depuis les réformes de 1991, le système public (GP fundholders et DHA) peut acheter des places dans le secteur privé. Cependant, on constate, à ce jour, un recours au privé moins important que prévu. En résumé, il n'y a de marché pour le secteur privé que si les services publics sont insuffisants (listes d'attente). • En 1995, 4 hôpitaux privés ont fermé. 1 seul a ouvert

HOSPITALISATION PRIVÉE EN EUROPE

Objet Pays	Répartition public-privé (nombre de lits)	Mode de paiement des médecins	Divers
Suède	Peu d'hôpitaux privés en compétition aux hôpitaux publics. Ce sont de petits hôpitaux situés surtout à Stockholm et à Göteborg.	Hôpitaux publics : → médecins salariés	• Compétition privé-public pour les chirurgies non urgentes.
Finlande	5 % de lits privés		Clientèle privée : patients de spécialités de procédures électives → ophtalmologie : 10,4 % → ORL : 6,8 % → chirurgie générale : 7,4 % → gynéco et obstétrique : 4,1 %

HOSPITALISATION PRIVÉE EN EUROPE

Objet Pays	Répartition public-privé (nombre de lits)	Mode de paiement des médecins	Divers
Suisse	En 1991, 843 hôpitaux dont : ➔ 302 courte durée ➔ 401 longue durée ➔ 90 psychiatriques ➔ 50 autres Parmi ceux-ci : 46 % hôpitaux publics 54 % hôpitaux privés; ➔ 32 % sans but lucratif ➔ 22 % à but lucratif	Hôpitaux publics et privés sans but lucratif: ➔ médecins salariés	Généralement dans les contrats d'assurance de base, le choix des hôpitaux est limité à ceux du canton avec lesquels leur caisse-maladie a passé un contrat de services.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tanti - Hardouin N., *L'hospitalisation privée - crise identitaire et mutation sectorielle*, La documentation française, 1996
2. Richmond C, NHS waiting list have been a boon for private medicine in the U.K., *Journal de l'Association médicale canadienne*, Vol 154, no 3, 1^{er} février 1996, p. 378-381
3. Mc Carthy M., Rees S., *Health Systems and Public Health Medicine in the European Community*, Royal College of Physicians of London, 1992
4. OCDE, *La réforme des systèmes de santé - Étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Études de politique de santé no 5, 1994
5. OCDE, *La réforme des systèmes de santé - Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, 1992
6. Staniforth M., *Regulating Private and Voluntary Healthcare, A Consultation Document*, NHS – Executive, Department of Health, London, June 1999

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995

95-02

Avis sur la répartition géo-graphique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998

98-03

Avis "Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir", octobre 1998

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : Mythes et réalités, juin 1999

99-02

Avis sur les propositions de la table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé dans les services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999

Rapports d'activités :

1993-1994
1994-1995
1995-1996
1996-1997
1997-1998

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995
- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socioéconomiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995
- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999