



**COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité  
au service du public*

**Projet de loi n° 20**

**Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille  
et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives  
en matière de procréation assistée**

**Mémoire présenté à la  
Commission de la santé et des services sociaux**

**24 février 2015**

*Le Collège des médecins est l'ordre professionnel des médecins québécois.  
Sa mission : Une médecine de qualité au service du public.*

Monsieur le Président,  
Monsieur le Ministre,  
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de vous présenter ses observations relativement au projet de loi n° 20, *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.*

## **Introduction**

Le projet de loi n° 20 s'inscrit dans une vaste réforme du système de santé comprenant plusieurs projets de loi passés et à venir. Il y a trois semaines, le Collège des médecins du Québec a rendu public, à l'occasion d'une conférence de presse, ses commentaires et ses préoccupations sur ce qui est actuellement connu de cette réforme. Le document qui en faisait état est joint en annexe.

Dans les trois dernières semaines, nous avons eu confirmation des prochaines étapes :

- le financement des établissements par activité;
- la révision de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- le déploiement et la mise en place de supercliniques;
- de nouveaux rôles pour les infirmières et d'autres professionnels de la santé.

Du même coup, le ministre partage une partie de son échéancier et assure que les améliorations souhaitées aux services seront pleinement visibles dans cinq ans.

Nul doute que la collaboration de tous dans la réalisation d'un chantier d'une telle ampleur sera nécessaire et que les conditions facilitant cette collaboration devront être présentes, notamment l'écoute, le soutien au changement, l'esprit de collaboration et le maintien de la motivation de tous.

On ne peut qu'avoir des doutes sur la réalisation de ces conditions dans la conjoncture actuelle où l'on ne peut ignorer les tensions existant entre l'État et ses employés, les professionnels de la santé dont les médecins, les bouleversements liés aux déménagements des grands hôpitaux universitaires à Montréal, l'implantation de nouvelles structures consécutives à l'adoption du projet de loi n° 10, les changements des modes de financement des établissements, le tout dans un contexte plus global de réduction et de contrôle des dépenses de l'État.

Comment ignorer ce tableau global quand vient le temps pour un ordre professionnel comme le Collège des médecins du Québec dont la mission est la protection du public, de commenter avec les informations très limitées actuellement disponibles, un projet de loi de nature coercitive pour la profession médicale?

Nous tenterons quand même de le faire en formulant davantage de questions que de suggestions, puisque nous ne connaissons pas le règlement annoncé découlant de la loi.

Nous commenterons également le deuxième volet du projet de loi touchant la procréation médicalement assistée.

## **1- Premier volet : l'accessibilité aux services médicaux**

Si l'accessibilité aux médecins est un problème réel, surtout et particulièrement en première ligne, il est faux de croire que la responsabilité repose uniquement sur les médecins. L'État et les parties négociantes aux ententes ont également leur part de responsabilité. Par conséquent, il est illusoire de croire et de laisser croire que d'agir uniquement contre les médecins, et les médecins de famille en particulier, réglerait le problème. La situation devant laquelle nous nous retrouvons est le résultat de nombreuses mesures incitatives et coercitives, déterminées par des décideurs au-dessus des médecins sur le terrain.

Les articles 3 et 4 du projet de loi établissent le principe de l'obligation de quotas, du nombre minimal de patients et du nombre minimal d'heures, ainsi que les activités de médecine de famille obligatoires à couvrir en établissement, en plus des obligations de suivi en cabinet.

Il n'y a aucune information sur les modalités d'application annoncées dans un futur règlement du gouvernement qu'on persiste à ne pas rendre public. Ce règlement contiendrait une « grille » d'équivalence, qui permettrait de préserver une couverture adéquate de tous les services « particuliers » offerts par les médecins de famille

(clientèles lourdes, enseignement, soins de fin de vie, traitement des toxicomanies, personnes souffrant de problèmes de santé mentale, couverture des services d'urgence et hospitaliers en région, etc.) tout en augmentant l'accessibilité en temps réel de l'évaluation, de la prise en charge et du suivi des problèmes courants et des maladies chroniques. Cette grille, qui ressemble de plus en plus à une formule magique, suscite notre curiosité et notre appréhension. Elle vise à n'en pas douter à augmenter le volume d'activités.

Sera-t-elle véritablement un outil permettant de rendre compte équitablement des besoins de la clientèle et des impératifs de qualité auxquels les médecins seront soucieux de se conformer?

Sera-t-elle une formule permettant, par ses nombreuses et inévitables exceptions, d'échapper aux contraintes prévues au projet de loi en cas de non-respect ?

Sera-t-elle suffisamment robuste pour résister à une interprétation aléatoire lors d'une éventuelle contestation judiciaire d'une application des pénalités monétaires prévues?

Sera-t-elle « la » solution miracle à laquelle personne n'avait pensé ou la déception plus vraisemblable d'une autre mesure improvisée dont les effets bénéfiques ou pervers n'ont pas été adéquatement évalués, comme beaucoup d'interventions antérieures mises de l'avant par l'État?

