

Commission de la santé et des services sociaux

**Par : Me Jean-Pierre Ménard, Ad. E.
Ménard, Martin, Avocats**

**Site internet : www.vosdroitsensante.com
www.menardmartinavocats.com**

**Projet de loi n°20 :
une loi dont les patients supportent les risques**

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

25 février 2015

Résumé

Puisque notre pratique professionnelle est axée exclusivement, depuis plus d'une trentaine d'années, dans la défense des droits des usagers du système de santé, dont l'accessibilité est un enjeu important, nous avons cru utile d'apporter au débat sur le projet de loi n°20 un point de vue davantage centré sur les usagers. Plus précisément, nous avons analysé les mesures proposées par le Projet de loi n°20 en fonction de l'impact que ces mesures auraient probablement sur les patients et la population en général.

Nous constatons qu'il y a au Québec une problématique majeure d'accessibilité aux soins médicaux. Toutefois, nous jugeons que la réforme proposée par le ministre est trop limitée. De plus, nous questionnons le processus utilisé par le ministre pour légiférer en cette matière, en ce nous croyons que ce projet de loi aurait dû être scindé en deux, soit un volet quant à l'accès aux services médicaux et un volet procréation assistée. Il faut revoir la cadre de négociations avec les médecins et repenser l'organisation des soins de façon plus fondamentale. Enfin, il faut impliquer davantage la population dans ce débat.

Quant à la partie du projet de loi portant sur l'accès aux médecins de famille et aux spécialistes, l'article 3 qui impose l'obligation à un médecin de famille de suivre un nombre minimal de patients ne permet pas de comprendre et connaître la portée réelle de la loi. Le contenu de l'obligation de suivre n'est pas défini et ne le sera que lors de l'adoption du règlement. Or, cette absence de définition empêche tout débat sur la portée réelle de la loi. Cependant, les déclarations du ministre sur l'application éventuelle de la loi et de l'obligation de suivre permettent de mesurer l'impact éventuel sur les citoyens, lequel est loin de garantir l'accessibilité promise par le ministre. Au contraire, à moins de solides études d'impact démontrant une évolution favorable prévisible, le projet de loi comporte de grands risques non seulement de ne pas améliorer l'accès à la médecine de famille, mais peut même le rendre plus difficile éventuellement, ce qui aggraverait la situation actuelle.

Les mesures proposées pour les spécialistes sont favorablement accueillies, mais elles font ressortir une des difficultés majeures du système de santé, soit la direction bicéphale des organisations de soins.

Quant à la seconde partie de ce projet de loi, qui vise à baliser l'accès aux traitements de procréation assistée et à réviser à la prise en charge financière du programme d'accès et de remboursement des services de procréation médicalement assistée, il ressort des dispositions soumises par le gouvernement que ce dernier fait assumer aux usagers les mauvais choix du gouvernement et les abus financiers des médecins et chirurgiens prévus dans l'application des programmes. En effet, le ministre réduit presque à néant la prise en charge par l'État des coûts reliés à la procréation assistée, limite l'accès aux activités de procréation assistée sans égard aux normes qui seront établies dans le guide de pratiques à venir du Collège des médecins du Québec et suggère des balises qui empiètent, à notre avis, sur les droits fondamentaux des usagers.

Tables des matières

Résumé	2
Introduction	5
Remarques préliminaires	5
Problématique majeure d’accessibilité aux soins	6
Une réforme trop limitée	7
Processus législatif discutable	8
Processus de négociation insatisfaisant	9
Des modes d’organisation qui ont fait leur temps	10
Un débat au-dessus de la tête de la population	10
Première partie : Loi favorisant l’accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée	11
a. Médecins omnipraticiens	11
Dispositions législatives à l’étude.....	11
L’obligation de suivre des médecins.....	12
L’établissement d’un nombre minimal de patients (quotas).....	14
Problématiques d’accès pour les patients non-inscrits.....	16
Atteinte à la qualité des soins.....	16
Accès à un médecin de première ligne dans un délai médicalement utile.....	16
Restructuration de la pratique médicale.....	16
b. Médecins spécialistes	17
Dispositions législatives à l’étude.....	17
L’organisation des soins médicaux au sein des établissements.....	18
La bureaucratie	19
Les coûts	19
Deuxième partie : Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée	20
a. Objectifs de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée	20
b. Le Projet de loi n°20 et la procréation assistée	21

Objectifs du Projet de loi n°20	21
Problématiques générales.....	21
Recommandations.....	25
Conclusion	26
Annexe 1 : Listes des propositions et amendements	27

Introduction

Depuis le dépôt du Projet de loi n°20 instituant 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*¹, le 28 novembre 2014, de nombreux débats ont mis en lumière l'ensemble des impacts envisagés sur la pratique médicale.

Les principales réactions à ce Projet de loi ont émané des médecins, tant des représentants des fédérations médicales que des regroupements spécialisés ainsi que des médecins individuellement. La réaction générale a été unanimement défavorable dans les milieux médicaux.

Nous avons cru utile d'apporter au débat un point de vue davantage centré sur les usagers. Plus précisément, nous avons analysé les mesures proposées par le Projet de loi n°20 en fonction de l'impact que ces mesures auraient probablement sur les patients et la population en général.

Toute notre pratique professionnelle est axée exclusivement, depuis plus d'une trentaine d'années, dans la défense des droits des usagers du système de santé. Cette pratique est orientée sur la promotion de trois grands objectifs, soit l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins. Nous avons développé dans ce contexte, une pratique particulière de défense des droits de clientèles vulnérables, soit les personnes âgées, les personnes recevant des soins en santé mentale, les personnes handicapées, celles qui vivent avec une déficience intellectuelle et les jeunes. Notre cabinet réalise plus de la moitié des poursuites de la province en responsabilité médicale et hospitalière et fait d'innombrables interventions partout au Québec pour assurer la défense des droits des usagers, en lien avec la plupart des organismes de défense des droits des usagers.

Vous trouverez ci-dessous le résumé de notre analyse du Projet de loi n°20 ainsi que certaines propositions d'amendements qui fournissent un éclairage supplémentaire sur l'effet de ce Projet de loi sur les droits des usagers.

Remarques préliminaires

Avant de procéder à l'examen détaillé du Projet de loi, un certain nombre de remarques préliminaires s'impose pour mieux comprendre notre analyse du Projet de loi. Ces remarques porteront sur les éléments suivants :

- a. Problématique majeure d'accessibilité aux soins;
- b. Une réforme trop limitée;

¹ *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*, Projet de loi, n°20 (Présentation – 28 novembre 2014), 1^{ère} sess., 41^e légis. (QC).

- c. Processus législatif discutable;
- d. Processus de négociation insatisfaisant;
- e. Des modes d'organisation qui ont fait leur temps;
- f. Un débat au-dessus de la tête de la population;

Nous faisons état d'un certain nombre de constats qui peuvent expliquer la situation actuelle afin de permettre la recherche la plus objective possible de solutions aux problèmes des usagers du système de santé. Nous aborderons maintenant chacune de ces remarques.

Problématique majeure d'accessibilité aux soins

Selon nous, l'accessibilité aux services médicaux signifie qu'un patient malade peut accéder à un médecin (autant que possible, le médecin de son choix), dans le délai médicalement utile.

