

M É M O I R E

DE L'ASSOCIATION D'ORTHOPÉDIE DU QUÉBEC

dans le cadre de la consultation
sur les propositions contenues dans le document
« Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité »

Présenté à Québec

Avril 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
Sur le terrain	4
Opinion générale	4
Amélioration de l'organisation et des modes de prestation des soins	5
Réponse au jugement Chaoulli : garantir l'accès	5
Mécanisme pour garantir l'accès.....	5
Cliniques affiliées spécialisées	7
SAAQ et CSST	7
Ouverture à l'assurance privée pour les interventions avec garantie d'accès	8
Enjeu du financement du système	8
RECOMMANDATIONS.....	9
BIBLIOGRAPHIE	10

INTRODUCTION

L'Association d'orthopédie du Québec (AOQ) remercie la Commission sur la santé de l'occasion qui lui est offerte de s'exprimer sur le document « *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* ».

L'Association d'orthopédie du Québec est constituée en vertu des dispositions de la Loi des syndicats professionnels de la province de Québec. Elle regroupe les 305 orthopédistes de la province de Québec.

La mission de l'Association d'orthopédie du Québec est de valoriser le statut professionnel de ses membres et de contribuer au développement de la chirurgie orthopédique par le biais d'activités de formation médicale continue.

De plus, l'Association est impliquée dans la gestion de ses effectifs médicaux et dans l'organisation des soins qu'elle doit offrir à la population.

SUR LE TERRAIN

L'orthopédiste est un médecin spécialiste du traitement médical et chirurgical des lésions du système musculo-squelettique. Il est le chirurgien traitant les lésions tumorales, traumatiques, inflammatoires ou dégénératives du système musculo-squelettique.

Au cours des dernières années, l'orthopédiste a été aux premières loges pour assister à la détérioration de l'accès au système de santé. Contrairement à d'autres spécialités chirurgicales qui ont vu diminuer leur champ d'interventions grâce au développement des traitements médicaux, l'orthopédie a vu l'étendue de son champ d'indications chirurgicales augmenter. Le grand succès des remplacements articulaires surtout de hanche et de genou au cours des vingt-cinq dernières années, associé à une augmentation de la demande en relation avec le vieillissement de la population, a propulsé l'orthopédie dans les manchettes à plusieurs reprises pour dénoncer les problèmes d'accessibilité. La demande pour les prothèses articulaires a doublé au cours des 10 dernières années et la courbe de croissance devrait se poursuivre¹. Le Québec a d'ailleurs le taux de remplacements articulaires le plus bas au Canada si l'on compare pour des groupes d'âges équivalents². Pendant ces années d'augmentation de la demande pour l'arthroplastie, l'orthopédiste a continué de développer et d'assumer le traitement pour les autres pathologies musculo-squelettiques, incluant les traumatismes et les blessures reliées au développement de nouveaux sports (comprendre, planche à neige, patins à roues alignées, etc.). Comme dans d'autres spécialités, le nombre de médecins spécialistes a stagné au cours des dernières années, les nouvelles arrivées suffisant à peine à combler l'exode vers l'étranger ou les départs à la retraite. La diminution des admissions dans les facultés de médecine a également conduit à une diminution équivalente dans les demandes de résidence en orthopédie. On estime qu'il manque environ 40 orthopédistes au Québec. Ce résumé succinct de la situation explique en partie le **déséquilibre entre l'offre de services et la demande de soins**.

Parallèlement à cette augmentation de la demande, l'orthopédiste n'a pu qu'observer l'augmentation des coûts associés au développement des nouvelles technologies. Tous les changements au niveau des implants employés comme prothèse sont accompagnés d'une augmentation de coût et il en va de même pour plusieurs autres pathologies.

Nous sommes donc maintenant non seulement devant un problème d'offres et de demandes, mais également devant un problème de plus en plus d'ordre financier qui devient un problème éthique lorsque les contraintes financières confrontent les soins médicalement requis.

