Clinique communautaire
de Pointe-Saint-Charles
La santé et la solidarité d'un quartier !

COMMISSION À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Consultation sur le panier de services

MÉMOIRE

DU COMITÉ DE LUTTE EN SANTÉ DE LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE SAINT-CHARLES

Le 29 janvier 2016

PRÉSENTATION

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a été mise sur pied en 1968 par des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de l'Université McGill et par des citoyens du quartier. La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles mise sur une approche globale de la personne et de la santé qui allie les dimensions sociales et médicales. Cette vision prend en compte l'action sur les déterminants de la santé comme l'éducation, l'environnement social et physique, le revenu et la condition sociale. La Clinique est également un lieu d'engagement et de mobilisation.

Le comité de lutte en santé

Le comité de lutte en santé a pour mandat de mobiliser la population pour le droit à la santé, pour un système de santé public, universel, accessible et gratuit. À ce titre, il mène des actions concrètes contre la privatisation des services de santé, à la fois à Pointe-Saint-Charles et dans le reste du Québec. Le comité tire sa force du fait qu'il est entièrement composé de citoyens bénévoles réunis par leur volonté d'agir pour promouvoir l'accès aux soins de santé. Le comité de lutte en santé est composé des membres suivants : Louis Blouin, Geneviève Dorval, Hélène Sicotte, Geneviève McCready, Vivien Freedman et Lucie Poulin.

Le registre des frais facturés lors de consultations médicales

Au mois de février 2015, le comité de lutte a lancé un outil à la portée des citoyens qui désirent faire part de leur expérience: le registre des frais facturés lors de consultations médicales. Son objectif est de collecter de l'information et des témoignages de personnes qui se sont fait réclamer des frais pour obtenir un soin, un traitement ou un service médical. Il est disponible sur internet (ccpsc.qc.ca/registre) et en version papier, en français et en anglais. Le registre cible autant les frais illégaux (déjà couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)), que les frais abusifs (la surfacturation exercée par certains médecins). Le registre met en lumière les pratiques de facturation malheureusement courantes, qui portent atteinte à l'accessibilité des soins de santé et démontre l'ampleur du problème.

POSITION DE PRINCIPE

Le comité de lutte en santé remercie le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) pour son initiative de consulter la population au sujet du panier de services assurés. Le comité de lutte en santé milite pour le droit à la santé par le maintien d'un système de soins et de santé public, accessible et universel. Par conséquent, nous sommes particulièrement préoccupés par les travaux entamés par le CSBE relativement à la couverture publique des services en santé d'autant plus que la démarche laisse transparaître un exercice visant à réduire davantage le panier de services existants.

En désassurant bon nombre de services de santé et services sociaux, le résultat nous apparaît clair : l'accentuation d'un système de santé à deux vitesses où ceux qui ont les moyens financiers peuvent se permettre d'obtenir des soins de qualité au détriment des moins nantis. Il nous apparaît essentiel que l'exercice de révision du panier des services assurés doit être fait dans l'optique d'un projet global de santé publique et non comme un instrument de régulation des dépenses de l'État. Il faut savoir dissocier les nécessités d'une population en termes de couverture des soins et les cibles fixées par des décideurs politiques en termes de réduction des dépenses dans un secteur névralgique comme celui de la santé et des services sociaux. Comme l'a exprimé avec clarté Denis Piveteau, la notion même de « panier de services » serait à bannir, car « Ce n'est pas l'acte ou le médicament qui doit être « dans » le panier, mais le couple formé par cet acte, ou ce médicament, et la ou les situations dans lesquelles son emploi est opportun[1]».

Ainsi, les notions d'utilité médicale et d'efficacité, qui sous-tendent les critères présentés dans le tableau proposé par la Commission[2], ne sont pas les plus aptes à cerner toute la complexité et le contexte des composantes des soins et services de santé et les besoins en santé de la population. Ce qui est couvert ou non par le régime de santé public doit constituer un choix collectif et ne doit pas se limiter à l'ordre de l'exercice comptable ou de comparaison d'indices de performance des services. Le débat doit être plus large pour définir nos priorités d'ensemble visant l'amélioration du système de santé.

