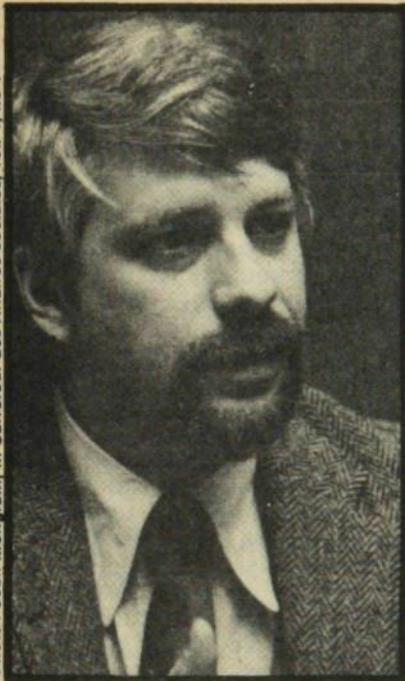


Pierre-Marc Johnson, ministre des Affaires sociales du Québec
Photo: Jean Mongrain, in Carrefour des Affaires sociales, vol. 4, no 1



le P.Q. les médecins et la loi 27:

UNE OCCASION RATÉE

par Hélène Lévesque

Il y a des occasions en or qu'on rate comme collectivité. La loi 27, présentée l'automne dernier par le ministre Pierre-Marc Johnson et adoptée en décembre par l'Assemblée nationale, en était une. Occasion d'amener sur la place publique et de débattre l'orientation et l'administration de nos services de santé. Occasion de remettre en question l'ensemble de la pratique médicale axée sur la maximalisation des profits des omnipraticiens et médecins spécialistes. Occasion, pour l'ensemble du réseau des Affaires sociales, de faire pencher un tant soit peu la balance du côté de l'approche préventive plutôt que curative. Occasion, enfin, d'amorcer un début de questionnement sur les liens entre les praticiens de la médecine et l'industrie pharmaceutique.

Le débat n'a pas eu lieu. On aura plutôt eu droit à un rapport de force gouvernement/médecins, affrontement résolu par une retraite gouvernementale sur quelques articles du projet de loi, entre autres le salariat expérimental pour certaines catégories de médecins spécialistes. Étrange démocratie que celle où le tout-puissant corps médical n'a qu'à brandir la menace de grève pour obtenir ce qu'il veut, alors que les petit-e-s salarié-e-s peuvent rester des mois dans la rue, avant qu'on songe à faire intervenir un médiateur.

Pourtant il y avait en germe, dans ce projet de loi, des éléments de réforme fort prometteurs. Mais les clameurs des fédérations de médecins ont vite fait de ramener le ministre à la raison, c'est-à-dire à la considération de *leurs* intérêts avant toute chose. Toujours au nom du bien commun, cela va de soi... Bien commun qu'on a, une fois de plus, défini, balisé et comptabilisé en dehors de nous.

Un projet de réforme pourtant bien timide

Il n'y avait pourtant rien d'extraordinaire dans le projet gouvernemental. Rien en tout cas qui justifie les cris d'orfraie des médecins. Il ne s'agissait que d'une tentative, au demeurant fort timide, pour assurer à la population des régions périphériques les services médicaux aux-

quels elle a droit, et pour mettre un semblant d'ordre dans le fouillis quasi inextricable des services d'urgence. Les moyens mis de l'avant? Entre autres, la désignation par le ministre de certains CRSSS¹ pour assurer la coordination des urgences et du transport ambulancier, la possibilité d'offrir une rémunération plus avantageuse aux jeunes médecins désireux de s'établir en région éloignée (voir encadré), la possibilité de conclure des ententes salariales expérimentales. Rien d'autre qu'un début de cohésion.

