

**Mémoire déposé par Paul A. Lamarche
Professeur titulaire, Département d'administration de la santé,
École de santé publique, Université de Montréal**

À la Commission parlementaire de la santé et des services sociaux

**Pour l'étude du projet de loi 20
26 février 2015**

Introduction

Ce mémoire développe quatre points concernant le projet de loi 20. Le premier point résume les objectifs du projet de loi et explicite la logique d'intervention sur laquelle il repose. La logique d'intervention est la pensée qui permet de croire que les moyens proposés vont atteindre les objectifs visés. Le deuxième point présente une autre logique d'intervention qui reflète mieux la dynamique des organisations de santé. Sur la base de cette autre logique, il explicite pourquoi et comment les moyens proposés dans le projet de loi sont susceptibles de produire, si on n'y prend garde, des effets inverses à ceux recherchés. La troisième partie présente et dénonce la forme de gouverne de la pratique médicale que ce projet de loi introduit. Il présente une forme alternative de gouverne plus conforme à la dynamique des organisations de santé et plus susceptible de donner les résultats escomptés. Sur la base de cette autre forme de gouverne, la quatrième partie présente des approches alternatives qui permettraient d'atteindre davantage les objectifs visés par le projet de loi 20.

1- Objectifs et logique d'intervention du projet de loi

La finalité poursuivie par le projet de loi est claire, précise, pertinente et justifiée. Elle est d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et aux services de médecine spécialisée (Article 1). Il n'est pas nécessaire de connaître en profondeur la performance actuelle du système de santé québécois pour reconnaître les difficultés que rencontrent les Québécoises et les Québécois d'avoir accès à un médecin de famille et, à un degré moindre, à un médecin spécialiste. La performance du système québécois à ces égards est parmi la moins bonne des provinces canadiennes et des pays de l'OCDE. Les résultats des travaux du Commissaire à la santé et au bien-être sont assez révélateurs à ces égards.

Pour atteindre ces objectifs, le projet de loi propose des moyens concrets et précis qui reposent sur une logique d'intervention, convenue de qualifier de mécanique. Selon cette vision, les autorités en haut de la structure hiérarchique décident de comment doivent se comporter les acteurs en bas de la structure hiérarchique. Ces derniers doivent se conformer aux volontés des autorités du haut de la structure hiérarchique sous peine de sanctions ou de pénalités importantes.

À titres d'exemples, les médecins omnipraticiens doivent (Article 3) assurer le suivi médical d'un nombre minimal de patients et exercer un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisées. Les médecins spécialistes doivent pour leur part recevoir en consultation un nombre minimal de patients (article 10) et assurer, en tant que

médecin traitant, la prise en charge et le suivi médical d'usagers admis dans un centre hospitalier auquel ils sont affiliés (Article 11). À défaut de se conformer à ces obligations, la loi prévoit la réduction de la rémunération des médecins par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Cette logique d'intervention repose sur deux postulats majeurs. Le premier postulat est que les autorités en haut de la structure hiérarchique savent plus que quiconque ce qui doit être fait pour le bien commun et comment les acteurs en bas de la structure hiérarchique doivent se comporter pour atteindre ce qui doit être fait. Le deuxième postulat est que les acteurs en bas de la structure hiérarchique n'ont d'autres choix que de se conformer aux volontés des hautes instances de la structure hiérarchique. Dans le domaine de la santé, ces postulats s'avèrent souvent non fondés.

2- Effets appréhendés des moyens proposés par le projet de loi 20 sur les objectifs visés.

S'il y a un type d'organisation dans lequel la logique mécanique d'intervention ne s'applique pas c'est bien les organisations de santé. Ces organisations sont reconnues comme l'exemple type d'organisations professionnelles. Une organisation professionnelle est une organisation dont les acteurs au bas de la structure hiérarchique ont la compétence, le pouvoir et la légitimité de définir eux-mêmes le contenu de leur travail et ce, sans l'intervention des instances supérieures de la structure hiérarchique. Ces acteurs ont la capacité de s'auto-organiser pour répondre le mieux possible aux attentes des acteurs avec qui ils sont en relation incluant évidemment les patients mais aussi les autres professionnels avec qui ils travaillent. C'est cette auto-organisation qui caractérise le mieux la dynamique des organisations de santé.

