

Quand la distance a de l'importance

Le soutien financier au déplacement des usagers
du réseau de la santé et des services sociaux

**Protecteur des usagers
en matière de santé et de services sociaux**

AVIS
présenté à
monsieur Rémy Trudel,
ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux

par madame Lise Denis

Janvier 2002

Une question qui préoccupe les usagers et les régies régionales

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de sa politique de déplacement des usagers et de son programme de transport et d'hébergement pour personnes handicapées, prévoit le remboursement, selon des modalités diverses, de la totalité ou d'une partie des frais inhérents au déplacement des usagers qui ne peuvent recevoir dans leur région immédiate les services spécialisés requis par leur état de santé. Au cours des cinq dernières années, une vingtaine de ces usagers se sont adressés à la Commissaire aux plaintes pour des questions relatives à l'application de cette politique ou de ce programme.

Les usagers qui ont soumis leur cas à la Commissaire ont estimé que ces mesures ou leur application ne leur avaient pas permis d'avoir accès de manière satisfaisante aux services auxquels ils avaient droit. Par exemple, on a jugé que la politique de déplacement était trop restrictive parce qu'elle n'autorisait pas le recours aux services d'un spécialiste travaillant en clinique privée. On s'est également plaint du fait que, dans le cas du déplacement d'un usager qui n'est pas hospitalisé ou hébergé (inscrit ou admis dans un établissement), les frais couverts ne prévoyaient que le transport et excluaient les autres frais inhérents au déplacement comme l'hébergement, les repas ou les frais d'un accompagnateur. Des personnes handicapées ont de leur côté critiqué la complexité et la rigidité des règles et procédures entourant l'inscription au programme ou le remboursement des frais. D'autres ont rappelé que les tarifs utilisés pour établir les frais d'hébergement et de repas remontaient à 1989 et ne correspondaient plus aux coûts réels. Enfin, dans le cas de la politique générale comme dans celui du programme pour personnes handicapées, des usagers ont dénoncé le manque d'information qui les avait laissés dans l'ignorance de ce soutien financier et empêchés d'en retirer les bénéfices.

Des signaux adressés à tout le réseau

Les usagers qui franchissent toutes les étapes du processus actuel de plaintes pour se rendre jusqu'à la Commissaire (ces plaintes représentent environ 1 % de toutes les plaintes adressées aux établissements) s'estiment profondément lésés dans leurs droits. À ce seul titre, ils méritent évidemment la plus grande attention. Mais ils méritent également d'être écoutés parce qu'ils allument un clignotant qui vient signaler au système la possibilité d'un dysfonctionnement, d'une lacune ou d'une zone de fragilité. Considérées sous cet angle, les plaintes sont donc des indicateurs de première importance qu'un réseau soucieux de l'accès adéquat et équitable à ses services a tout avantage à ne pas ignorer.

Par ailleurs, les plaintes sur lesquelles se fonde le présent Avis devraient susciter d'autant plus l'intérêt du ministère de la Santé et des Services

sociaux qu'elles font écho à ses priorités d'action ainsi qu'à des préoccupations exprimées par plusieurs régies régionales. En effet, que ce soit par le biais d'analyses¹ sur la question ou de réponses à des demandes d'information de notre part, des régies ont reconnu que, faute de moyens financiers, elles ne pouvaient présentement appliquer intégralement les politiques de soutien au déplacement. Certaines ne remboursent que 60 % ou 70 % des coûts admissibles au programme pour personnes handicapées alors que d'autres font état d'une liste d'attente pour y avoir accès. Par exemple, en Abitibi-Témiscamingue, le budget prévu en 1999-2000 pour couvrir les déplacements des usagers qui ne sont pas pris en charge par un établissement était de 90 000 \$, mais les dépenses réelles se sont élevées à 200 000 \$.

Les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord partagent généralement les critiques sévères des usagers à l'endroit de ces mêmes mesures : que les citoyens de la Côte-Nord aient à franchir des centaines de kilomètres pour avoir accès à des services, c'est déjà un problème ; qu'ils doivent assumer presque tous les frais que ces déplacements entraînent, c'est, juge-t-on, inacceptable. De son côté, la région de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, document d'évaluation à l'appui, a dénoncé la portée limitative des mesures relatives aux «cas électifs» (usagers non admis et non inscrits à un établissement). Selon la régie régionale, la politique en vigueur compromet «l'accessibilité aux services de santé lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles dans (la) région et fait en sorte que les résidents de (cette) région doivent déboursier des sommes plus que considérables pour se faire soigner comparativement à la population du reste du Québec».