L'accessibilité aux services médicaux de la part des citoyens s'est continuellement détériorée depuis plus d'une dizaine d'années. Elle s'est détériorée à un point tel que le principal problème aujourd'hui n'est plus l'accès à un médecin de famille, mais l'accès à un médecin tout court. L'objectif de doter chaque citoyen du Québec d'un médecin de famille ne répond pas du tout au problème de l'accessibilité. De nombreux québécois ont un médecin de famille, auquel ils ne peuvent accéder dans un délai médicalement utile lorsqu'ils en ont besoin. Avoir un médecin de famille ne suffit pas à régler le problème d'accessibilité, car un certain nombre de médecins de famille sont difficilement accessibles en temps utile. De plus, un pourcentage notable de citoyens au Québec n'a pas besoin d'un médecin de famille pour le moment, ou ne veulent carrément pas s'engager dans cette prise en charge.

Dans un sondage réalisé en octobre 2013 par la firme Léger pour le compte de l'Alliance des patients du Québec, on demandait si, pour les deux dernières années, il était déjà arrivé à la personne sondée de renoncer à des soins en raison des délais pour obtenir un rendez-vous : 49% des 1 500 répondants ont répondu par l'affirmative. 33% s'étaient présentés à la salle d'urgence souvent ou parfois parce qu'ils ne pouvaient obtenir un rendez-vous avec un professionnel de la santé dans un délai ou à des coûts raisonnables. 34% des patients s'étaient déjà fait référer au privé par un médecin ou un autre professionnel du réseau pour obtenir des services qu'ils devaient payer².

De nombreuses régions demeurent encore à ce jour en grave pénurie de médecins, par exemple en Outaouais³. Certaines clientèles ont peu accès à des médecins : les personnes âgées qui sont hébergées dans un établissement de santé, les personnes ayant des

² ALLIANCE DES PATIENTS POUR LA SANTÉ, Rapport de recherche : perception du système de santé pour les patients québécois, octobre 2013, en ligne : <<http://www.alliancepatientssante.org/sondage.php>> [page consultée le 23 février 2015].

³ Voir notamment le reportage de Jérôme Bergeron, « Le déficit de médecins de famille en Outaouais est confirmé par de récentes données » ICI Radio-Canada, 11 septembre 2014, en ligne : <<http://ici.radio-canada.ca/regions/ottawa/2014/09/11/008-penurie-medecins-famille-outaouais-donnees-ministere-sante-2014.shtml>> [page consultée le 23 février 2015].

problèmes de santé mentale, les personnes ayant des problématiques de toxicomanies, les personnes en fin de vie, etc.

Les urgences deviennent encombrées de manière dangereuse pour la sécurité des patients. Nous avons fait de nombreuses poursuites en responsabilité professionnelle pour des complications survenues pendant l'attente à la salle d'urgence. Attendre 10, 15 heures seulement pour voir un médecin de l'urgence est encore une situation trop fréquente. Les soins à domicile demeurent le parent pauvre de la dispensation des soins médicaux.

Les cliniques sans rendez-vous organisent des loteries pour faire tirer les places des patients qui seront vus pendant la journée. La cédule des patients qui seront vus pendant la journée est souvent remplie en moins de quelques minutes le matin. L'attente de 5, 6, 8 heures et plus n'est pas rare dans les cliniques sans rendez-vous. Celles qui sont ouvertes le soir ou les fins de semaines sont rarissimes.

Nous observons depuis quelques années un phénomène tout à fait nouveau dans notre propre pratique, soit les poursuites en responsabilité fondées sur un problème d'accessibilité (décès en liste d'attente, impossibilité d'obtenir une opération en temps utile, etc.).

Les problèmes d'accessibilité au système de santé ne se limitent pas au seul accès à des soins médicaux. De nombreux services ne sont pas accessibles dans des délais acceptables aux citoyens qui en ont besoin, telles les personnes vivant avec une déficience intellectuelle, les personnes âgées, etc. Il existe un problème global d'accès aux services de santé et aux services sociaux.

Ces quelques éléments illustrent bien une partie de la problématique de l'accessibilité, qui est lourde de conséquences, particulièrement lorsque les citoyens renoncent à des soins parce que les délais sont trop importants, car leur condition sera en toute probabilité plus grave ou plus lourde lorsqu'ils seront forcés de consulter et dans un grand nombre de cas, cette consultation se fera à la salle d'urgence de l'hôpital.

Une réforme trop limitée

La première partie du Projet de loi n°20 s'adresse à l'accès aux soins médicaux de première ligne. Or, rien, dans le Projet de loi, ne nous permet d'apprécier la vision du ministre à l'égard des soins de première ligne. L'accès aux soins de première ligne ne concerne pas que les médecins omnipraticiens ni même les soins purement médicaux. Il implique également de nombreux autres professionnels, comme les infirmiers et les infirmières, les pharmaciens, dont il serait pertinent de revoir le champ d'exercice professionnel pour améliorer l'accès aux services de santé. Il implique la révision de certains programmes de soins, comme les soins à domicile, la prise en charge des personnes âgées et des clientèles vulnérables, les services offerts par les CLSC, les services offerts aux clientèles présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, etc. Comme le Projet de loi n°20 ne concerne qu'une partie de la réforme nécessaire en matière de soins de première ligne, il est essentiel, pour

pouvoir apprécier les mesures proposées que la population soit en mesure de comprendre le contexte dans lequel ces mesures s'inscrivent.

De la même façon que cela fut dénoncé au moment du dépôt du Projet de loi n°10 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, nous constatons que la vision globale du ministre relativement à la réforme en matière de santé demeure opaque à tous les niveaux.

Il est essentiel selon nous, qu'avant d'entreprendre des réformes aussi fondamentales quant à l'organisation des soins, la population soit en mesure d'apprécier les propositions qui sont faites par le ministre dans le contexte d'un plan d'ensemble. C'est pourquoi notre première proposition concerne le dévoilement public, par le ministre, de sa vision ou de son plan d'action en matière de santé et des services sociaux. Il faut cesser de discuter des réformes sans saisir le cadre global dans lequel ces réformes s'inscrivent.

Processus législatif discutable

Comme l'ont souligné un grand nombre de commentateurs, le fait d'inclure dans le même Projet de loi des règles relatives à l'accès à des soins médicaux et d'autres se rapportant à la procréation assistée est plus que discutable, car il s'agit de deux sujets totalement distincts. Il aurait été souhaitable de séparer le projet en deux et de faire un débat séparé pour chacun.

Un autre aspect du processus législatif proposé par le Projet de loi n°20 nous apparaît également discutable, particulièrement lorsqu'on cherche à comprendre la portée véritable des changements proposés par le Projet de loi. Tout comme le Projet de loi n°10, adopté récemment, le Projet de loi n°20 délègue des pouvoirs réglementaires très importants au ministre de la santé et des services sociaux. Cela a pour conséquence que la véritable substance de la loi se retrouve dans les règlements, dont la teneur demeure inconnue à ce jour.

Dans les nombreuses entrevues accordées aux médias par le ministre ainsi que dans la lettre ouverte que ce dernier a communiquée aux médecins concernant le Projet de loi n°20, ce dernier a laissé filtrer de nombreuses précisions supplémentaires quant aux mesures comprises dans le texte législatif⁴. Que ce soit des tableaux explicatifs, l'intégration de concepts comme l'accès adapté ou la pondération de la clientèle, le ministre laisse entendre qu'il a déjà une idée bien précise de ce qui sera inclus dans lesdits règlements. L'inclusion de ces précisions dans le Projet de loi permettrait un débat complet et plus transparent.