---

[1] Denis Piveteau, *Le « Panier de soins » : une notion en trompe-l'oeil ?,* Revue d'économie financière, 2004, Volume 76, Numéro 3, p.182.

[2] À la page 4 du *Guide de consultation pour l'appel de mémoires.*

QUESTIONNEMENTS SUR LA DÉMARCHE

Ainsi, nous souhaitons émettre certaines réserves en rapport à la démarche de consultation initiée par le commissaire à la santé et au bien-être sur la question du panier de services assurés en santé et en services sociaux. Nous avons été pour le moins stupéfaits lorsque nous avons pris connaissance du sondage administré à un échantillon de 1 800 personnes. Il ne fait aucun doute dans notre esprit que les questions du sondage sont tendancieuses et orientés spécifiquement dans l'optique de réduire les soins et les services couverts par le panier de services. Pire encore : comment peut-on demander à des répondants de choisir face à la nécessité d'une coupure entre le financement d'un nouveau traitement pour des personnes en fin de vie et celui d'une activités de prévention permettant de réduire des comportements nocifs pouvant entraîner des maladies chroniques fréquentes et coûteuses.

Nous comprenons mal que le Commissaire à la santé et au bien-être puisse placer des citoyens, par le biais d'un sondage bancal aux questions biaisées, dans une forme de jeu de rôle où ils doivent s'improviser gestionnaires dans l'optique de coupures substantielles visant la réduction du panier de services. Pourtant, les documents sur la consultation publique du CSBE spécifient que l'exercice proposé aidera à prendre des décisions qui concernent l'introduction, le maintien ou le retrait de services de santé ou de services sociaux. À la lumière du sondage, nous constatons que l'objectif recherché se rapporte uniquement au retrait de soins déjà assurés, voire l'introduction de nouveaux services au détriment de soins qui ne figureraient plus dans le panier de services actuel. Nous nous opposons à ce qu'une instance indépendante comme le CSBE s'adonne à un exercice purement comptable qui s'inscrit à l'intérieur des diktats du gouvernement provincial actuel dont les mesures d'austérité imposées dans le réseau de la santé et des services sociaux ont des effets néfastes auprès de la population en terme d'accès et de qualité des soins.

D'autre part, nous soulignons que le processus de consultation sur la question du panier de services assurés en santé n'est pas propice à une démarche citoyenne significative. Des clarifications s'imposent. Il a été prévu dans la démarche que certains groupes de discussion soient tenus afin de faire ressortir la perspective citoyenne indépendamment des situations décrites dans le sondage. Aucune invitation n'a circulée pour la participation à ces groupes de discussions. Comment s'est fait la sélection des

participants? Pourquoi les groupes qui oeuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux n'ont pas été interpellés pour aider à la composition des groupes de discussion? Leur avis sur la composition des questions incluses dans le sondage (avant sa diffusion) aurait aussi permis d'élargir l'éventail des questionnements. Les approches retenues par le CSBE comprennent également des délibérations citoyennes élargies. Or, il n'en est rien jusqu'à présent ou alors il y a un manque de transparence quant à la de la tenue de ce genre d'événements et les résultats obtenus.