Ou ne sera-t-elle finalement, qu'une couche de complexité additionnelle à l'application des ententes médicales déjà trop complexes, et qu'il faudra un jour penser à simplifier?

À notre avis, comme nous l'avons dit, les solutions aux problèmes complexes du système de santé doivent davantage faire appel à la collaboration qu'à la coercition.

Plutôt que de punir, ce qui pourrait être une mesure de dernier recours pour les cas d'exception, il faut soutenir. Plusieurs mesures, déjà demandées dans le passé, tardent à être implantées (ordonnances collectives, informatisation du réseau, partage d'activités médicales avec d'autres professionnels de la santé, accès adapté, accès aux plateaux techniques, etc.). Le Collège en a été, pour beaucoup d'entre elles, l'initiateur et le promoteur, mais leur implantation a, la plupart du temps, été freinée par l'appareil de l'État lui-même.

Sur le plan des obligations déontologiques, nous vous rappelons que l'époque où un médecin de famille pouvait indifféremment faire au pied levé de l'hospitalisation, de l'urgence et du cabinet est révolue. Le médecin de famille ayant concentré ses activités en établissement et exerçant exclusivement en établissement depuis trois ans ou plus

pourrait avoir besoin d'une formation de mise à niveau s'il doit faire du suivi en cabinet de patients atteints de maladies chroniques pour se conformer à ses obligations réglementaires. Il faudra en tenir compte dans les contraintes, les coûts et les délais imposés.

L'article 9 du projet de loi rappelle l'obligation déontologique du médecin qui doit, avant de cesser d'assumer le suivi médical d'un patient, prendre les dispositions nécessaires pour diriger le patient vers un autre médecin. Cette obligation est déjà présente dans le *Code de déontologie des médecins*. Malgré cela, le mécanisme de référence du médecin vers l'agence existe présentement et s'appelle le « guichet d'accès ». Dans bien des cas, ce guichet est devenu un « stationnement permanent » pour plusieurs patients. En quoi ce mécanisme déjà existant va-t-il être plus efficace que celui proposé par le projet de loi? Quel sera l'incitatif pour reprendre la clientèle d'un médecin qui doit cesser son exercice? La réponse se trouve peut-être dans le règlement en gestation.

Les articles 10, 11 et 12 décrivent les nouvelles obligations des médecins d'autres spécialités. On ne décrit pas les spécialités visées, qui seront identifiées dans l'éventuel règlement, et les modalités d'exemption possibles à ces obligations.

L'article 13 décrit de façon générale une modalité d'exemption de nature exceptionnelle aux dispositions de la loi.

Enfin, les sections III (articles 14 à 19) et IV (articles 20 et 21), décrivent les pénalités sur la rémunération et les mécanismes de révision.

En résumé, le projet de loi ne décrit que le cadre d'obligations de quotas, de durée et de délais minimums attendus de la part des médecins moyennant des pénalités touchant la rémunération, le tout à être précisé dans un règlement dont le contenu reste inconnu.

Que dire de cette portion connue du projet de loi sans en connaître les modalités d'application?

Nous avons eu l'occasion d'exprimer les effets pervers possibles liés aux comportements d'adaptation qui pourront tenter les médecins pour éviter les pénalités prévues (sélection de clientèles, interprétation des minimums comme des maximums, utilisation de la « grille magique » du règlement pour choisir les activités les plus favorisées, migration vers le secteur privé, etc.).

Il n'y a aucune information disponible sur les mesures de soutien à la première ligne que le ministre entend promouvoir ou mettre de l'avant.

Il n'y a aucune garantie que l'accès va véritablement être amélioré puisqu'il dépend en grande partie de l'organisation des services qui devra être faite par les nouveaux établissements régionaux qui n'existent pas encore et dont les personnes responsables sont en cours de nomination et dont les plans d'action sont à définir, à écrire et à mettre en place.

De plus, le projet de loi pourrait augmenter les coûts de santé si effectivement le nombre d'actes posés par les médecins de famille et les médecins spécialistes augmentait.

À cette étape-ci, le Collège reste dans l'expectative avec ses questions sans réponses et ses préoccupations quant à la qualité et à la sécurité des services pour les patients et du maintien de la motivation et de la bonne volonté des médecins à exercer malgré les contraintes et les faiblesses du système de santé.

Nous souhaitons que tous garderont l'espoir assez longtemps pour ne pas perdre la foi dans l'orientation gouvernementale. Puisqu'à cette étape-ci, il s'agit bien d'un acte de foi.

## **2- Deuxième volet : la procréation médicalement assistée**

Comme nous avons eu l'occasion de le mentionner il y a trois semaines, le Collège des médecins du Québec recommande de séparer dans le projet de loi les critères ouvrant au financement public de certaines activités de procréation médicalement assistée des normes de bonne pratique médicale dans ce domaine, en laissant exclusivement au Collège des médecins du Québec ce dernier aspect relevant de sa mission et de son mandat.

Voilà pourquoi nous sommes d'accord avec la modification proposée à l'article 10 de la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* (chapitre A-5.01).

Nous sommes à finaliser des lignes directrices sur les activités de procréation médicalement assistée en identifiant des niveaux de soins et, pour chacun d'entre eux, les activités qui y sont reliées, la compétence requise par les médecins, ainsi que les données de surveillance à obtenir et l'analyse à effectuer.