Ceci est d'autant plus important que le cœur de la loi et sa portée réelle pour les droits des citoyens seront compris dans ces règlements. Or, comme les règlements ne sont pas soumis au débat public, contrairement au Projet de loi, nous croyons que le ministre se

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Lettre ouverte du ministre Gaéтан Barrette aux médecins concernant le PL 20*, 17 décembre 2014;

doit de dévoiler de manière officielle les paramètres précisant les différentes mesures proposées dans le Projet de loi n°20.

Rien dans la procédure parlementaire ne l'empêche d'énoncer de telles orientations, lesquelles pourraient encore être sujettes à changement en fonction des débats parlementaires. Eu égard à l'importance des dispositions réglementaires impliquées, le ministre a un devoir accru de transparence envers la population, les médecins et les patients, afin que tous soient en mesure d'apprécier complètement l'adéquation des mesures proposées.

Processus de négociation insatisfaisant

Pour mieux comprendre la situation, il est également pertinent de constater que le Québec n'a jamais compté autant de médecins qu'à ce jour. Le nombre de médecins a augmenté beaucoup plus rapidement que la population⁵. D'autre part, la rémunération des médecins a fait un bond très important entre les années 2006 et 2015⁶. Jamais les médecins du Québec n'ont été aussi nombreux et aussi bien payés. Pourtant, l'offre de services médicaux diminue, selon les données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Face à un tel constat, quelle est donc la source des problèmes majeurs d'accessibilité aux soins vécus par les usagers ?

L'un des principaux leviers d'organisation et de structuration de l'accessibilité aux soins médicaux se trouve entre les mains du gouvernement du Québec. C'est lui qui négocie avec les deux fédérations médicales, celle des omnipraticiens (FMOQ) et celle des spécialistes (FMSQ), la rémunération des médecins et ce, tant pour les activités intra-hospitalières qu'hors établissement de santé.

La situation actuelle s'explique en bonne partie par l'incapacité du gouvernement d'imposer aux fédérations syndicales médicales une vision de l'accès aux soins médicaux qui permette de satisfaire les besoins de la population tout en répondant aux demandes des médecins. Le gouvernement a cherché à satisfaire la demande de rattrapage salarial des médecins, sans exiger de leur part, des mesures de rattrapage sur l'accessibilité aux services. Il ne semble pas, qu'au fil des années, le ministère de la santé et des services sociaux ait eu une vision appropriée des besoins de la population, tant pour l'accès aux soins médicaux hors établissement que pour les soins médicaux en établissement.

Il est clair que dans les négociations avec les fédérations médicales, les intérêts de la population n'ont pas été bien défendus. La procréation assistée constitue un triste exemple où le gouvernement a très mal défendu les intérêts de la population.

Tenant compte de la situation actuelle et de l'expérience ci-dessus décrite, il n'est plus du tout acceptable pour la population que l'accessibilité aux soins médicaux soit dépendante du résultat des négociations entre les fédérations syndicales et le gouvernement. Les

⁵ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, 2014 et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, 2014.

⁶ *Id.*

normes d'accessibilité aux soins doivent se retrouver dans la loi et dans les règlements et ne doivent plus être négociées avec les syndicats médicaux. Ces mesures d'accessibilité devraient être non-négociables. Les conventions collectives doivent être assujetties à ces mesures d'accès.

Des modes d'organisation qui ont fait leur temps

Les modes d'organisation de soins médicaux que nous avons actuellement existents au Québec depuis près d'une cinquantaine d'années sans jamais avoir connu de changements fondamentaux importants. Ces modes d'organisation ont atteint leur limite en termes de capacité à rendre accessible aux citoyens les services médicaux nécessaires pour répondre aux besoins de la population à des coûts et à des conditions acceptables pour les citoyens. Il faudra profiter rapidement des années à venir pour repenser avec toute l'ouverture d'esprit appropriée les modes d'organisation et de dispensation des soins.

De nombreuses études ont démontré les limites de la rémunération à l'acte tel qu'elle existe aujourd'hui. Ce mode de rémunération a un impact direct sur la réduction de l'offre de services, sans l'expliquer à lui seul. La direction bicéphale du système de santé, malgré toutes les tentatives faites depuis une quarantaine d'années pour en minimiser les effets, contribue toujours à un certain degré d'inefficacité et de déresponsabilisation des médecins et des établissements de santé.

Un débat au-dessus de la tête de la population

Nous constatons que le débat actuel se fait au-dessus de la tête de la population. Alors que nous assistons à une guerre de chiffres entre le ministre et les fédérations médicales, les usagers ne sont pas en mesure de bien saisir les implications réelles du Projet de loi. Le ministre a consacré l'essentiel de son temps à expliquer son Projet de loi aux médecins. Par contre, au niveau de l'ensemble de la population, le débat s'est limité davantage à l'expression de généralités plutôt qu'à une démarche visant à bien expliquer les implications de ce Projet de loi pour les citoyens. Un certain nombre de questions demeure toujours sans réponse.

À titre d'exemple, l'imposition de quotas aux médecins aura-t-elle réellement un impact sur l'accessibilité aux services ? Quel sera l'impact pour l'ensemble des patients, pour les patients vulnérables et pour les patients non inscrits auprès d'un médecin de famille ? Il nous semblerait invraisemblable que le ministère n'ait pas procédé à des études d'impact ou à des projections des résultats de l'application des mesures proposées. Le ministre doit agir dans la plus grande transparence et dévoiler l'ensemble des études d'impact qui ont mené à l'élaboration du Projet de loi n°20. Nous en reparlerons plus loin à l'égard des coûts et de l'impact prévue sur l'accessibilité.

Première partie : Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée

a. Médecins omnipraticiens

L'objectif de la loi est énoncé à l'article 1 du Projet de loi n°20 :

« La présente loi vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée »

L'objectif d'améliorer l'accès tant aux médecins de famille qu'aux médecins spécialistes fait l'unanimité. Du point de vue des usagers, toute mesure qui améliorera l'accès aux services médicaux doit être encouragée. Nous appuyons fortement cet objectif. Ce qu'il faut se demander ici est la question suivante: les mesures établies dans le Projet de loi n°20 pour améliorer l'accès aux services médicaux répondent-elles aux besoins et aux attentes des usagers dans le respect de leurs droits?

Dispositions législatives à l'étude

C'est essentiellement l'article 3 du Projet de loi qui soulève un questionnement quant à la méthode choisie pour améliorer l'accessibilité à la médecine de famille. L'article 4, qui concerne les activités médicales qu'un médecin doit obligatoirement assumer en plus du suivi d'un certain nombre de patients, ne représente pas un changement majeur par rapport à la situation actuelle. Nous ne croyons pas nécessaire de discuter plus amplement des mesures proposées par cet article. Nous nous concentrerons sur l'analyse de l'article 3 du Projet de loi.

« **Article 3.** Tout médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) doit, dans la mesure prévue par règlement du gouvernement, satisfaire aux obligations suivantes :

1° assurer le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients;

2° exercer un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisées par une agence parmi les activités médicales prévues à la liste constituée conformément à l'article 4.

Le règlement du gouvernement peut notamment prévoir :

1° les modalités de suivi de la clientèle;

- 2° le nombre minimal de patients devant être suivis;
- 3° le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être exercées;
- 4° les règles particulières applicables lorsqu'un médecin souhaite exercer des activités médicales dans plus d'une région;
- 5° toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.»