DES SERVICES NON ASSURÉS : UN FREIN À L'ACCESSIBILITÉ

Depuis la création du régime public, il est à déplorer que plusieurs services n'ont jamais été considérés comme devant faire partie de la couverture publique. Ces services non-couverts compromettent de manière tangible l'accessibilité aux soins. La dentisterie représente un exemple frappant. Les coûts faramineux liés aux soins dentaires ont un impact direct auprès de la population moins favorisée qui préfère ne pas consulter des dentistes, faute de pouvoir assumer les montants qui sont facturés. Il faut savoir que la privatisation de ce genre de soins engendre inexorablement des coûts supplémentaires au réseau de la santé. L'absence d'une assistance en soins dentaires cause d'autres problèmes de santé qui, tôt au tard, généreront de nouveaux coûts qui devront être assumés à l'intérieur de notre régime public. En ce sens, il faut prendre en considération qu'un service ou un soin non-couvert par le panier de services entraîne des coûts supplémentaires pour notre régime public qui doit assumer les contrecoups de la détérioration de la santé des plus démunis. Pour toutes ces raisons, il est aberrant que l'ensemble des soins dentaires ne figurent dans la liste des services indispensables qui bénéficient à l'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population.

D'autre part, les données qui ont été compilées par le biais de notre registre des frais facturés lors de consultations médicales ont permis de constater qu'une grande part des frais qui ont été assumés par les patients provient de frais liés aux services non assurés. Les frais dont il est question sont surtout d'ordre administratif et sont exigés, dans la majeure partie des cas, par les omnipraticiens. D'ailleurs, un nombre important d'abus ont été répertoriés en rapport à l'exigence des montants demandés. Voici différents types de formulaires et exemples tirés du Registre:

- formulaires exigés par l'employeur (par ex. des frais de 40$ demandé par le médecin pour une attestation de grossesse pour le travail, ou bien 50$ pour un formulaire pour arrêt de travail pour cause de dépression)
- formulaires exigés par la SAAQ (40$ chargé par le médecin pour un formulaire d'évaluation de la capacité de conduire d'une personne atteinte de sclérose en plaques);
- formulaires exigés par les compagnies d'assurances privées (par ex. 50$ demandé par le médecin pour produire un rapport médical).

De plus, le Registre a permis de prendre connaissance d'un cas où un renouvellement de prescription par téléphone a occasionné un coût de 10.00 $ pour une patiente, dont le médecin a peu de disponibilité de rendez-vous, des frais qu'elle juge injustifiés et abusifs. Ces services sont non assurés et représentent des sommes importantes, et souvent les situations rapportées dans le Registre concernent des personnes dont l'état de santé les rend vulnérables. On dénote aussi plusieurs injustices (pourquoi un tel frais pour telle catégorie de patients ou telle tranche d'âge?) et cette règle de l'arbitraire place les patients dans une position vulnérable : ils sont souvent résignés à devoir accepter ces frais ou se priver de soins.

DÉSASSURÉS… ET POURTANT MÉDICALEMENT NÉCESSAIRES

Pour ce qui est des services désassurés et facturables aux patients, ceux-ci occasionnent aussi des mécontentements rapportés par les répondants au registre. C'est notamment le cas de soins de physiothérapie :

> « *J'ai eu une subluxation de la hanche en octobre 2012. Je suis allé à la Polyclinique Santa-Cabrini. Le médecin m'a fait passer des radiographies, m'a prescrit des anti-douleurs et suggéré de faire de la physiothérapie (pas les moyens de payer la physio). Même s'il voyait que j'étais en forte douleurs et que j'avais de la difficulté à me déplacer (j'avais loué une chaise roulante à la pharmacie pour aller à l'Urgence et à cette clinique), j'ai demandé au médecin un billet médical pour avoir un congé de maladie au boulot. Il m'a dit que les frais étaient de 50$. Je n'ai pas voulu payé ces frais. Il ne m'a pas donné de billet et j'ai du m'arranger autrement avec mon employeur*. »
>
> - Femme anonyme, 18-34 ans

Les services désassurés sont couverts par le régime public uniquement s'ils sont fournis aux usagers à l'hôpital, comme par exemple les services d'échographie ou l'imagerie par résonance magnétique. Il est d'ailleurs important de faire en sorte que la population soit apte à discerner ce qui est déjà couvert par le régime public en milieu hospitalier. Une grande part de témoignages a montré que plusieurs répondants se sont fait offrir (et ont accepté ou non) d'aller dans une clinique privée pour avoir plus rapidement (tout en déboursant des frais) un soin ou un traitement qu'ils auraient gratuitement dans le public.