Le corollaire à l'auto-organisation est la coévolution. La coévolution est la réaction des acteurs suite aux actions posées par les autres acteurs avec lesquels ils sont en relation. Toute action engendre nécessairement une coévolution. Les moyens prévus dans le projet de loi 20 vont eux-aussi engendrer une coévolution de la part des médecins de famille et des médecins spécialistes. C'est cette coévolution qui est susceptible de produire des effets contraires à ceux recherchés par le projet de loi 20.

Je me permets de citer cinq coévolutions possibles et probables au projet de loi 20 susceptibles de diminuer et non d'accroître l'accès aux médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes. 1- Ce projet de loi s'applique aux médecins qui participent au Régime d'assurance-maladie du Québec (Articles 3 et 10). Une première coévolution possible est le retrait des médecins du régime d'assurance-maladie du Québec. Ce retrait peut se faire soit par la prise de la retraite et arrêter ainsi la pratique de la médecine, soit en arrêtant de participer au Régime d'assurance-maladie du Québec et opter ainsi pour une pratique uniquement dans le privé. Ce projet de loi aurait alors comme effet de réduire l'accès aux médecins participants au Régime d'assurance-maladie du Québec et d'accroître l'accès aux médecins en pratique privée. 2- Le projet de loi oblige les médecins omnipraticiens à assurer le suivi médical d'un nombre minimal de patients (Article 3,1). Une deuxième coévolution possible est que les médecins de famille

sélectionnent leur clientèle pour concentrer leur pratique sur une clientèle plus nombreuse mais plus légère. Si tel est le cas, ce projet de loi aurait alors comme effet de réduire l'accès aux médecins omnipraticiens pour les clientèles les plus lourdes et d'accroître l'accès aux médecins de famille pour les clientèles les plus légères. 3- Le projet de loi entend imposer un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisées. Une troisième coévolution possible est l'arrêt complet, définitif ou temporaire, de la pratique de la médecine pour les médecins qui ne veulent pas ou ne peuvent pas pratiquer la médecine à plein temps. Cette coévolution peut être adoptée définitivement par des médecins à la mi-retraite ou encore temporairement par des femmes médecins qui viennent de donner naissance à un enfant. Si tel est le cas, ce projet de loi aurait comme effet de réduire et non d'accroître l'accès aux médecins omnipraticiens. 4- Le projet de loi s'applique aux médecins spécialistes qui sont titulaires d'une nomination leur permettant d'exercer leur profession dans un centre hospitalier. Or, une quatrième coévolution possible est le retrait des médecins spécialistes de la pratique en centres hospitaliers en adoptant uniquement une pratique en cabinets privés. Si tel est le cas, ce projet de loi aurait comme effet de réduire l'accès aux médecins spécialistes en centres hospitaliers et accroître celui des médecins spécialistes pratiquant uniquement en cabinets privés. 5- Le projet de loi 20 s'applique uniquement aux médecins dont la spécialité est visée par règlement. Une cinquième coévolution possible est d'inciter les médecins à se former dans une spécialité qui n'est pas visée par le règlement. Il est permis de croire que les spécialités visées par le règlement sont celles pour lesquelles l'accès aux médecins est le plus difficile. Or, cette coévolution est susceptible d'accroître la disponibilité de médecins dans les spécialités dont l'accès est déjà bon et de réduire la disponibilité de médecins dans les spécialités dont l'accès est le moins bon.

Bref, en adoptant une logique d'intervention purement mécanique et en ne prévoyant pas les coévolutions possibles des médecins de famille et des médecins spécialistes, les moyens proposés dans le projet de loi sont susceptibles de diminuer et non d'accroître l'accès aux médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes.

3- Gouvernance de la pratique médicale prévue dans le projet de loi 20 versus celle qui est plus conforme à la dynamique des organisations de santé.

Le projet de loi 20 introduit une forme de gouvernance de la pratique des médecins participant au Régime d'assurance-maladie du Québec qui peut être qualifiée d'autoritaire avec un fort penchant vers le despotisme. Selon le Petit Larousse, une gouvernance autoritaire est celle qui impose et fait sentir son autorité d'une manière absolue sans tolérer la contradiction. Le despotisme est une forme de gouvernance dans laquelle une seule personne détient tous les pouvoirs.