L'article 3 du Projet de loi n°20, cité ci-dessus, prévoit l'imposition aux médecins omnipraticiens qui œuvrent dans le système public, d'une obligation de suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients. C'est que ce que l'on a qualifié de « quotas ». Selon les informations relayées par le ministre, le nombre minimal de patients varierait puisque modulable selon le nombre d'années de pratique des médecins de famille et selon la pondération accordée à chaque patient selon des tables élaborées par le ministre, tout en tenant compte également des activités médicales que le médecin exerce au sens de l'article 4.

Ainsi, selon les données avancées par le ministre, le nombre de patients devant être inscrits annuellement auprès de chaque médecin omnipraticien varierait entre 1000 patients pour les médecins qui cumulent entre 5 et 14 ans de pratique et 1500 patients pour les médecins de 25 à 34 ans de pratique⁷. Sur ce nombre de patients, il faudrait également appliquer une cote de pondération qui viendrait moduler l'obligation des médecins en fonction du type de clientèle. À titre d'exemple, pour chaque patient inscrit en soins palliatifs, on appliquerait une pondération de 4 pour 1 alors que chaque patient vulnérable se verrait attribuer une pondération de 2 pour 1.

Sans s'embarquer dans une guerre de chiffres, nous croyons que l'appréciation de cette obligation d'inscription d'un nombre minimal de patients ne peut qu'être partielle puisque directement tributaire de l'obligation de suivre.

L'obligation de suivre des médecins

Selon les ententes intervenues entre les médecins et le gouvernement du Québec, l'obligation de suivre qui est imposée au médecin correspond aux obligations définies au *Code de déontologie des médecins*⁸.

Le Projet de loi propose d'en définir le contenu par règlement, sans aucun autre paramètre.

⁷ Précité, note 4.

⁸ *Code de déontologie des médecins*, chapitre M-9, r. 17, articles 32 et ss. Voir également RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, Brochure n°1, Manuel des omnipraticiens, *Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, novembre 2014;

Tel que précédemment mentionnée, la définition de cette obligation est l'élément central de la législation pour définir les obligations précises des médecins à l'égard du suivi et le droit des patients en termes d'accès à un médecin qui accepte leur inscription.

Plusieurs scénarios ont circulé dans les médias au sujet de cette définition. Il est impossible de mesurer l'impact réel de la loi sans connaître le scénario qui sera finalement retenu. Nous émettrons quand même une analyse fondée sur l'intégration du concept de « taux d'assiduité » dans l'obligation de suivre, ce qui serait un ajout important au contenu de cette obligation. L'analyse qui suit est tirée du propos du ministre dans sa lettre ouverte adressée aux médecins omnipraticiens⁹.

Selon l'application de ce scénario, pour le patient enregistré sur la liste d'un médecin, il n'en découle aucune obligation pour ce médecin autre que de répondre à une sollicitation éventuelle du patient dans un délai déterminé. Le respect de l'obligation de suivre se résumerait donc, pour le médecin, à répondre à la demande de consultation du patient sans que ce dernier ait besoin de consulter à l'urgence ou dans un autre lieu. C'est ce qu'on appelle le taux d'assiduité. Ainsi, le médecin qui serait sollicité par un patient et qui ne pourrait le recevoir par exemple dans un délai de 48 à 72 heures, obligeant ainsi son patient à consulter un autre professionnel ou à la salle d'urgence, se verrait pénaliser financièrement si un pourcentage substantiel de ses patients ne peut accéder à ses services dans le délai prescrit. Les données quant au délai de réponse exigé du médecin et quant au pourcentage de réponses que devra donner le médecin sont présentement inconnues. Dans l'hypothèse où les paramètres ci-dessus feraient partie de la réglementation, en pratique, si tel est le cas, le médecin qui veut réduire la charge de travail que pourrait lui imposer le respect d'un taux d'assiduité déterminé, tout en protégeant sa rémunération, a donc un intérêt évident à assurer le suivi et la prise en charge d'une clientèle en bonne santé, au détriment de ceux qui ont des besoins médicaux importants et fréquents. Ce processus ne rendra donc pas l'accès aux soins médicaux plus facile aux clientèles plus vulnérables, même avec la pondération pour les clientèles vulnérables. Le caractère réaliste de la pondération pour certaines clientèles vulnérables est loin d'être évident.

Le ministre a discuté de la notion « d'accès adapté » par lequel un médecin gardera une partie de sa plage horaire pour ses patients qui auront besoin de le consulter rapidement. La notion d'accès adapté n'est pas dans la loi. Elle ne peut s'appliquer partout. Rien ne garantit au patient, selon les mesures contenues au Projet de loi, l'accès à un médecin en temps utile. Il faut savoir, lorsqu'on parle « d'accès adapté » s'il s'agit de l'accès adapté à l'horaire des médecins ou à l'horaire du patient. Le patient dont l'accès adapté proposé par le médecin ne lui convient pas générera-t-il une pénalité pour le médecin s'il consulte ailleurs?

La population est en droit de savoir ce que signifie cette obligation de suivi, et plus particulièrement quels sont le cadre général et les modalités de cette obligation de suivre.

⁹ Précité, note 4.

Si la fenêtre à l'intérieur de laquelle le patient peut obtenir un rendez-vous est trop longue pour être médicalement utile (par exemple un délai de 2 semaines), cette obligation de suivre n'aura aucune portée sur l'accès des patients à leur médecin de famille.

Un délai court (par exemple de 48 à 72 heures) est approprié pour des conditions aiguës d'apparition récente (ex : grippe qui dégénère en bronchite). C'est ce court délai, utile et parfois même indispensable pour le patient afin d'éviter une consultation à l'urgence, qui peut être le plus problématique pour le médecin de famille si un trop grand nombre de ses patients le sollicite, même avec l'accès adapté.

Nous avons discuté de ce scénario avec plusieurs médecins, et tous ont eu la même réaction, soit d'orienter leur pratique vers une clientèle qui ne risque pas de leur imposer une sollicitation trop imposante à court terme.

L'établissement d'un nombre minimal de patients (quotas)

Même en considérant les balises qui ont été annoncées par le ministre Barrette en décembre 2014 quant au nombre minimal de patients qui devront à l'avenir être inscrits auprès d'un médecin de famille, il appert qu'il subsistera toujours une problématique d'accès aux soins médicaux de première ligne au Québec. En effet, cette mesure sera nettement insuffisante pour répondre aux demandes de la population, surtout lorsqu'on considère que les quotas seront pondérés pour les cas plus lourds.

La fixation de quotas risque fort de débalancer l'offre et la demande en matière de soins médicaux de première ligne. L'imposition de quotas sous peine de pénalités financières, risque aussi d'entraîner un changement dans la nature de la relation entre le patient et son médecin.

En imposant aux médecins un quota de patients à suivre, il y a effectivement, un très grand risque que les médecins choisissent des patients qui ont peu de problématiques médicales pour réduire les contraintes liées à l'obligation de suivi. Un médecin pourra naturellement chercher à remplir son quota avec le plus grand nombre possible de patients en bonne santé pour protéger son revenu. Les personnes qui auront le plus de difficulté à s'inscrire auprès d'un médecin seront les personnes qui ont le plus besoin et le plus souvent de soins médicaux. L'accessibilité sera encore plus difficile pour ces patients, puisqu'ils devront faire compétition avec des patients en bonne santé. L'exigence de suivre un nombre minimal de patients pourrait aussi se transformer, une fois le quota atteint, en nombre maximal pour le médecin, c'est-à-dire un seuil au-delà duquel le médecin ne voudra plus assurer le suivi de patients supplémentaires.