Les médecins devaient cependant le prendre autrement. À en croire leurs porte-parole, on se serait cru sous un gouvernement stalinien, rien de moins. Il ne leur restait plus, les pòvres, qu'à ériger des barricades et à se battre jusqu'au dernier carré pour défendre leur «inaliénable droit à la libre entreprise». Comme le soulignait un commentateur pince-sans-rire, les scalpels volaient bas... Revue et corrigée par Augustin Roy, président de la Corporation professionnelle des médecins, la rhétorique syndicale utilisée pour justifier le débrayage généralisé de fin novembre confinait soudain à l'absurde². Le président de l'Association médicale canadienne entonnait de son côté le couplet archi-connu des menaces à peine voilées: s'ils n'ont pas le choix du lieu d'exercice de leur profession au Québec les médecins,

risquent de s'en trouver «démoralisés» et d'aller voir ailleurs si l'herbe est plus verte et si le fric pousse plus dru...³

Le désert de la médecine spécialisée en région éloignée

Dans ce projet, une des plus intéressantes initiatives du ministre Johnson consistait à instituer des mécanismes pour assurer de meilleurs services médicaux aux habi-

tant-e-s des régions éloignées, ces parentes pauvres de la médecine québécoise. Au Québec, en effet, quand on habite la Côte-Nord, la Gaspésie ou le Nord-Ouest, il vaut mieux être doté d'une santé de fer. Ou alors, si par malchance on tombe malade, que ce soit d'un mal qui puisse se traiter au bureau de l'omnipraticien. Sinon... Déjà sous-développées par rapport à la moyenne provinciale des effectifs médicaux spécialisés, ces régions ont vu le problème s'aggraver encore

ces dernières années, malgré la croissance de l'ensemble du corps médical (plus de 2,000 nouveaux omnipraticiens, entre 1972 et 1979). Car ces «spécialistes de toute la personne» sont encore deux fois plus nombreux (au prorata de la population) à Montréal que dans le Nord-Ouest. Quant aux spécialistes, alors qu'en 1972 on en trouvait sept fois moins sur la Côte-Nord que dans la région de Montréal, huit ans plus tard, la proportion est passée à dix pour un. Tomber malade en région éloignée signifie donc parfois devoir se taper des trajets de centaines de kilomètres pour consulter, avec tous les frais que cela implique.

En principe d'accord pour corriger ces déséquilibres régionaux, - on est toujours contre le vice et pour la vertu-, les médecins ont chicané sur les moyens prévus. Johnson a tenu ferme.

La rémunération à l'acte

La mince victoire du ministre pour assurer un début de répartition géographique plus équitable des médecins ne doit pas faire oublier cet incroyable «oubli» de la commission parlementaire chargée d'étudier les tenants et aboutissants du projet de loi : jamais, au cours de ces auditions de groupes, on a remis en question - cela s'imposait pourtant- la pratique médicale rémunérée à l'acte.

La toute-puissante Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a plutôt sorti son artillerie lourde pour défendre le maintien, voire le renforcement, du pouvoir médical. À coup de débrayages et de déclarations tonitruantes sur les «manoeuvres centralisatrices» gouvernementales, la FMOQ a réussi à demeurer l'interlocuteur privilégié dans les négociations avec Québec. Cela entraîne des conséquences graves, si on considère que les médecins seront les seuls à discuter des taux de la rémunération à l'acte et que ces taux sont négociés en fonction d'intérêts individuels (ceux de gens qui se considèrent eux-mêmes comme des entrepreneurs privés). Qui aura intérêt à remettre en cause la multiplication de certains actes médicaux? Le gouvernement, sans doute, mais il

LA LOI 27

Les enjeux pour le gouvernement

- Réorganiser les services d'urgence et les services ambulanciers. Ils se trouvaient, avant la loi, dans un état de «free for all» incroyable. Ce sont désormais les CRSSS qui en assureront la planification.

- Les ententes avec les médecins concernant les modalités de leur participation au régime d'assurance-maladie étant à renégocier (elles étaient expirées depuis mai 1981), le gouvernement s'est servi de la loi 27 pour «tester» les fédérations de médecins, et voir jusqu'à quel point elles étaient prêtes à faire des compromis. Il a ainsi introduit dans la loi des dispositions permettant un début de salariat pour certains médecins¹, clause vite perçue par les fédérations comme le Cheval de Troie de la loi (porte ouverte pour le salariat généralisé à l'ensemble des médecins).