Le projet de loi donne le pouvoir à des instances de décréter le nombre minimal de patients dont chacun des médecins omnipraticiens participant au Régime d'assurance-maladie du Québec doit suivre et le nombre minimal qu'il doit consacrer à des activités médicales autorisées.

Il est vrai que ces activités médicales sont établies par l'agence régionale à partir des recommandations du département régional de médecine générale (Article 4). Il est aussi vrai que c'est le Conseil des ministres qui décrète les activités médicales autorisées. Ces deux modalités permettent une implication de la base et d'un forum démocratique à l'identification des solutions. Mais, il est aussi vrai que c'est le Ministre qui dicte les règles que doivent suivre les agences pour établir les activités médicales autorisées ainsi que le nombre d'heures pouvant être autorisées (Article 4). Il est aussi vrai que ce projet de loi permet au Conseil des ministres de décréter toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ses obligations. Il autorise le Ministre à décréter tout autre service médical que doivent offrir les médecins. Il abroge unilatéralement des ententes intervenues entre les parties impliquées et toujours en vigueur (Articles 42 et 43). Enfin, il confère au Ministre le pouvoir de déterminer unilatéralement de nouvelles conditions qu'il juge nécessaires et des modalités de rémunération applicables aux médecins (Article 39).

L'utilisation aussi intensive d'une gouverne autoritaire et despotique de la pratique des médecins du Québec peut générer, au moins, deux effets pervers. Le premier est de procurer un incitatif accru aux médecins d'opter pour l'une ou l'autre des cinq coévolutions possibles mentionnées plus haut. Il est fort possible que plus l'autoritarisme sera utilisé, plus les coévolutions le seront aussi de la part des médecins engendrant à leur tour une utilisation accrue de l'autoritarisme et du despotisme.

Le deuxième effet pervers de l'utilisation intensive d'une gouvernance autoritaire ou despotique est l'accroissement de la bureaucratie. La bureaucratie est l'instrument par lequel ce type de gouvernance exerce son autorité. Elle est requise pour définir les comportements escomptés des acteurs au bas de la structure hiérarchique, surveiller le degré avec lequel les comportements observés sont conformes à ceux escomptés, identifier les individus déviants, imposer les sanctions et vérifier l'application appropriée et le respect de ces sanctions.

Le projet de loi 20 ne fera pas exception à cette règle. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder les processus et les instances impliquées dans l'identification et la surveillance des comportements des médecins omnipraticiens et l'identification de ceux qui ne respectent pas leurs obligations. L'identification des comportements souhaités se fait en six étapes :

- 1) le ministre fait connaître aux agences les règles qu'elles doivent suivre pour établir les activités médicales autorisées ainsi que le nombre d'heures pouvant être autorisées;
- 2) l'agence doit établir, à partir des recommandations que lui fait le département régional de médecine générale, une liste d'activités médicales disponibles dans sa région et le nombre d'heures à consacrer à chacune d'elle;
- 3) l'agence met à la disposition des médecins, notamment sur son site Internet, une liste à jour de ces activités médicales;
- 4) tout médecin omnipraticien doit indiquer à l'agence de la région où il exerce la majeure partie de sa pratique les activités médicales qu'il veut exercer et le nombre d'heures qu'il souhaite consacrer à chacune d'elle;

- 5) l'agence autorise le médecin à exercer le nombre d'heures d'activités médicales qu'il doit exercer en tenant compte du choix qu'il a effectué, sous réserve du nombre de médecins autorisés au plan des effectifs médicaux;
- 6) l'agence peut, de sa propre initiative et dans le but de répondre adéquatement aux besoins de sa région, réviser l'autorisation délivrée ou renouvelée en donnant au médecin un préavis d'au moins 90 jours précédant la date d'expiration de cette autorisation.

Tout consentement donné par un médecin en application de ce projet de loi doit être constaté par écrit et être signé. Le directeur des services professionnels d'un établissement conserve les documents constatant le consentement d'un médecin ou son retrait.