L'autre risque sérieux est celui que l'on voit se transformer la nature de la relation patient-médecin. Ce sera le médecin qui choisira ses patients, alors que tout le système de santé repose sur le droit fondamental du patient de choisir librement son médecin, sous réserve du droit du médecin de refuser de suivre ce patient pour des raisons très limitées. L'article 2 de la Loi sur l'assurance-maladie est très clair à ce sujet :

«Sous réserve de toute autre disposition législative applicable, rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a une personne qui réside au Québec de choisir le professionnel de la santé par lequel elle désire être traitée ou celle qu'a un tel professionnel d'accepter ou non de traiter une telle personne »¹⁰.

Il faut se poser la question de la compatibilité de ces règles avec le Code de déontologie des médecins, plus particulièrement de l'article 23.¹¹

23. Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature d'une déficience ou d'une maladie ou au contexte dans lequel cette déficience ou cette maladie présentée par ce patient est apparue ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de moeurs, de convictions politiques ou de langue.

Ce processus de quotas risque d'entraîner une compétition entre les patients pour s'inscrire auprès d'un médecin. Il pourrait y avoir également une autre compétition, entre médecins, pour inscrire le plus possible de patients en bonne santé.

Dans les régions en pénurie de médecins, l'attribution de quotas risque aussi de ne pas avoir les effets recherchés. En effet, le médecin qui ne pourrait pas ou ne voudrait pas prendre plus de patients en charge, pourrait simplement accepter une diminution de rémunération, ou trouver, à travers la rémunération à l'acte, des moyens de pallier à la diminution de sa rémunération. Cela n'entraînerait aucune amélioration de la situation des patients.

Un autre problème important pour le patient sera l'exercice effectif du libre choix du médecin. Le patient pourra-t-il à son gré changer de médecin s'il n'est pas satisfait de celui qui le voit? Comment faire pour changer si tous les autres médecins ont rempli leur quota ou ne veulent pas prendre plus de patients malgré une baisse de rémunération? Quel est le scénario pour offrir des services accessibles à ceux qui ne veulent pas s'inscrire auprès d'un médecin ou qui n'ont pu y parvenir? Il existe déjà de nombreuses difficultés administratives pour un patient qui veut changer de médecin en passant par les guichets d'accès.

¹⁰ *Loi sur l'assurance-maladie*, chapitre A-29, art. 2.

¹¹ *Code de déontologie des médecins*, op. cit., note 8, art. 23.

PROPOSITION :

P-1 : Clarifier les droits du patient à l'égard de l'inscription et du changement de médecin à la demande du patient.

Problématiques d'accès pour les patients non-inscrits

Le Projet de loi ne propose rien pour les patients qui ont besoin de soins médicaux de première ligne et qui ne seront pas inscrits auprès d'un médecin de famille. Il est à craindre que ces patients rencontreront des difficultés d'accès encore plus importantes que celles qui existent à l'heure actuelle suite à l'adoption du Projet de loi n°20 tel qu'actuellement proposé.

Atteinte à la qualité des soins

L'organisation de la pratique médicale sous forme de quotas de patients, ajoutée au maintien de la rémunération à l'acte, risque aussi de faire primer le volume sur la qualité des soins. Il est essentiel que chaque patient qui entre dans un bureau de médecin soit en droit de s'attendre à ce que le médecin prenne tout le temps qu'il faut pour s'occuper de son cas.

Accès à un médecin de première ligne dans un délai médicalement utile

Rien dans le Projet de loi n°20 tel que déposé ne concerne la problématique de l'accessibilité quant aux heures d'accessibilité aux médecins en dehors des heures ouvrables, soient les soirs, les fins de semaine et les jours fériés. Pourtant, afin d'éviter que les usagers ne se rendent à la salle d'urgence, il serait primordial d'aborder de front cette problématique qui constitue un aspect fondamental de l'accessibilité aux soins. Il faudrait par exemple, que l'accès adapté obligatoire prévoit des plages horaires d'accessibilité en dehors des heures ouvrables.

Restructuration de la pratique médicale

Depuis son dépôt, le Projet de loi a fait l'objet d'un grand nombre d'interventions de médecins et de groupes de médecins de milieux de pratiques très variés, particulièrement à l'égard des clientèles vulnérables. Un grand nombre de médecins ont annoncé ou prévu de réorienter leur pratique vers des clientèles moins lourdes pour satisfaire des exigences de quotas et préserver leur rémunération. D'autres ont annoncé qu'ils prendraient leur retraite plus rapidement. Par ailleurs, beaucoup de jeunes médecins semblent vouloir reconsidérer leur choix de s'orienter vers la médecine familiale. Sauf à penser que l'ensemble de ces médecins *bluffent* ou ne tiennent ce discours que par frustration, il est extrêmement inquiétant pour les usagers d'assister à ce flot continu de mauvaises nouvelles qui risquent d'altérer davantage l'accessibilité aux soins.

PROPOSITION :

P-2 : Définir, dans la loi plutôt que dans les règlements, le contenu de l'obligation de suivre, incluant le suivi des clientèles non inscrites, le suivi en dehors des heures ouvrables, le suivi de clientèles vulnérables.

b. Médecins spécialistes

Dispositions législatives à l'étude

Le Projet de loi est nettement moins exigeant pour les médecins spécialistes et les mesures proposées vont davantage dans le sens des intérêts des usagers, sous réserve des remarques que nous formulerons après avoir examiné les propositions. Les conditions de pratique actuelles des médecins spécialistes découlent d'ententes entre la Fédération des médecins spécialistes et le gouvernement du Québec.

L'article 10 du Projet de loi oblige un médecin spécialiste à recevoir un nombre minimal de patients, déterminé par règlement, autres que des patients admis dans le centre hospitalier, qui lui sont référés par un médecin omnipraticien ou un autre professionnel de la santé visé par règlement.

L'article 11 prévoit que le spécialiste appartenant à certaines spécialités visées par règlement doit assurer, en tant que médecin traitant, la prise en charge et le suivi médical d'usagers admis dans le centre hospitalier. Cette obligation peut être assumée par un groupe de médecins.

De plus, tout spécialiste exerçant en centre hospitalier sera obligé d'assurer, au service d'urgence du centre hospitalier, le suivi des demandes de consultation remises entre 7h et 17h, à l'intérieur du délai qui sera fixé par règlement.

Il devra également dispenser des services spécialisés ou surspécialisés aux usagers inscrits à son nom depuis plus de six mois sur la liste préparée par l'établissement, selon la proportion et toute autre modalité prévue par règlement du gouvernement.

L'ensemble de ces mesures représente des gains plus intéressants pour les usagers que les mesures proposées pour les omnipraticiens.

La première obligation, celle de recevoir en consultation un nombre minimal d'usagers référés par un médecin omnipraticien ou autre professionnel de la santé, devrait augmenter l'offre de services et l'accès au médecin spécialiste.

La deuxième mesure vise à ramener le médecin spécialiste dans un rôle de traitant. Dans beaucoup d'hôpitaux, les spécialistes n'ont actuellement qu'un rôle de consultant. Cela pourra dégager plus d'omnipraticiens pour la première ligne tout en permettant au patient une prise en charge et un suivi plus spécialisé. Cependant, ce ne sont que les médecins des spécialités visées par règlement qui pourront faire une telle prise en charge.