OPINION GÉNÉRALE

Les orthopédistes, quoique étant un très petit groupe, n'ont pas tous une pratique semblable et les conditions de pratique peuvent être très différentes selon notre champ de sur-spécialisation et selon le fait qu'on exerce en périphérie, en zone urbaine ou dans un centre universitaire. Les orthopédistes ne sont pas non plus un groupe monolithique pour ce qui est de leur opinion face à la place que devrait occuper le privé ou le public dans notre système. Les variations dans les opinions rencontrées sont probablement aussi grandes que celles qu'on retrouve dans la société en général.

L'orthopédiste n'est ni un gestionnaire, ni un économiste ou un administrateur de la santé, mais l'expert incontournable dans l'évaluation des besoins en musculo-squelettique et il devra être

consulté. Nous avons développé une opinion sur beaucoup de points que vous pourrez interpréter à la lumière de notre expertise.

Globalement, les orthopédistes sont pour un système public fort, efficace et bien organisé. Ce système public doit rester la base pour éviter toute discrimination et respecter les principes d'équité et d'accessibilité. Les orthopédistes ne demandent pas mieux que de participer à l'amélioration de l'efficience du système. Ce débat n'existerait d'ailleurs pas si l'accessibilité au système était adéquate et respectait les normes médicalement requises.

AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION ET DES MODES DE PRESTATION DES SOINS

La plupart des points soulevés dans le document ministériel concernant l'amélioration et l'organisation des soins de même que de la hiérarchisation des services font déjà partie du vocabulaire des médecins orthopédistes. La plupart des points concernant l'organisation des soins sont déjà en marche et ont fait l'objet de discussions ou de consensus. On comprend donc bien les principes qui sous-tendent la réorganisation et nous entendons collaborer. Nous partageons d'ailleurs déjà des concepts énoncés pour ne nommer que consolidation de la première ligne, corridor de services fonctionnels, accroissement de la productivité, intensification du rôle des réseaux universitaires intégrés et le principe de développement d'équipes multidisciplinaires en musculo-squelettique. Nous travaillons d'ailleurs depuis plusieurs mois déjà à la mise en place et à l'évaluation de projets pilotes sur le travail en équipe multidisciplinaire³⁻⁴.

RÉPONSE AU JUGEMENT CHAOULLI : GARANTIR L'ACCÈS

Garantir l'accès dans un délai médicalement acceptable est une excellente façon de vérifier l'efficacité et d'augmenter la performance pour les procédures ciblées. Il faudra s'assurer que l'augmentation d'accès pour certaines pathologies ciblées **ne se fasse pas aux dépens de d'autres problèmes de santé nécessitant également une chirurgie**. Sans ajout de ressources, il est certain que l'attente augmentera pour d'autres interventions chirurgicales si l'on ne favorise que l'accessibilité aux arthroplasties de hanche et de genou.

MÉCANISME POUR GARANTIR L'ACCÈS

Déjà en 1998, l'Association d'orthopédie du Québec avait établi dans ses normes de pratique des « délais d'accès raisonnables pour les services en chirurgie orthopédique ». Ce délai d'accès raisonnable pour les prothèses avait été fixé par consensus à trois mois après la décision de procéder à l'intervention⁵. Depuis ce temps, est apparue la notion de « délais médicalement acceptables » soutenue par de la littérature scientifique récente. Un comité canadien formant l'Alliance sur les temps d'attente a publié un rapport en 2005 statuant que le délai **maximum** médicalement acceptable est de six mois suivant la consultation⁶. Des orthopédistes du Québec et membres du Comité sur les normes nationales de l'Association Canadienne d'Orthopédie ont participé à la mise en place de ces balises. La conclusion était qu'il existe différents degrés de priorisation dont un groupe de patients devant être opéré dans les 30 jours, un autre dans les 90 jours et l'ensemble du groupe dans les six mois.

Le 29 août 2005, l'Association Canadienne d'Orthopédie⁷ émettait un communiqué statuant que « *les malades ne devraient pas attendre plus de trois mois pour rencontrer un orthopédiste et*

plus de six mois pour subir une intervention chirurgicale. Cependant, en considérant la nature urgente de l'invalidité, les arthroplasties de remplacement devraient être effectuées dans les trois mois ».