La surveillance du respect des engagements pris par ces médecins s'effectue sur une base trimestrielle. Ce sont les directeurs des services professionnels de l'établissement qui sont responsables de s'assurer que chacun des médecins omnipraticiens respecte leurs obligations. Cette surveillance s'effectue aussi en six étapes :

- 1) lorsque le directeur général d'un établissement est informé qu'un médecin omnipraticien ne respecte pas l'autorisation qui lui a été délivrée, il en avise l'agence;
- 2) si l'agence constate qu'un médecin n'a pas respecté l'autorisation qu'elle lui a délivrée, elle le déclare en défaut et en informe le directeur général de l'établissement;
- 3) lorsqu'une agence déclare un médecin en défaut pour deux trimestres consécutifs, elle lui retire, sur demande du directeur général de l'établissement, l'autorisation qu'elle lui a délivrée;
- 4) l'agence transmet le plus tôt possible au médecin toute décision prise en vertu du présent article et en informe la Régie de l'assurance-maladie du Québec;
- 5) lorsque la Régie de l'assurance-maladie du Québec constate, à l'aide des renseignements obtenus, qu'un médecin ne respecte pas l'une ou l'autre des obligations, elle le déclare en défaut et lui transmet sa décision le plus tôt possible. Avant de prendre une telle décision, la Régie doit permettre au médecin de présenter ses observations;
- 6) la rémunération qui doit être versée à un médecin au cours d'un trimestre pour lequel il a été déclaré en défaut est réduite conformément au règlement du gouvernement. La Régie de l'assurance-maladie du Québec récupère de ce médecin, par compensation ou autrement, toute somme équivalant à la réduction.

Des processus similaires sont aussi prévus pour les médecins spécialistes. Il faut ajouter à ces derniers, les processus prévus pour le règlement des litiges.

Bref, le projet de loi 20 introduit une forme de gouverne de la pratique des médecins participant au Régime d'assurance-maladie qui peut être qualifiée d'autoritaire avec un fort penchant vers le despotisme. Ce type de gouvernance est généralement associé à deux effets pervers : 1) procurer un incitatif aux médecins d'opter pour l'une ou l'autre des cinq coévolutions possibles mentionnées plus haut; et 2) accroître la bureaucratie. La bureaucratie est l'instrument par lequel ce type de gouvernance exerce son autorité. Pour

réduire la bureaucratie, il n'est pas suffisant de réduire le nombre de cadres. Il faut avant tout modifier la forme de la gouvernance.

4- Autre forme de gouverne de la pratique médicale au Québec : Fonctions et approches privilégiées

Les organisations de santé sont le cas type d'organisations professionnelles. Les membres au bas de la structure hiérarchique dont les médecins ont la compétence et le pouvoir de définir eux-mêmes le contenu de leur travail. Pour ce faire, ils n'ont pas besoin et n'attendent pas d'instructions des hautes instances de la structure hiérarchique. La dynamique de telles organisations est dite *émergence*. Elle émerge des interactions que les membres au bas de la structure hiérarchique entretiennent entre eux. Ces membres s'auto-organisent pour répondre aux besoins des patients et adaptent leurs propres comportements pour satisfaire les attentes et préférences des autres membres de l'organisation avec qui ils sont en relation. Quel est alors le rôle de la gouverne d'une organisation dont les membres en bas de la structure hiérarchique ont la capacité de s'auto-organiser ? C'est exactement le défi que doit relever la gouverne du projet de loi 20 !

La gouverne des organisations professionnelles consiste en trois fonctions principales. La première fonction est souvent désignée comme l'exercice du leadership d'émergence. Elle consiste à stimuler et supporter l'auto-organisation des membres au bas de la structure hiérarchique et non pas de la contrôler ou de la limiter. C'est cette auto-organisation qui permet aux organisations de mieux répondre aux besoins des patients. C'est elle qui permet aussi aux organisations de s'adapter continuellement aux besoins changeants des patients et d'intégrer les nouvelles connaissances, technologies et façons de faire. Cette auto-organisation doit donc être stimulée et supportée.