L'obligation de répondre rapidement aux demandes de consultation à la salle d'urgence devrait améliorer un peu le service et réduire un peu les délais d'attente à la salle d'urgence.

Enfin, l'obligation de dispenser des services aux personnes qui sont sur la liste d'attente depuis plus de six mois constitue également une mesure pour améliorer l'accès aux services.

L'organisation des soins médicaux au sein des établissements

Les nouvelles mesures proposées pour favoriser l'accès aux médecins spécialistes sont bienvenues mais elles sont révélatrices d'une faille majeure qui existe depuis longtemps dans l'organisation de l'accès aux soins médicaux et qui explique en bonne partie les problèmes d'accessibilité, de qualité et de sécurité des soins médicaux à l'intérieur d'un établissement.

Il est incompréhensible qu'en 2015, il faille adopter une loi pour obliger, dans un centre hospitalier, un médecin spécialiste à répondre à une demande de consultation reçue entre 7h et 17h dans un délai déterminé, pour obliger un spécialiste à voir des patients qui sont depuis plus de six mois sur sa liste d'attente, de prendre en charge des patients comme médecin traitant ou de répondre à un plus grand nombre de demandes de consultation.

Avec le Projet de loi 20, c'est le ministre de la Santé qui, de fait, établirait les règles de fonctionnement pour chaque centre hospitalier du Québec. C'est lui qui définirait pour quelles spécialités les obligations prévues par la loi s'appliqueraient. En pratique, le ministre interviendrait donc dans le fonctionnement des salles d'urgence, dans la gestion des listes d'attente, dans les demandes de consultations, etc.

Ainsi, les mesures du Projet de loi n°20 quant aux médecins spécialistes donnent le contrôle de l'organisation de la pratique médicale au ministre quant à la mise en œuvre de l'encadrement de la pratique médicale. Le ministre se retrouve dans la position d'être un super directeur de services professionnels pour l'ensemble des activités médicales qui se déroulent en établissement dans la province de Québec. Il faut se demander quelle responsabilité demeurerait entre les mains des CISSS et autres établissements à l'égard du contrôle de la pratique médicale sur ces questions.

Il existe depuis le tout début de la prise en charge du système de santé par l'état, des difficultés permanentes d'arrimage entre les impératifs de la pratique médicale et ceux des établissements à l'égard de la gestion de leurs ressources et du contrôle des coûts qui leur sont imposés. Ceci génère des conflits permanents où les médecins reprochent aux

établissements de ne pas mettre à leur disposition les ressources nécessaires pour traiter leurs patients, tandis que les établissements reprochent aux médecins de ne pas utiliser les ressources de manière adéquate.

Il est inconcevable que les patients fassent encore aujourd'hui les frais du conflit qui oppose la profession médicale, non soumise au contrôle des établissements, à la direction de ceux-ci. En effet, en maintenant le mode actuel d'organisation de la pratique médicale au sein des établissements, le Projet de loi n°20 alimente les problématiques de gestion bicéphale, où chacun tient l'autre responsable de l'incapacité de l'organisation à répondre adéquatement aux besoins des patients. Il serait souhaitable de mettre fin à cette direction bicéphale, afin d'offrir à la population de chaque territoire d'un Centre intégré de santé et de services sociaux, une offre de services médicaux qui réponde mieux aux besoins de la population.

La bureaucratie

Dans un contexte de réformes visant à réduire la bureaucratie dans le système de santé, il faut se questionner sur le développement de la bureaucratie qui sera nécessaire pour évaluer le respect du taux d'assiduité des médecins de famille et du taux de conformité des médecins spécialistes, ainsi que gérer les contestations inévitables des médecins concernés.

Les coûts

Accroître l'offre de services médicaux entraîne automatiquement un accroissement des coûts. Dans le cas des spécialistes, c'est carrément une augmentation de leurs activités qui est imposée. La population a besoin de comprendre les évaluations des coûts des mesures proposées. Si elles doivent composer avec une augmentation des coûts, il faudrait savoir quelle stratégie sera développée pour éviter que les usagers n'en fassent les frais, comme c'est le cas pour la procréation assistée.

PROPOSITIONS :

P-5 : Réexaminer, dans le cadre d'un débat plus large, les modes d'organisation des établissements de santé afin de favoriser leur capacité de mieux répondre à l'ensemble des besoins des citoyens, incluant les besoins médicaux.

P-6 : De façon plus large, réexaminer de façon plus fondamentale l'intérêt d'un Plan d'action national portant sur l'accès à l'ensemble des composantes du réseau de la santé.

Deuxième partie : Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée

a) Objectifs de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée¹²

La LACRMPA avait trois objectifs principaux, soit les mêmes que visaient les tentatives précédentes d'encadrement de la procréation assistée¹³, c'est-à-dire :

- « *Protéger la santé des personnes et plus particulièrement celle des femmes ayant recours à des activités de procréation assistée et celle des enfants qui en sont issus (...)* »¹⁴;
- Encadrer les « *activités cliniques et de recherches en matière de procréation assistée de manière à assurer une pratique de qualité, sécuritaire et conforme à l'éthique* »¹⁵;
- « *Favoriser l'amélioration continue des services en cette matière* »¹⁶;

La mise en œuvre du Projet de loi a reposé sur une entente intervenue entre le gouvernement et la Fédération des médecins spécialistes du Québec quant aux modalités de financement public du programme de procréation assistée. La loi fut sanctionnée le 19 juin 2009 et est entrée en vigueur le 5 août 2010.

Face aux inquiétudes soulevées quant aux coûts du programme, lesquels dépassaient nettement les prévisions, ainsi qu'à certaines difficultés de nature éthique et autres relatives à l'implantation du programme, le ministre de la santé et des services sociaux d'alors, docteur Réjean Hébert, a demandé au Commissaire à la santé et au bien-être de procéder à une analyse du programme et de formuler des recommandations. Le rapport du Commissaire a été publié le 6 juin 2014. Le Collège des médecins du Québec a procédé également à une analyse de certains aspects du programme et a produit un rapport qui a été remis au ministre, mais qui n'a pas encore été rendu public à ce jour. Il semble que ce sont ces documents qui sont à la base du Projet de loi n° 20 relativement à la procréation assistée. Nous demandons formellement au ministre de rendre public le rapport du Collège des médecins sur le programme de procréation assistée afin d'alimenter le débat de façon éclairée.

¹² Chapitre A-5.01, ci-après « LACRMPA ».

¹³ QUÉBEC, Assemblée nationale, *Journal des débats. Affaires du jour, 1ère sess., 37e légis., 14 avril 2005 (Mme Louise Harel) et QUÉBEC, Assemblée nationale, Journal des débats. Affaires du jour, 1ère sess., 38e légis., 4 juin 2008 (M. Éric Caire et M. Bernard Drainville).*

¹⁴ Précité, note 14, art. 1 al. 1.

¹⁵ *Id.*

¹⁶ *Id.*

b) Le Projet de loi n°20 et la procréation assistée

Le 28 novembre dernier, le ministre de la santé et des services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, a présenté à l'Assemblée nationale le Projet de loi n°20, soit la *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*.

Nous nous concentrerons ci-dessous sur la section portant sur la procréation assistée

Objectifs du Projet de loi n°20

Ce Projet de loi vise à modifier la LACRMPA afin de baliser l'accès aux traitements de procréation assistée et de réviser l'intégralité du programme d'accès et de remboursement des services de procréation médicalement assistée.