- Assurer aux régions éloignées de meilleurs services : en prévoyant une rémunération plus élevée (3 premières années) pour les jeunes médecins choisissant de s'établir dans ces régions plutôt qu'en ville ; en désignant comme en pénurie des régions ne disposant pas d'effectifs médicaux suffisants et en prévoyant pour les médecins de ces régions de meilleures conditions de rémunération.

- Resserrer les contrôles sur la rémunération à l'acte en prévoyant que les chefs de département clinique des centres hospitaliers recevraient le relevé détaillé des actes médicaux posés par les médecins de leur département.

Les enjeux pour les fédérations de médecins

- Conserver leur «pouvoir d'achat».
- S'assurer qu'ils seraient les seuls vis-à-vis des négociateurs patronaux (le gouvernement) aux renégociations des ententes sur leur participation au régime d'assurance-maladie. L'arrivée de nombreux partenaires (comme les CLSC) aurait pu signifier la remise en question de leur pratique.

- Éviter que les mesures gouvernementales ne viennent gruger leur immense pouvoir : décision de la fréquence et de la pertinence des actes posés.

¹ Certaines catégories de spécialistes pratiquent à peu près exclusivement dans les hôpitaux. Les spécialistes en anesthésie ou en médecine nucléaire, par exemple. Ils comptent pour 17% de l'ensemble du corps médical.

ne le fera pas, du moins si on se fie à ses reculs sur la loi 27.

Pourtant, la multiplication de certains actes médicaux peut avoir des conséquences importantes sur l'ensemble de l'organisation des soins, leur coût et leur paiement par l'ensemble de la société⁴.

Ce sont, encore une fois, les femmes et les assisté-e-s sociaux qui feront les frais de ces conciliabules gouvernement/médecins derrière les portes closes. Celles et ceux que leur fonction biologiques et/ou leur dépendance du système de soins érigent en clientèle captive du pouvoir médical. Qu'on en juge : parmi les 50 actes chirurgicaux les plus fréquemment dénombrés par la Régie de l'assurance-maladie en 1980, 11 portaient spécifiquement sur l'appareil reproducteur des femmes (16 332 hystérectomies en 1980, pour 13 225 en 1976. Presque autant d'hystérectomies que d'ablations des amygdales...). Les assistées sociales de 15-40 ans se sont vu accorder (sic) pour leur part 1,3 million d'ordonnances médicales en 1980. Qui remettra en question la pertinence de ces actes, et quand?

La castonguette sans contrôles

Multipliant sans vergogne les actes les plus rémunérateurs, les médecins s'érigent en faux contre toute tentative de l'État pour leur imputer ne serait-ce qu'un pourcentage minime de l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé. Ils ne font, arguent-ils, que répondre à la demande sans cesse croissante, débridée, des consommateurs de soins. Tiens donc! L'an dernier, des vérifications ont permis de relever pour des centaines de milliers de dollars d'actes prétendument posés par des médecins psychiatres en régions éloignées. Pour quelques-uns qui se font prendre, combien d'autres...?

On aurait cru que le législateur profiterait du projet de loi 27 pour resserrer les mécanismes de contrôle. Il ajoute, en fait, parmi certaines dispositions intéressantes, celle-ci : les chefs de départements cliniques des hôpitaux recevront un relevé des actes posés par les médecins dont ils assurent la su-