La deuxième fonction est généralement désignée comme l'exercice du leadership de convergence. Laisser à elle seule, l'auto-organisation est susceptible de conduire les membres à s'auto-organiser en fonction de leurs propres intérêts et préférences et non en fonction d'un projet collectif à réaliser. La deuxième fonction de la gouverne d'une organisation professionnelle est de faire converger l'auto-organisation des membres vers la réalisation d'un projet collectif. La troisième fonction est l'exercice du leadership de cohérence. Elle consiste à établir un juste équilibre entre l'émergence et la convergence. Trop d'émergence est susceptible de conduire les membres à s'auto-organiser en fonction de leurs propres intérêts et préférences et non en fonction d'un projet collectif à réaliser. Trop de convergence est susceptible de limiter l'émergence et la capacité d'une organisation à répondre aux besoins des patients et à s'adapter aux changements de son environnement. Cet équilibre n'est pas facile à trouver. Surtout, ce juste équilibre est susceptible d'être en continuel changement et d'être différent selon les contextes.

C'est dans cette vision de la gouverne d'une organisation professionnelle que des approches alternatives à l'atteinte des objectifs du projet de loi 20 sont proposées. Il est clair que selon une telle gouverne, même les approches pour assurer la convergence de l'auto-organisation des membres doivent émerger de l'interaction avec les membres les plus concernés par ce projet de loi et non être décrétés unilatéralement par les hautes instances de la structure hiérarchique. Ces approches alternatives ne sont certes pas

exhaustives. Elles sont suggérées comme exemples, souvent non encore éprouvées empiriquement, qui s'inscrivent dans la vision de la gouvernance des organisations professionnelles. Cinq de ces approches sont présentées.

La première approche est la présentation d'une vision claire de ce que le projet de loi veut atteindre. Dans cette vision, l'accent est mis surtout sur les résultats à atteindre plutôt que sur les moyens à prendre. Comment voulez-vous que les acteurs situés au bas de la structure hiérarchique s'auto-organisent pour la réalisation du projet collectif s'il n'y a pas de projet collectif ou s'il n'est pas suffisamment précis pour guider l'auto-organisation des membres ? Le projet de loi veut améliorer l'accès aux services de médecine de famille et aux services de médecine spécialisée. Que signifie concrètement « améliorer » ? Il faut que cet objectif soit suffisamment précis et concret pour que les acteurs puissent reconnaître par eux-mêmes si l'objectif est atteint ou s'il ne l'est pas et identifier l'écart qui doit être comblé entre leur réalité et l'atteinte de l'objectif visé.

La deuxième approche est l'alignement des incitatifs des acteurs et des résultats visés par le projet de loi. Ce que je trouve le plus surprenant dans ce projet de loi, c'est qu'il ne reconnaît pas que le mode de rémunération à l'acte n'incite pas et n'incitera jamais les acteurs à contribuer à l'atteinte des objectifs visés. Ce que ce mode de rémunération incite est à la production d'un nombre de plus en plus élevé d'actes médicaux. Plus un médecin produit des actes plus son revenu est élevé ou plus rapidement il atteint son revenu cible. Rien dans ce mode de rémunération n'incite les médecins à prendre en charge des patients et surtout pas des malades chroniques ou des personnes atteintes de maladies graves. Plus le temps requis pour prendre soin des patients est élevé, moins le mode de rémunération à l'acte incite les médecins à prendre en charge de tels patients. Les incitatifs que procure le mode de rémunération à l'acte est soit de sélectionner les patients les moins lourds, soit de référer à d'autres médecins les patients les plus lourds. Pour atteindre les objectifs visés par le projet de loi, ce mode de rémunération doit être revu.

La troisième approche est de collectiviser la responsabilité de l'atteinte des objectifs du projet de loi, la façon de les atteindre et les incitatifs qui y sont associés. Dans le projet de loi, la responsabilité est principalement individuelle et concerne surtout les moyens ou dispositions que chaque médecin doit respecter pour les atteindre. Les sanctions sont aussi individuelles. Comme mentionné antérieurement, cette responsabilité individuelle et l'imposition individuelle des sanctions peuvent inciter les médecins à opter pour l'une ou l'autre des cinq coévolutions décrites plus haut; donc, la mise en place de cette troisième approche requiert une bureaucratie impressionnante.

Ces effets pervers du projet de loi 20 pourraient être grandement diminués en collectivisant davantage les responsabilités. La responsabilité n'est pas d'obtempérer à des moyens décrétés. Elle est d'atteindre les effets escomptés du projet de loi. À titre d'exemple, les effets escomptés sont que 90% des résidents d'un territoire donné aient accès à un médecin de famille et que les délais d'attente pour voir un tel médecin soient d'au maximum trois jours. La responsabilité est confiée à l'ensemble des médecins de famille pratiquant sur ce même territoire. Ces médecins sont libres de définir collectivement les moyens à prendre pour atteindre les résultats escomptés et les

responsabilités de chacun. Ils reçoivent collectivement les incitatifs financiers qui y sont associés.