Problématiques générales

Le ministre de la santé et des services sociaux qualifie le programme de procréation assistée actuel de bar ouvert, portant à l'attention des citoyens que les coûts de financement du programme ont explosé, majoritairement en raison de la demande de services en matière de procréation assistée plus importante que prévue. Nous croyons que le ministre a partiellement raison sous la réserve que le bar ouvert l'était également pour les médecins impliqués et les cliniques privées.

Le Projet de loi propose deux grandes catégories de mesures :

- a) L'établissement de balises en matière de procréation assistée
- b) La réduction considérable de la prise en charge financière par l'État de la procréation assistée

L'examen des documents pertinents permet de constater que le programme de procréation assistée découlant de l'adoption de la loi en 2009 a été mis sur pied sans encadrement ni balises dignes de ce nom¹⁷, qu'à peu près aucune forme de contrôle sérieuse n'a été exercée par les autorités appropriées et que des fonds public importants y ont été engloutis au bénéfice principalement des cliniques privées et des médecins impliqués dans cette activité. De plus, les critiques de l'actuel ministre de la santé et des services sociaux, alors président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le 13 juillet 2010 confirment la rapidité avec laquelle le programme a été mis en place :

¹⁷ Voir notamment GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Avis détaillé sur les activités de procréation assistée au Québec*, Québec, Publications du Québec, 2014, p.154 où le Commissaire mentionne que le programme a entre autre été implanté de manière précipitée, sans les données pouvant le soutenir ni l'encadrement nécessaire.

« Jamais un programme de santé publique de cet ordre n'aura été mis en place d'une façon aussi rapide et bousculante pour l'organisation du réseau de la santé du Québec »¹⁸.

Cette absence d'encadrement et de contrôle est imputable aux autorités gouvernementales. Par ailleurs, les médecins et les cliniques privées impliqués ont profité du laxisme des autorités de contrôle pour alourdir considérablement le fardeau financier supporté par l'État. Ce programme est devenu le pire exemple d'une activité privée financée à même les fonds publics.

Nous considérons que les restrictions considérables introduites par le Projet de loi n° 20 quant à la prise en charge financière par l'État ont pour effet de punir les usagers qui pourraient encore, même avec des balises, profiter de la procréation assistée. En effet, les modifications proposées par le Projet de loi n° 20 ont pour résultat de rendre les usagers responsables de l'incompétence des gestionnaires publics et des abus incontrôlés des cliniques privées.

La limitation de l'accès aux activités de procréation assistée

Les balises proposées par le ministre de la santé et des services sociaux dans le Projet de loi n°20 tendent davantage à limiter l'accès aux activités de procréation assistée plutôt qu'à baliser ce dernier afin de répondre aux besoins des usagers¹⁹.

Le Projet de loi est beaucoup plus restrictif que les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être qui constituaient selon nous un compromis acceptable entre la situation actuelle et celle proposée par le Projet de loi n° 20. Par exemple, le Projet de loi interdit toute forme d'activité de fécondation *in vitro* chez une femme âgée de moins de 18 ans ou de plus de 42 ans alors que le Commissaire à la santé et au bien-être recommande que « *les cliniques devraient adopter unanimement un moratoire relativement à la FIV au-delà de 42 ans pour les femmes utilisant leurs propres ovules* »²⁰ dans l'attente de lignes directrices consensuelles.

Par ailleurs, l'article 3 de la partie 2 du Projet de loi, portant sur la procréation assistée, confère au Collège des médecins le soin d'élaborer des lignes directrices en matière de procréation assistée, sur demande du ministre. Cette demande peut notamment porter sur la manière de prendre en compte les taux succès lors du choix de traitement, sur les techniques les moins invasives à privilégier en fonction de ce qui est médicalement indiqué, ainsi que sur les facteurs de risques pour la santé de la mère et de l'enfant des activités de procréation assistée.

Nous sommes d'avis que plutôt que d'émettre des conditions cliniques d'accès aux traitements de procréation assistée, il aurait été préférable que le législateur reçoive les lignes directrices publiées par le Collège des médecins. Celles-ci permettraient de

¹⁸ Docteur Gaéтан Barrette, président de la FMSQ, 13 juillet 2010.

¹⁹ Voir notamment les articles 10.1 et 10.2 que vise à introduire l'article 3 du Projet de loi n°20.

²⁰ Précité, note 20, p. 132.

réévaluer les coûts prévisibles du programme et de décider, dans le contexte d'un débat public, l'étendue de la couverture qui devrait être assumée par l'État.

La recherche d'économies par la réduction de la couverture des services de procréation assistée assumée par l'État

L'élément le plus important du Projet de loi n° 20 est de réduire les dépenses de l'État en matière de procréation assistée en retirant du panier de services couverts par la Régie de l'assurance-maladie la très grande majorité des activités de procréation assistée, que seul un nombre minime de personnes est en mesure de se procurer sans devoir assumer de lourdes obligations financières ou éventuellement emprunter et hypothéquer leur résidence. L'État impose ainsi un fardeau financier plus lourd à la population pour diminuer ses dépenses.

Les seules activités assumées par les fonds publics se retrouvent à l'article 13 du Projet de loi, soit les services d'insémination artificielle qui sont rendus par un médecin ainsi que les services requis à des fins de la préservation de la fertilité déterminés par règlement et qui sont rendus par un médecin. Cet article prévoit :

« 13. L'article 3 de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29) est modifié par le remplacement du paragraphe e du premier alinéa par les suivants :

*« e) les services d'insémination artificielle qui sont rendus par un médecin;
« f) les services requis à des fins de préservation de la fertilité, déterminés par règlement, qui sont rendus par un médecin ».*

De plus, l'idée énoncée publiquement du ministre de la santé et des services sociaux d'établir un crédit d'impôt progressif, idée n'apparaissant aucunement dans la Projet de loi n°20, aura un impact négatif sur l'accessibilité des usagers aux activités de procréation assistée, notamment parce que les usagers devront déboursier en premier lieu pour les services, ce que ne peut se permettre une grande partie de la population, et recevront un crédit d'impôt qui ne couvre pas l'ensemble des frais.

Or, en éliminant la couverture publique des activités de procréation assistée, à deux exceptions près, le gouvernement oblige un grand nombre de personnes à faire une croix sur leur rêve de devenir parent en raison de l'importance des coûts liés aux activités de procréation assistée qu'ils devront désormais assumer et ce, malgré la promesse du ministre de la santé et des services sociaux de mettre en place un crédit d'impôt progressif.

Atteintes aux droits fondamentaux

Nous sommes d'avis que certaines dispositions que vise à ajouter le Projet de loi n°20 à la LACRMPA ont un fort potentiel discriminatoire en ce qu'elles imposent une distinction fondée sur l'âge, l'orientation sexuelle et le statut social, contrairement à l'article 15 de

la Charte Canadienne et l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne*²¹, ci-après « Charte québécoise ».

Nous invitons fortement le gouvernement à se questionner sur le potentiel discriminatoire de ces dispositions, plus particulièrement quant aux articles 10.1 et 10.2.

Les prohibitions liées à l'âge de la femme peuvent aussi être discriminatoires en vertu de l'article 10 de la Charte québécoise et porter atteinte aux droits de la femme à la liberté et à la sécurité de sa personne prévus à l'article 7 de la Charte canadienne.

Certaines dispositions du projet de loi nous semblent poser des problèmes de conformité avec l'article 7 de la Charte canadienne des droits, notamment à l'égard du droit à la femme à la liberté et la sécurité de la personne.