> « *Nous sommes 3 filles dans la famille. Deux de mes sœurs ont eu un diagnostic de cancer du sein, je suis la plus jeune. Comme je suis plus à risque, je dois passer une mammographie et une échographie de mes deux seins une fois par année. La mammographie est toujours gratuite mais l'échographie coûte 135.00$. Je voulais passer cet examen à l'hôpital [nom de l'hôpital] mais on m'a dit qu'il y avait jusqu'à trois ans d'attente pour une échographie des seins et on m'a dirigé vers une clinique privée, [nom de la clinique] en m'expliquant que ce sont de toute façon les mêmes radiologistes qui travaillent à l'hôpital qui se déplacent dans cette clinique privée. J'ai écrit à la Régie d'assurance-maladie pour me faire rembourser mais ce fut une fin de non-recevoir... Notons que le prix augmente d'année en année dans cette clinique. […] Mes assurances collectives au bureau ne remboursent pas ce type d'examen.* »
>
> - Femme anonyme, 55-64 ans

Dans son avis déposé en octobre dernier à l'intention du ministère de la santé et des services sociaux, le Protecteur du citoyen rappelle à juste titre que la facturation des services non assurés fait de plus en plus partie d'une nouvelle philosophie de pratique commerciale qui tend à se développer en clinique médicale et en cabinet de médecins participant au régime[3]. Il faut savoir qu'en restreignant toujours plus les soins et services inclus dans le panier de services, les décideurs politiques qui se succèdent encouragent fortement cette pratique médicale à saveur commerciale tout en engendrant, chaque fois qu'un service devient non-couvert, de nouvelles inégalités sociales. Il faut absolument

[3] Protecteur du citoyen, Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux, 2015, p.18.

prendre en considération les impacts de telles décisions auprès de la population avant d'aller de l'avant dans le retrait d'un service déjà couvert par le régime public.

CONCLUSION

- Considérant que l'éventail des services non assurés représente un frein majeur au droit à la santé et à un système public, universel et accessible;

- Considérant qu'au courant des dernières décennies, bon nombre de services ont été désassurés sans que la population ait eu à se prononcer à cet effet et que la non-couverture de ces services entraîne des conséquences graves sur la santé de la population;

En conséquence, le comité de lutte en santé de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles demande à la CSBE :

- Qu'elle recommande au ministre Barrette de réintégrer dans le panier des services assurés des soins non-assurés pourtant essentiels pour la santé de la population tels que la dentisterie et l'optométrie.

- Qu'elle recommande au ministre Barrette de réintégrer dans le panier des services assurés les actes qui ont été désassurés au fil des ans lorsqu'ils sont prodigués en dehors des centres hospitaliers.

La couverture des services gratuits, le « panier de base » doit être plus étendu et non pas restreint. Rappelons que ses contributions financières provenant du fédéral aux provinces sont conditionnelles au maintien du principe de l'universalité et de la gratuité des soins en santé.

La volonté de désassurer des services est liée à une logique d'austérité à géométrie variable. Face à l'exercice auquel se prête le Commissaire à la santé et au bien-être, nous craignons malheureusement le pire : le démantèlement à la pièce du système public au profit d'une privatisation croissante des soins de santé et des services sociaux. L'atteinte au caractère public de notre réseau de santé doit cesser et le budget qui lui est attribué doit être suffisant pour couvrir l'ensemble des besoins de la population. Pour cela, des solutions existent : revoir le mode de rémunération des

médecins et, dans l’attente de ce changement essentiel à la survie du régime public, exercer un meilleur contrôle sur la facturation des actes médicaux de ces derniers s’avère un pas gigantesque dans cette direction.