Bref, sur cette question, usagers et gestionnaires du réseau sont sur la même longueur d'onde et posent un même diagnostic : pour divers motifs, le soutien financier actuel au déplacement des usagers n'atteint pas son objectif fondamental qui est d'assurer à tous les citoyens du Québec un accès satisfaisant, comparable et équitable aux services répondant à leurs besoins. Et cela est particulièrement le cas pour les régions éloignées et périphériques.

À partir de ces plaintes et des commentaires recueillis auprès des régies régionales, nous avons donc cru bon d'aller au-delà des cas individuels pour faire un examen un peu plus poussé des politiques en vigueur et de leur application. Nous en sommes venus à la conclusion que ce n'est pas le principe d'un soutien financier au déplacement des usagers qui pose des problèmes, mais la disparité des politiques en vigueur, leur application à degré variable et l'insuffisance des moyens financiers dont on dispose pour assurer cette application. En nous appuyant sur notre analyse, nous proposons quelques avenues d'action qui pourraient, selon nous, contribuer à apporter une solution à certains aspects du problème soulevé.

Sur le principe, on s'entend

Au Québec, sur le plan politique comme sur le plan juridique, on semble reconnaître que le soutien financier au déplacement des usagers représente une condition nécessaire à l'accès équitable de certains citoyens aux services requis par leur état de santé. Ainsi, la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Société de l'assurance automobile du Québec ont toutes deux des règlements qui prévoient ce soutien. Il en va de même du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont la politique de déplacement des usagers et le programme de transport et d'hébergement pour personnes handicapées régissent l'indemnisation de l'utilisateur pour certains frais encourus pour se déplacer sur une grande distance afin de recevoir des services requis en raison de son état.

L'existence même de ces mesures démontre bien que le gouvernement du Québec endosse le principe selon lequel l'accès réel et équitable aux services implique un soutien financier à l'utilisateur qui doit franchir une grande distance pour les recevoir. Et si ces différentes politiques ne suffisaient pas à témoigner de l'engagement de l'État sur cette question, les mesures d'urgence adoptées récemment pour assurer des traitements en radio-oncologie aux patients atteints de cancer en fourniraient une autre illustration. On se souvient que l'État n'a pas hésité, dans ce cas, à assumer tous les frais inhérents au déplacement et au séjour prolongé de certains usagers aux États-Unis, y compris les frais d'hébergement et de repas de ceux qui n'étaient pas hospitalisés.

Le droit à un accès satisfaisant

Sur le plan juridique, des décisions récentes semblent indiquer que les tribunaux sont enclins eux aussi à établir un lien direct et nécessaire entre ce soutien financier et un accès satisfaisant aux services.

Ainsi, en 1999, la Cour du Québec statuait que, pour des raisons d'universalité et d'accessibilité, tout citoyen avait droit aux soins et services de santé, peu importe son lieu de résidence au Québec. En l'occurrence², l'utilisateur cherchait à obtenir une seconde opinion sur un diagnostic posé par des spécialistes de la région où il résidait. Se fondant principalement sur l'article 81 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui définit la mission d'un centre hospitalier, le tribunal a estimé que, dans le cas où l'établissement ne pouvait fournir un soin ou un service relevant de sa mission, il avait l'obligation de s'assurer que l'utilisateur obtienne «les mêmes soins ailleurs en assumant le coût de tel transfert». Il a souligné que «l'obligation du centre hospitalier n'est pas soumise à quelque condition que ce soit, par exemple "si le médecin traitant l'autorise" (une condition mentionnée à la politique régionale de déplacement des usagers)».

Il est intéressant d'observer que l'argumentation de la Cour du Québec reprend la logique qui sous-tendait un jugement³ unanime rendu quelques mois plus tôt par la Cour d'appel du Québec, jugement selon lequel quatre CHSLD étaient tenus de fournir sans frais à leurs résidents le service de lavage et d'entretien normal de la lingerie et des vêtements personnels, et ce, précisément parce que ces services étaient un attribut inhérent à la mission légale de ces établissements.