Nous souhaiterions que le ministre renforce dans la loi l'obligation de se conformer à ces lignes directrices, et laisse au Collège le mandat d'effectuer la surveillance de ces activités et, le cas échéant, d'en faire rapport au ministre.

Nous recommandons de retirer les articles 10.1 à 10.6 dont les sujets sont traités dans nos lignes directrices de façon beaucoup plus précise pour le clinicien. Ces lignes directrices contiennent des recommandations qui, n'étant pas incluses dans une loi, peuvent être modifiées et adaptées rapidement en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et des bonnes pratiques médicales dans le domaine.

Parmi les obligations contenues dans nos lignes directrices, nous partageons pleinement les préoccupations du ministre relativement à l'évaluation psychosociale requise par un projet parental faisant appel à la procréation médicalement assistée, et pour laquelle deux enquêtes de qualité que nous avons récemment menées nous ont démontré le manque de normalisation. Nous souhaitons à cet égard travailler de concert avec les ordres professionnels concernés, pour contribuer à développer les guides de bonnes pratiques en matière d'évaluation psychosociale.

Par ailleurs, nous recommandons que le directeur médical d'un centre de procréation médicalement assistée de niveau 3 où se pratique la fécondation *in vitro*, soit obligatoirement un médecin détenteur d'un certificat de spécialiste en endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité (EGRI), nouvelle spécialité qui sera reconnue par notre *Règlement sur la délivrance d'un permis d'exercice et d'un certificat de spécialiste*, lorsque celui-ci entrera en vigueur.

Le Collège n'entend pas se prononcer sur le bien-fondé de financer publiquement ou non la procréation médicalement assistée en tout ou en partie, ce qui est le privilège du gouvernement. Notons toutefois, que le financement public en vigueur depuis le mois d'août 2010 a présenté certains avantages, en particulier la réduction des grossesses multiples liées à la FIV.

La volonté de désassurer substantiellement le programme public mis en place en 2010 ne devrait pas compromettre le maintien de l'objectif de réduction des effets secondaires des techniques de procréation médicalement assistée, en particulier le nombre de grossesses multiples. En ce sens, le renforcement de l'obligation de se conformer aux lignes directrices du Collège, indépendamment du fait que les activités médicales soient couvertes ou non par le régime public, devrait permettre de maintenir ces acquis. Le projet de loi devrait préciser les critères permettant d'avoir accès à la portion de financement public choisie par le gouvernement, sans faire de ces critères les normes de bonne pratique médicale.

Enfin, il reste plusieurs questions en suspens que nous souhaiterions discuter plus en détail avec les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux responsables de ce programme, particulièrement en ce qui a trait aux services de préservation de la fertilité prévus à l'article 18 modifiant l'article 34.3 de la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation médicalement assistée*, plus particulièrement ceux visant l'encadrement des banques de gamètes, de tissus et d'embryons. Des discussions avec l'équipe ministérielle ont déjà été amorcées à cet égard et s'annoncent constructives.



## Conclusion

Le projet de loi n° 20, dans sa première partie, n'est rien d'autre qu'un cadre confiant au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir d'établir des quotas (nombre minimal de patients inscrits à suivre, nombre minimal d'heures à faire, délais maximaux de consultation) à respecter par les médecins de famille et des autres spécialités, ainsi qu'à déterminer des pénalités sur la rémunération à défaut d'atteindre les quotas.

Toutes les modalités d'application seront contenues dans un règlement du gouvernement à venir. Dans ce contexte, il est difficile pour le Collège des médecins d'émettre une opinion sur les avantages et les inconvénients à escompter.

Le Collège aurait souhaité plus de transparence de la part du gouvernement quant au plan d'ensemble de la réforme en santé dans lequel s'inscrit le projet de loi pour mieux en apprécier les avantages et les inconvénients.

Le Collège a plus de questions et de préoccupations que de réponses à cette étape-ci. L'accumulation et la vitesse des changements implantés dans le réseau de la santé, les négociations de l'État avec ses employés du secteur public, la restructuration globale du réseau et le déménagement de deux grands centres hospitaliers universitaires, constituent à nos yeux une conjoncture à très haut risque de dérapages et de dangers pour la qualité et la sécurité des services de santé en général et des services médicaux en particulier.

Pour le volet touchant les activités de procréation médicalement assistée, le Collège laisse au gouvernement le soin de déterminer la nature et le niveau de couverture financière publique de ces activités, mais recommande de lui laisser la responsabilité qui lui revient d'établir et de surveiller le respect des normes de bonne pratique médicale dans ce domaine.

Espérant que ces quelques réflexions aideront les parlementaires dans leurs travaux sur ce projet de loi, nous sommes disponibles pour discuter de tous les aspects touchant la qualité des services médicaux.

### Annexe :

« *Bon diagnostic, mais est-ce le bon traitement?* » Commentaires et préoccupations du Collège des médecins du Québec sur les projets de loi réformant le réseau public de la santé, Conférence de presse du 3 février 2015.