Cette approche est susceptible d'avoir trois effets importants. Le premier est de diminuer la lourdeur des obligations qui pèse individuellement sur chacun des médecins et de diminuer ainsi le risque qu'ils optent pour les coévolutions mentionnées plus haut. La deuxième est la possibilité de contribuer collectivement à mieux desservir la population de leur territoire. Les effets sont perçus comme positifs et non punitifs. Compte tenu que les incitatifs sont aussi collectifs, le troisième effet est que le groupe entier prenne la responsabilité de définir les responsabilités de chacun et de s'assurer de leur respect. Cette forme de mise en œuvre est susceptible de requérir une bureaucratie moins imposante.

La quatrième approche est l'information. Pour stimuler l'auto-organisation des membres et leur convergence, il est fondamental que les membres reçoivent régulièrement de l'information sur le degré de réalisation nationale et régionale du projet collectif ainsi que sur le degré de contribution de leur groupe à la réalisation de ce projet. Cette information ne doit pas être utilisée principalement pour sanctionner les membres. Elle doit être surtout utilisée pour stimuler leur auto-organisation vers la réalisation du projet collectif.

La cinquième approche est la reconnaissance des succès. Le projet de loi est orienté vers la punition des échecs. Il a un penchant excessivement négatif. Il devrait changer complètement d'orientation et s'orienter vers la reconnaissance et la récompense des succès. La reconnaissance des succès sert deux fins. Elle reconnaît et récompense ceux qui réussissent. De plus, ces succès sont susceptibles de devenir des modèles à suivre pour les autres groupes qui veulent contribuer à la réalisation du projet collectif.

Conclusion

En conclusion, la finalité du projet de loi est claire, précise, pertinente et justifiée. Il faut améliorer l'accès aux médecins de famille et, à un degré moindre, aux médecins spécialistes.

Toutefois, la logique d'intervention sur laquelle repose les moyens proposés dans ce projet de loi ainsi que la forme de gouverne de la pratique de la médecine qu'il introduit sont incompatibles avec la pratique de la médecine et la dynamique des organisations professionnelles et surtout des organisations de santé. Deux effets pervers sont susceptibles d'en résulter : une diminution de l'accès à des médecins de famille et des médecins spécialistes en les incitant à opter pour l'une ou l'autre des coévolutions possibles afin de se soustraire aux obligations du projet de loi et l'introduction d'une importante bureaucratie associée à l'exercice d'une gouverne autoritaire et despotique.

Il existe une autre forme de gouverne plus compatible avec la pratique de la médecine et la dynamique des organisations de santé. Elle stimule et supporte simultanément l'auto-organisation des membres et sa convergence vers la réalisation du projet collectif. Les moyens qu'elle implique pour l'atteinte des objectifs visés sont de nature complètement différente de ceux prévus dans le projet de loi.

Compte tenu de l'incompatibilité de ce projet de loi avec la pratique de la médecine et de la dynamique des organisations professionnelles et de la santé en particulier, ainsi que de l'opposition unanime des acteurs touchés par le projet de loi, sa mise en œuvre soulève d'importantes questions éthiques. Peut-on éthiquement mettre en œuvre au Québec, une loi dont les fondements théoriques sont incompatibles avec les caractéristiques du milieu auquel il entend s'appliquer, qui est susceptible de produire les effets inverses à ceux recherchés et qui est unanimement rejeté par ceux visés ? Si l'intention du gouvernement est de poursuivre avec ce projet de loi sans y apporter de modifications majeures, il doit au minimum en faire l'expérience dans une région de taille moyenne. Cette expérience permettrait de vérifier empiriquement si les moyens suggérés produisent les effets escomptés. Elle permettrait aussi de préciser les conditions à mettre en place pour l'obtention des effets escomptés. Sans une telle expérience, le gouvernement prend le Québec entier pour un groupe expérimental et ce, sans groupe contrôle. Une telle façon de procéder soulève aussi d'importantes questions éthiques.