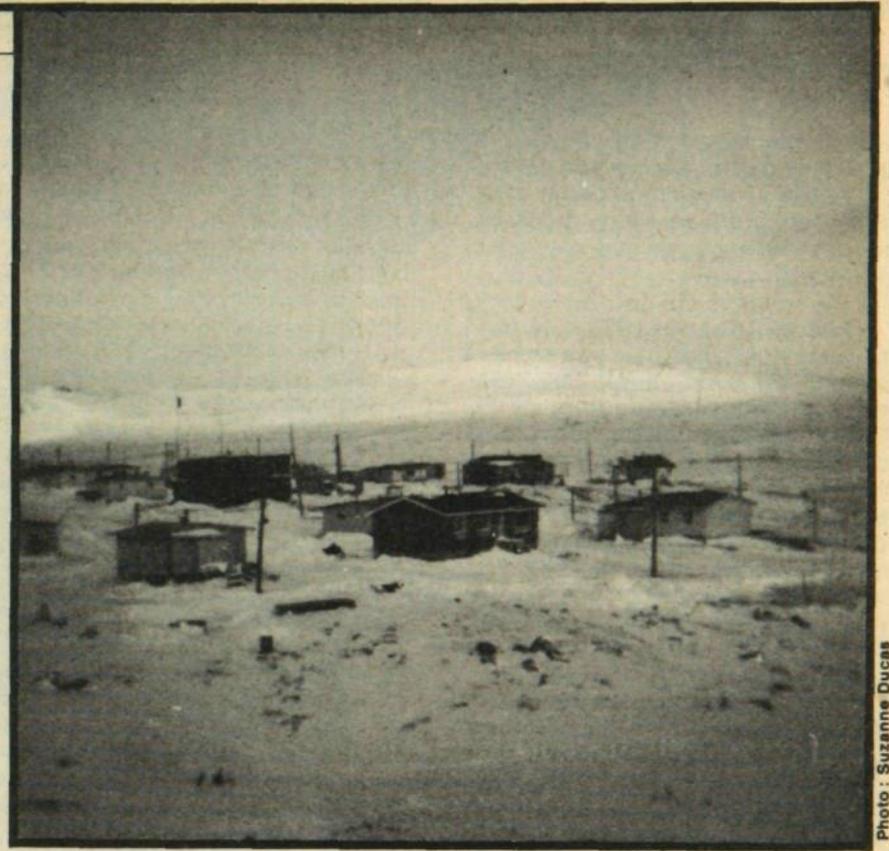


Photo : Suzanne Ducas

pervision. Un bien ou un mal, cette mesure, dépendant de la philosophie-castonguette du chef de département lui-même...

Deux pas en avant, un pas...

La bonne et patiente population que nous sommes aura trouvé, dans la loi 27, des motifs de se réjouir: meilleure planification des services d'urgence, mesures concrètes pour les populations des régions périphériques. Mais elle doit aussi se désoler de ce que les manoeuvres des médecins aient réussi à faire échouer- ou du moins à mettre en veilleuse- d'autres mesures importantes. Il faudra dorénavant par exemple, que les fédérations concernées soient consultées avant d'instaurer un salariat expérimental. Quand on sait que le salariat, pour une majorité de médecins, c'est le Bonhomme sept-heures en personne!

Il faut aussi relever un aspect que la plupart des médias ont passé sous silence, ou très brièvement évoqué : la question de la représentation des usager-ère-s. S'il est heureux que la formation de comités de bénéficiaires soit désormais obli-

gatoire dans les centres hospitaliers et les centres d'accueil, il y a lieu de s'interroger sur ce qu'il est advenu de la représentation des usager-ères dans ces mêmes centres. Avant la loi 27, des représentant-e-s élu-e-s des usager-ère-s pouvaient siéger sur les conseils d'administration des hôpitaux. Ce n'est plus le cas. Le gouvernement a choisi de troquer cette présence contre celle de représentants d'organismes bénévoles. Or ceux-ci, pour tout dévoués qu'ils soient, ne sont pas nécessairement reconnus pour leurs prises de position ou leurs attitudes progressistes. Deux pas en avant...

¹ Centres régionaux de santé et de services sociaux.

² L'expression est faible. Essayez d'imaginer le très progressiste Dr Roy scandant «Ce n'est qu'un début» sans crammer de rire. Un rappel le même «militant» syndical s'est déjà prononcé contre le droit de grève dans les services de santé.

³ Les mêmes menaces que lors de l'entrée en vigueur du régime d'assurance-maladie. La plupart des médecins qui menaçaient alors de partir sont restés et gagnent, en moyenne, comme leurs collègues, plus de \$50,000 annuellement, toutes dépenses déduites.

⁴ On estime que plus de 80% de l'activité des hôpitaux est générée par les décisions des médecins.