Une autre décision récente de la Cour supérieure du Québec – qui a examiné la question des listes d'attente et du report des interventions chirurgicales électives⁴ –, est venue rappeler qu'il n'était pas «raisonnable» de maintenir sur une liste d'attente le patient concerné, alors que les risques pour son bien-être s'aggravaient de jour en jour, et que cela était contraire à l'objet même de la Loi sur l'assurance hospitalisation et de la Loi sur l'assurance maladie, qui est de rendre **disponibles** à tous les Québécois les traitements médicaux requis.

En somme, sur la base de ces quelques considérations juridiques, et sans prétendre que l'ensemble des coûts reliés au déplacement constituent, sur le strict plan légal, des «services assurés» au sens des lois du Québec, nous ne serions pas surpris de voir les tribunaux de plus en plus portés à les assimiler aux obligations qui découlent de la mission des établissements. Une telle lecture serait d'ailleurs en phase avec la Loi canadienne sur la santé, qui a précisément pour objectif premier de «faciliter un accès **satisfaisant** aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre»⁵.

Une chose, à tout le moins, ressort clairement : le gouvernement et les tribunaux semblent d'accord pour reconnaître que les frais occasionnés par le déplacement d'un usager, quelle que soit sa région d'appartenance, ne doivent pas représenter un obstacle financier à l'accès satisfaisant aux services requis par son état. Cette reconnaissance – *de facto* et *de jure* – est importante, puisqu'une fois le principe reconnu, la question se transforme et devient celle de l'application de ce principe dans la réalité. Elle peut alors se formuler ainsi : les mesures actuelles de soutien financier assurent-elles aux citoyens des régions éloignées ou périphériques un accès **équitable** et **satisfaisant** aux services de santé ? Si l'on se fie à la situation qui prévaut dans les régions du Québec éloignées des grandes agglomérations urbaines, ce n'est certainement pas le cas.

Des usagers qui ne reçoivent pas le même traitement

En mai 2000, dans son analyse de la question des déplacements des usagers non admis et non inscrits dans un centre hospitalier (les «cas électifs»), la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine citait un exemple qui, à lui seul, résume parfaitement le problème que nous voulons cerner. Selon la Régie, un résidant de Gaspé qui doit se rendre à Québec pour obtenir des soins et des services de santé pendant cinq jours pourra voir ses frais de transport, d'hébergement et de repas remboursés de l'une des façons suivantes :

- 500 \$ s'il est prestataire de la sécurité du revenu ;
- 700 \$ s'il bénéficie du programme «transport et hébergement pour personnes handicapées» ;
- 758 \$ s'il reçoit une indemnité de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ;
- 760 \$ si cette indemnité lui est versée par la Société de l'assurance automobile du Québec ;
- 130 \$ s'il bénéficie des mesures relatives au cas électifs prévues par la politique générale de déplacement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette différence de traitement, selon que l'utilisateur est admissible à une politique ou à l'autre, pose déjà un sérieux problème à quiconque se soucie d'équité. Mais quand elle creuse un tel fossé entre la majorité des usagers qui bénéficient d'un soutien financier (CSST, SAAQ, Sécurité du revenu, personnes handicapées, usagers admis ou inscrits à un centre hospitalier) et ceux qui sont considérés comme des «cas électifs», on comprend que ces derniers y voient une certaine forme de discrimination. Et nous estimons que les usagers de services électifs, notamment ceux qui résident en Gaspésie, en Abitibi-Témiscamingue et sur la Côte-Nord, ont raison de se plaindre quand, en plus de ne pas avoir accès dans leur région à un certain nombre de services spécialisés, ils doivent déboursier un montant important pour se rendre à Québec ou à Montréal afin de les obtenir.

Qu'est-ce qui ne va pas ?

Les principales lacunes de la politique générale actuelle – que nous joignons en annexe – sont, selon nous, les suivantes :

- l'exclusion de certains frais inhérents au déplacement d'une catégorie d'usagers ;
- le manque de précision des dispositions administratives et budgétaires nationales régissant l'application de la politique ;
- l'insuffisance des budgets nécessaires à cette application.

Une couverture à étendue variable

Si on la considère sous l'angle des frais qu'elle compense ou non, la politique générale de déplacement crée deux classes d'usagers.

D'un côté :

- les usagers hospitalisés ou hébergés, dont le déplacement vers un autre établissement est entièrement pris en charge et organisé par l'établissement d'origine et qui n'ont donc aucuns frais à déboursier, quelle que soit la distance parcourue ;
- les personnes de 65 ans et plus qui doivent se déplacer par ambulance (sur civière) et qui n'ont aucuns frais à déboursier, qu'elles soient en établissement ou à domicile.