En février 2005, l'Institut de recherche en santé du Canada⁸ était mandaté pour guider à l'établissement de points de repère fondés sur des faits en ce qui concerne des temps d'attente acceptables d'un point de vue médical dans des secteurs cliniques déterminés.

En conclusion, on retrouve : « *Selon les données scientifiques disponibles au sujet des relations entre la santé et le temps d'attente, les points de repère ne devraient pas être de plus de six mois pour un remplacement du genou ou de la hanche. Ce point de repère correspond à une attente raisonnable maximum ».*

Tout patient qui est opéré pour une arthroplastie de la hanche ou du genou après un délai de six mois dépasse donc le délai médicalement requis.

Monsieur le Ministre, pourquoi ne pas organiser un système qui permet de traiter le patient dans ce délai de six mois ?

Dans votre plan de l'amélioration de l'accès aux services visés, vous prévoyez qu'à partir de six mois d'attente, des mesures seront prises grâce à un suivi personnalisé pour permettre le traitement dans un établissement public québécois de la région ou d'une autre région ou dans une clinique spécialisée affiliée. Après neuf mois ou plus d'attente, une entente pourra être prise avec une clinique à financement privé ou dans un établissement hors Québec ou hors Canada. Ce schéma permet donc une augmentation de l'attente qui pourra facilement excéder de 60% le délai maximum médicalement reconnu.

Toujours dans cet organigramme, il est prévu qu'à partir du 30^e jour de l'attente, il y aura une responsabilité locale de faire une gestion active de la liste d'attente et de déterminer la date de chirurgie. Cette pré-inscription du patient est en soi une excellente idée puisqu'elle permet au patient de prévoir la date de sa chirurgie, elle permet également et surtout d'effectuer une gestion offrant une garantie d'accès. Cette pré-inscription devrait d'ailleurs être étendue à toutes les chirurgies et elle est déjà employée dans plus de la moitié des centres au Québec. **Ce système ne peut fonctionner que si l'attente n'est pas trop longue et si les lits d'hospitalisation peuvent être garantis** (sinon, ce système de pré-inscription devient ingérable).

Dès la détermination de la date de chirurgie, des mesures devraient immédiatement être prises pour que le patient puisse, s'il le désire, être opéré à l'intérieur du délai médicalement acceptable. Au-delà de ce délai de six mois, le patient devrait immédiatement se voir offrir la possibilité de recourir au privé ou à un établissement hors Québec. Il s'agirait alors d'une vraie garantie d'accès qui augmenterait grandement la **crédibilité de la démarche**.

Nous croyons que cet objectif de garantir l'accès est réaliste si les ressources adéquates y sont attribuées. L'amélioration de l'accès dépend davantage de l'ajout de temps opératoire que de l'ajout d'effectifs médicaux en orthopédie.

Nous ne croyons pas que ceci occasionnera une ouverture très grande au privé.

Nous ne croyons pas que plusieurs orthopédistes vont choisir de se désengager de la RAMQ. Cette offre de services privés n'est limitée d'une façon pratique qu'aux grands centres urbains et elle est très restreinte dans le projet actuel.

CLINIQUES AFFILIÉES SPÉCIALISÉES

Il s'agit, selon nous, d'une ouverture intéressante quoique limitée à une certaine forme de privatisation ou de partenariat public/privé. Ces centres privés pourraient sous-contracter des activités pour le centre hospitalier avec lequel ils sont affiliés. Il y a peu de détails dans le document ministériel sur la nature exacte de ces cliniques. Sous quelle garantie d'achat de services pourraient-elles se développer ? Il est probable là aussi qu'elles seraient très limitées et exclusivement dans les centres urbains. Les orthopédistes se faisaient l'idée de cliniques permettant des chirurgies moins invasives, ne nécessitant pas d'hospitalisation et permettant de libérer du temps opératoire dans les centres hospitaliers principaux. Il semble, à la lecture du document présenté, que ces cliniques affiliées pourraient effectuer des arthroplasties de hanche et de genou, devant donc nécessairement offrir des services d'hospitalisation. Tout ceci reste à préciser. Nous croyons que ces cliniques devraient être ambulatoires et offertes à la clientèle d'une région. Les médecins, pour leur part, auraient accès, tout en continuant d'être rémunérés par la RAMQ. Ceci répond à notre demande principale qui est celle d'offrir l'accessibilité pour nos patients.