La limitation du droit à l'information de l'usager

L'article 3 du Projet de loi n°20 prévoit l'ajout à la LACRMPA de l'article 10.6 qui interdit aux personnes travaillant dans le domaine de la santé ou des services sociaux de diriger une personne vers une clinique de procréation assistée située hors du Québec dans l'objectif que cette dernière y reçoivent des soins de procréation assistée contraires aux normes prévues par la loi ou par le règlement à être adopté.

Il est important de rappeler qu'au Québec, la jurisprudence et le droit reconnaissent qu'une personne doit recevoir de son médecin toute l'information pertinente pour prendre une décision libre et éclairée. Un usager doit ainsi recevoir tous les renseignements quant aux traitements, soins et alternatives possibles.

De plus, en vertu de l'article 4 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*²², ci-après « LSSSS », toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux, ainsi que des modalités d'accès à ces services et ces ressources. Si un établissement ne peut dispenser certains services, il doit diriger les personnes vers un autre établissement ou une autre personne qui dispensent ces services.

Ainsi, nous sommes d'avis que l'article 10.6 contrevient au droit à l'information et au consentement libre et éclairé prévu notamment au *Code civil du Québec* et au *Code de déontologie des médecins*²³.

Par exemple, l'article 3 du Projet de loi empêche les femmes de plus de 42 ans d'obtenir de l'information sur la fécondation *in vitro* et ce, même si elles sont prêtes à défrayer les coûts en lien avec le processus. Conséquemment, un médecin ne pourra plus conseiller adéquatement sa patiente de plus de 42 ans.

²¹ RLRQ c. C-12.

²² Chapitre S-4.2

²³ Chapitre M-9, r. 17, art. 6, 7, 32, 35.

Cette disposition nous ramène à l'époque où la diffusion d'information au sujet de la contraception et de l'avortement était interdite. Va-t-on aussi voir une clandestinité et un trafic d'informations sur la procréation?

AMENDEMENT PROPOSÉ :

A-1 : Retirer l'article 10.6 du Projet de loi n°20.

Recommandations

Nous vous invitons à prendre connaissance des recommandations qui suivent.

PROPOSITION :

P-7 : Rendre public le rapport du Collège des médecins du Québec faisant état des problématiques de conflits d'intérêts et d'abus par les professionnels quant au programme de fécondation assistée.

P-8 : Attendre la production du guide de pratiques médicales en matière de procréation assistée du Collège des médecins afin de déterminer les balises d'accès au programme.

P-9 : Maintenir le financement public des activités de procréation assistée pour les personnes dont les traitements sont médicalement requis ou socialement nécessaires en conformité avec le guide de pratiques médicales qui sera produit par le Collège des médecins.

P-10 : Réévaluer le potentiel discriminatoire des diverses dispositions que vise à introduire le Projet de loi n°20.

P-11 : Définir ce qui constitue un motif raisonnable permettant au médecin de croire que le Projet parental risque de compromettre la sécurité ou le développement de l'éventuel enfant et d'ainsi exiger que la ou les personnes constituant un Projet parental obtiennent une évaluation psychosociale positive.

P-12 : Établir un mécanisme de révision des évaluations psychosociales négatives afin de prendre en compte l'évolution possible de la situation psychosociale de la ou des personnes formant un Projet parental.

P-13 : Établir les critères qui doivent être pris en compte lors de l'évaluation psychosociale.

Conclusion

Le problème de l'accessibilité aux soins médicaux nécessite une réponse beaucoup plus large et approfondie que ce que le projet de loi n°20 propose. Pour régler le problème d'accessibilité aux soins médicaux, il faut aller beaucoup plus loin et remettre en question des approches aussi fondamentales que le mode de rémunération des médecins, le contrôle et l'organisation de la pratique médicale par les établissements de santé, l'organisation des soins à domicile, la prise en charge des clientèles vulnérables, etc. C'est pourquoi nous considérons qu'il faut revoir de manière plus générale le fonctionnement de notre système de santé et enfin se doter d'une vision globale pour guider les réformes de fond nécessaires qui sont à venir.

Le Projet de loi 20, tel que formulé, fait porter le risque de la réforme sur les épaules des patients. Nous n'avons, à ce jour, aucune donnée, étude d'impact, projection ou autre qui laisse voir que les quelques 3.3 millions de québécois qui ne sont pas inscrits présentement auprès d'un médecin auront un accès plus facile une fois la loi entrée en vigueur. Nous ne savons pas non plus si les quelques cinq millions de québécois inscrits présentement auprès d'un médecin pourront accéder aux services de ce médecin dans le délai médicalement utile. La réforme proposée, si bien intentionnée soit-elle, présente des risques réels de ne pas améliorer l'accessibilité aux soins et plus encore, de la réduire pour certaines clientèles. Il faut repenser l'approche et les moyens sans perdre de vue le diagnostic et l'objectif qui, eux, nous apparaissent appropriés.

Annexe 1 : Listes des propositions et amendements

PROPOSITIONS

- P-1 : Dévoiler publiquement les paramètres complétant les mesures prévues aux articles 3, 4, 10 et, 11 et 12 du Projet de loi n°20.
- P-2 : Clarifier les droits du patient à l'égard de l'inscription et du changement de médecin à la demande du patient.
- P-3 : Modifier le Projet de loi n°20 afin d'y inclure des mesures générales permettant l'accès à des services médicaux de première ligne pour les personnes qui ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille et qui nécessitent des soins cette nature.
- P-4 : Inclure une disposition législative dans le Projet de loi n°20 prévoyant une mesure pour permettre l'accès aux soins médicaux de première ligne à l'extérieur des heures « ouvrables » traditionnelles, soit les soirs, les fins de semaine et les jours fériés.
- P-5 : Réexaminer, dans le cadre d'un débat plus large, les modes d'organisation des établissements de santé afin de favoriser leur capacité à mieux répondre à l'ensemble des besoins des citoyens, incluant les besoins médicaux.
- P-6 : De façon plus large, réexaminer de façon plus fondamentale l'intérêt d'un Plan d'action national portant sur l'accès à l'ensemble des composantes du réseau de la santé.
- P-7 : Rendre public le rapport du Collège des médecins du Québec faisant état des problématiques de conflits d'intérêts et d'abus par les professionnels quant au programme de procréation assistée.
- P-8 : Attendre la production du guide de pratiques médicales en matière de procréation assistée du Collège des médecins afin de déterminer les balises d'accès au programme.
- P-9 : Maintenir le financement public des activités de procréation assistée pour les personnes dont les traitements sont médicalement requis ou socialement nécessaires en conformité avec le guide de pratiques médicales qui sera produit par le Collège des médecins.
- P-10 : Réévaluer le potentiel discriminatoire des diverses dispositions que vise à introduire le Projet de loi n°20 en matière de procréation assistée.
- P-11 : Définir ce qui constitue un motif raisonnable permettant au médecin de croire que le Projet parental risque de compromettre la sécurité ou le développement de

l'éventuel enfant et d'ainsi exiger que la ou les personnes constituant un Projet parental obtiennent une évaluation psychosociale positive.

P-12 : Établir un mécanisme de révision des évaluations psychosociales négatives afin de prendre en compte l'évolution possible de la situation psychosociale de la ou des personnes formant un Projet parental.

P-13 : Établir les critères qui doivent être pris en compte lors de l'évaluation psychosociale.

AMENDEMENTS

A-1 : Retirer l'article 10.6 du Projet de loi n°20.