De l'autre :

- les usagers qui, n'étant pas admis ou inscrits dans un établissement, doivent effectuer ce déplacement vers un établissement éloigné de plus de 250 km de leur domicile et dont seuls les frais de transport sont compensés.

Cet écart de traitement est, soumet-on, profondément inéquitable pour cette dernière catégorie d'usagers. En effet, contrairement aux personnes hospitalisées ou hébergées, les frais de séjour (hébergement et repas) d'une clientèle qui requiert pourtant des services de santé du réseau, ainsi que tous les frais de la personne qui doit parfois les accompagner, ne sont pas compensés. Or, ces montants peuvent représenter plusieurs centaines, voire plusieurs milliers de dollars, et devenir, dans certains cas, un obstacle réel à l'accès aux services requis et une entrave sérieuse à l'exercice des droits.

On peut comprendre les motifs d'ordre financier qui sous-tendent ce traitement distinct, la compensation de tous les frais inhérents au déplacement d'un usager au-delà de 250 km représentant évidemment un montant plus élevé que la compensation de ses seuls frais de transport. Nous croyons toutefois que ce calcul est à courte vue, et possiblement, source d'une pratique contre-productive qui semble s'être développée et qui consiste, pour le médecin traitant, à faire hospitaliser un patient à seule fin de lui assurer la pleine compensation financière des frais encourus par son déplacement vers un service éloigné. Par ailleurs, si ce sont les abus que l'on craint, nous estimons qu'ils peuvent être évités par un cadre d'application de la politique plus précis et un mécanisme d'approbation de la demande du médecin traitant par une instance régionale ou locale qui s'assurera de sa pertinence et d'un recours judiciaire aux services requis.

Une politique générale ou seize politiques régionales ?

À cette approche de «deux poids, deux mesures», inscrite dans la politique générale elle-même, s'ajoutent l'élasticité des critères et l'insuffisance des moyens qui entourent son application. Le texte de l'addenda #2, qui traite du déplacement des cas électifs, indique en effet, à la rubrique des critères d'amissibilité, que «toute demande devra s'inscrire à l'intérieur des critères et modalités prévus dans la politique **régionale**». À toutes fins utiles, cela signifie que l'application de la politique nationale est soumise à celle des diverses politiques régionales. Par ailleurs, aucune enveloppe budgétaire n'étant réservée à l'application de la politique, chaque région doit puiser dans son enveloppe budgétaire régionale pour en couvrir les frais.

En théorie, cette approche peut favoriser une gestion souple du système de santé régional, mais, en pratique, c'est un outil à double tranchant : advenant un contexte budgétaire difficile, il peut se retourner contre les régions et les usagers. Et, au dire même de certaines régions, c'est précisément ce qui s'est produit en matière de soutien financier au déplacement des usagers : une interprétation restrictive de la politique nationale a servi à palier le manque de ressources financières disponibles pour faire face à la demande. Et cette pratique n'a pas concerné que l'application de la politique générale : elle est souvent devenue la norme qui a prévalu à la mise en œuvre du programme pour personnes handicapées.

Apporter des ajustements plutôt que faire table rase

Tout n'est pas à mettre au rancart dans la politique générale qui régit présentement les déplacements des usagers.

- Les principes directeurs qui régissent la compensation financière des déplacements nous semblent raisonnables. Il nous paraît en effet indiqué que l'on s'assure d'une utilisation judicieuse des services spécialisés, que l'utilisateur soit dirigé vers le service disponible le plus près possible de son milieu de vie, qu'il revienne dans sa région dès que possible et qu'il se déplace selon le mode de transport le moins coûteux, compte tenu de son état.
- Il nous semble également souhaitable que certaines balises viennent guider l'application de ces principes. Ainsi, il est raisonnable d'exiger qu'un déplacement vers un service disponible au-delà d'un kilométrage déterminé du lieu de résidence de l'utilisateur soit autorisé par une instance qui en évalue la pertinence (qui s'assure, par exemple, que le déplacement se fait vers la ressource adéquate la plus proche). De même, il nous paraît acceptable que l'on fixe une zone géographique en deçà de laquelle les frais ne sont pas remboursés. Sans considérer la limite de 250 km présentement en vigueur comme une norme établie une fois pour toutes, sa révision ne nous paraît pas une priorité d'action à court ou moyen terme. À plus long terme, on devrait toutefois apprécier l'impact financier d'une révision de ce seuil à l'aune d'une amélioration de l'accès des citoyens aux services requis par leur état de santé.