L'avantage principal, selon nous, est d'introduire un concept de compétitivité, qui s'établira automatiquement avec le système public. Il pourrait être tentant pour les administrateurs de faire glisser vers ces cliniques affiliées des services qui peuvent être rendus d'une façon plus efficace. Il y aura donc l'introduction d'un **concept de compétitivité avec le public**.

Il faudrait également préciser, dans le développement de ces cliniques, si celles-ci peuvent vendre des services à un médecin désengagé, à un médecin pour des actes non couverts RAMQ, à des compagnies d'assurances ou aux assurances para-gouvernementales que sont la CSST et la SAAQ.

Ce qui limite actuellement le développement du privé et le désengagement des orthopédistes est bien sûr la demande du privé, la capacité des gens à payer pour des soins privés, mais aussi les coûts d'une telle démarche. L'orthopédiste désengagé désirant procéder à des arthroplasties doit investir des sommes importantes sans garantie. L'accès à l'achat de services aux cliniques affiliées diminuerait d'une façon importante les risques financiers. Cette opportunité pourrait être vue d'une façon négative ou positive, selon votre position quant à la place que doit occuper le privé dans notre système.

SAAQ ET CSST

L'orthopédiste, le spécialiste du système musculo-squelettique, est souvent impliqué dans le traitement des patients de la SAAQ et de la CSST puisque la plupart des blessures rencontrées sont d'ordre musculo-squelettique. On est souvent en face de patients qui sont en arrêt de travail, compensés par ces organismes, et qui sont en attente pour des interventions chirurgicales (tunnel carpien, pathologies de l'épaule, lésions méniscales du genou, etc.). L'attente pour ces patients soulève le problème des coûts financiers et sociaux associés à ces attentes. Le coût de l'attente dépasse souvent de beaucoup les coûts de l'intervention chirurgicale et il y a ici, selon nous, une inefficacité de l'utilisation des fonds « publics ».

Comment justifier un coût d'attente de quatre mois pour une intervention dont les honoraires professionnels sont d'environ \$200. Le coût de la chronicisation des lésions doit également être pris en considération. La CSST défraie déjà pour le traitement de ces patients. Il faudrait évaluer la possibilité que la CSST puisse contracter certaines interventions avec ces cliniques affiliées.

OUVERTURE À L'ASSURANCE PRIVÉE POUR LES INTERVENTIONS AVEC GARANTIE D'ACCÈS

Il s'agit pour nous d'une ouverture qui est virtuelle. Il y a peu de marché. Les personnes ayant besoin d'une arthroplastie ne sont probablement pas assurables et les autres feraient peut-être mieux de garder leur argent et de payer directement au privé plutôt que de souscrire plusieurs années à l'avance pour une couverture aussi étroite. La garantie d'accès, si elle est appliquée, rend nulle l'utilité de cette assurance.

ENJEU DU FINANCEMENT DU SYSTÈME

Nous ne sommes pas économistes de la santé ... nous sommes sur le terrain.

La préoccupation principale dans nos blocs opératoires semble être l'atteinte de l'équilibre budgétaire et ceci, même aux dépens de la productivité. Cette valorisation de l'équilibre budgétaire à tout prix conduit à un contrôle de l'offre de services pour limiter les coûts.

Nous sommes, semble-t-il, près de la limite maximale à la contribution publique au système de santé. Nous comprenons que la courbe de croissance des dépenses est supérieure à la courbe des revenus. **La situation actuelle est insoutenable à moyen terme.**

Les 20 millions qu'entend mettre le Ministre dans ce projet de garantie d'accès correspondent exactement au montant qui a été mis en Alberta pour un simple projet pilote de 1,200 arthroplasties⁹. Où est l'argent pour financer ces cliniques affiliées, les nouvelles technologies et l'augmentation à venir du nombre de médecins ?

Outre le financement, le système de santé représente un défi de gestion très important. Le système actuel a la capacité d'absorber tout l'argent qui y sera mis.

Il faut adhérer à la médecine basée sur des données probantes et évaluer la courbe coût/bénéfice de ce que le système public peut payer et laisser éventuellement les gens adhérer à des assurances complémentaires ou à l'utilisation d'un système privé parallèle. Il faut qu'une partie du financement dans les hôpitaux soit fonction des services produits.

Les gens nous disent souvent que la santé n'a pas de prix. Ceci est vrai pour l'individu, mais pour la société, la santé a le prix que l'on peut y mettre.

Nous vous remercions.

RECOMMANDATIONS

Essentiellement, l'Association d'orthopédie du Québec recommande :

- Que soit établie une politique de garantie d'accès aux soins respectant les normes reconnues.
- Que soit établi un système de gestion des listes d'attente de manière à pouvoir pré-inscrire très rapidement le patient à une date de chirurgie convenue.
- Que soit développé le concept de cabinets affiliés dont la gestion serait confiée au privé. Ces cliniques pourraient être des centres de chirurgie d'un jour dont pourraient bénéficier, au besoin, les patients d'une région. Ces centres permettraient sans doute une plus grande efficacité et ils permettraient de libérer du temps opératoire pour les arthroplasties et les chirurgies plus complexes en milieu hospitalier. Tous les patients et les chirurgiens d'une région devraient avoir accès à la clinique affiliée.
- Que les chirurgies ciblées, soit les arthroplasties de hanche et du genou, soient budgétées dans les hôpitaux de manière à ce que ces interventions ne soient plus considérées comme des dépenses mais plutôt une source de revenus par les administrateurs des hôpitaux;
- Que les orthopédistes soient considérés comme des partenaires incontournables dans cette réforme.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- http://www.oma.org/Health/Wait_Lists/HipandKneeReportSept05.pdf
Report of the Total Hip and Knee Joint Replacement Expert Panel.
Dr Allan Gross. Septembre 2005, page 2.
- 2- http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=download_form_f&cw_sku=05CJRRANNREPFPDF&cw_ctt=1&cw_dform=N
2005 Rapport du RCRA : Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada. Tableaux 3 et 4 : Comparaison internationale des taux bruts par 100,000 habitants des arthroplasties initiales totales de la hanche, page 11.
- 3- *Equipe multidisciplinaire en musculo-squelettique.*
Dr Raymond Hould. Septembre 2005.
- 4- *Élaboration d'un projet de clinique multidisciplinaire en orthopédie.*
Équipe d'orthopédie du CSSS de l'Outaouais. Décembre 2005.
- 5- *La pratique de l'orthopédie au Québec.*
Association d'orthopédie du Québec. 2004.
- 6- <http://www.caep.ca/002.policies/002-05.communications/2005/050826-report.wait-time-alliance.FR.pdf?assez-attendu>
Rapport final de l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun.
Association médicale canadienne. Août 2005, page 3.
- 7- *Les malades ne devraient pas attendre plus de six mois pour une chirurgie orthopédique.*
Communiqué de presse de l'Association Canadienne d'Orthopédie. 29 août 2005.
- 8- <http://www.cihr-irsc.gc.ca/>
Les IRSC dévoilent des résultats de recherches qui guideront l'établissement de points de repères pour les temps d'attente. Fiche d'information pour le temps d'attente pour un remplacement articulaire.
Instituts de recherche en santé du Canada. Novembre 2005.
- 9- <http://www.albertaboneandjoint.com/>
Alberta Hip and Knee Replacement Project reduces wait times.
Alberta Bone & Joint Health Institute. Décembre 2005.