C'est plutôt aux lacunes mentionnées précédemment que nous suggérons au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux de s'attaquer en priorité. À cette fin nous formulons quatre recommandations. Celles-ci ne permettront pas de corriger toutes les situations évoquées par les plaintes reçues, mais elles contribueront sans doute à parer au plus urgent : assurer aux citoyens des régions éloignées des grands centres urbains un accès satisfaisant et équitable aux services requis par leur état, dans une mesure comparable à celui qui est déjà assuré aux citoyens des autres régions du Québec.

Recommandations

- Considérant que l'État doit assurer à tous les citoyens et à toutes les citoyennes du Québec un accès satisfaisant et équitable aux services de santé et aux services sociaux auxquels ils ont droit, quelle que soit leur région de résidence ;
- Considérant qu'une politique de soutien financier au déplacement des usagers doit assurer, autant dans ses dispositions que dans son application, un traitement comparable et équitable à tous les usagers ;
- Considérant que la politique du déplacement des usagers, dans ses dispositions et dans ses modalités d'application actuelles, ne garantit pas ce soutien financier comparable et équitable à tous les usagers, faisant ainsi obstacle à l'accès de certains usagers des régions éloignées aux services requis par leur état de santé ;

Le Protecteur des usagers adresse les recommandations suivantes au Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux :

Recommandation 1

Réviser la politique de déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux de manière à assurer une indemnisation équitable pour ses frais inhérents au déplacement à tout usager qui doit franchir une distance de 250 km ou plus à partir de sa résidence pour recevoir des soins ou des services requis par son état. Ces frais inhérents incluent le transport (selon la modalité la moins coûteuse, compte tenu de l'état de la personne), les repas et l'hébergement de l'usager et, le cas échéant, de la personne qui doit l'accompagner.

Recommandation 2

Établir un cadre d'application de la nouvelle politique plus précis, de manière à ce que les critères d'accès, les services couverts, les catégories de dépenses qui font l'objet d'une indemnisation et les barèmes d'indemnisation soient uniformes dans toutes les régions du Québec.

Recommandation 3

Octroyer aux régions périphériques et éloignées un budget réservé spécifiquement à l'application de la politique de déplacement des usagers et s'assurer que ce budget répond adéquatement aux besoins.

Recommandation 4

Revoir, dès que la situation budgétaire le permettra, l'ensemble des tarifs consentis pour l'indemnisation des frais de transport, de repas et d'hébergement, de manière à ce qu'ils reflètent davantage les coûts occasionnés aux usagers, et, dans un deuxième temps, réviser à la baisse la distance actuelle de 250 km au-delà de laquelle les frais sont remboursés.

Notes

1. Voir, notamment, l'analyse que la présidente du Conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des Services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Mme Suzette Arsenault, adressait à la Ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Pauline Marois, le 25 mai 2000, et qui s'intitulait *La Politique de déplacement des cas électifs*, et la lettre que le directeur général du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, M. Jules Pelletier, adressait à Mme Louise Montreuil de la Direction générale des services à la population du MSSS, le 27 novembre 2000, ainsi que ses deux annexes, soit un état de situation et une évaluation de la Politique de transport des cas électifs – Région 10 – Nord-du-Québec.
2. Lise Desrape c. Centre hospitalier de l'Archipel, Cour du Québec, no 115-32-0002330-998, 8 septembre 1999, Decoste, J.C.Q.
3. Le Procureur général du Québec c. Vigi Santé Ltée, Hôpital Ste-Monique inc., Centre Le Cardinal inc., Groupe Champlain inc. et Le Curateur public du Québec, Cour d'appel du Québec, no 500-09-004805-974, 15 avril 1999, Coram : André Brossard, Jacques Chamberland et André Forget.
4. Barry D. Stein c. Tribunal administratif du Québec et al., Cour supérieure du Québec, no 500-05-045298-989, 5 août 1999, Cohen J.C.S.
5. Voir l'article 3 de la Loi canadienne sur la santé .

Annexe

**Politique de déplacement des usagers
du réseau de la santé et des services sociaux.
Population en général – Toutes les régions**

Ministère de la Santé et des Services sociaux