
MÉMOIRE À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi no 20, Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

Le 24 mars 2015



Table des matières

Table des illustrations	3
Résumé	5
Introduction	6
La mission d'un CHU	7
Le CHUM et ses particularités	8
Les soins et services cliniques	8
Le corps professionnel du CHUM	9
L'enseignement	9
La recherche	10
Section 1 : accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée	10
Potentiels et enjeux liés au projet de loi 20 pour le CHUM.....	10
L'accès aux soins et services, de la médecine de famille aux soins surspécialisés : une pratique diversifiée, des mesures à pondérer	10
Les pratiques spécifiques en médecine de famille.....	11
La médecine d'urgence	11
L'accès à un médecin spécialiste.....	13
Mission clinico-académique des médecins enseignants et chercheurs.....	13
La pratique dans un CHU	13
La référence en consultation spécialisée	14
Une approche de groupe : vers un plan de pratique favorisant la vie académique.....	14
Recommandations pour l'accès aux services médicaux	15
Section 2 : modification de diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.	16
Le programme québécois de procréation assistée (PQPA)	16
Les services de procréation médicalement assistée au CHUM	16
Compétences de l'équipe surspécialisée	17
Performance de la CPA dans le contexte du PQPA	18
Infrastructures : clinique, biomédicale, informationnelle	19
Dépistage pré-implantatoire / risque viral.....	19
Recherche en PMA	20
Enjeux du projet de loi 20 pour les services de PMA.....	20
Des balises incohérentes avec l'état des meilleures pratiques en matière de PMA	21
Protéger les acquis cliniques, académiques et scientifiques	22
Recommandations pour les services de PMA.....	22
Conclusion	23

Table des illustrations

Illustration 1 : Répartition des ressources humaines du CHUM 2013-2014	9
Illustration 2 : Répartition des visites à l'urgence par niveau de priorité au triage	12
Illustration 3 : taux de naissances vivantes par transfert d'embryon (FIV stimulée) 2012-2013	18
Illustration 4 : taux de naissances multiples (FIV stimulée) 2012-2013	18
Illustration 5: taux d'implantation (FIV stimulée) 2012-2013	19

Le présent mémoire fait état des consultations auprès des membres du conseil d'administration, de la table des chefs de départements hospitaliers et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Il est soumis à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec par :

Monsieur Jean-Claude Deschênes, président du conseil d'administration
Docteur Jacques Turgeon, président-directeur général

Note

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Résumé

Nous souscrivons à l'objectif général visé par le projet de loi d'«optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée ».

Néanmoins, en son état actuel, le projet de loi présente des limites qui nous apparaissent difficilement conciliables avec une partie des tâches liées à la mission académique des médecins enseignants et chercheurs œuvrant au CHUM, qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes. Nous estimons que des modalités particulières devraient être convenues pour reconnaître l'œuvre globale des médecins enseignants et chercheurs.

Pour l'ensemble des médecins, il faudrait prévoir une modulation du calcul des cibles à partir d'une pondération qui reconnaît les exigences de prise en charge des clientèles vulnérables et complexes ; l'environnement de pratique; la pratique en centre hospitalier universitaire (CHU) et ce qu'elle comporte : les missions d'enseignement, de recherche, de promotion de la santé et d'évaluation des technologies tant pour les spécialistes que les médecins de famille; les particularités de la médecine d'urgence et son exercice en tant que spécialité.

Il faudrait également prévoir un règlement qui inclut des modalités favorisant une approche de groupe. Et, enfin, pour les médecins spécialistes exerçant dans un CHU, reconnaître dans les cibles volumétriques à atteindre, les demandes de consultations spécialisées provenant d'autres spécialistes.

En matière de services publics de procréation médicalement assistée (PMA), nous reconnaissons que des balises soient nécessaires à la lumière de l'expérience des premières années de mise en œuvre du Programme québécois de procréation assistée (PQPA). Le CHUM bénéficie d'un historique de plus de 45 ans d'activités liées à la fertilité et a été un partenaire de la première heure du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Sa position de leader clinico-académique en la matière lui permet donc de discuter de manière éclairée des balises appropriées, qui doivent prendre en compte d'une part les besoins de la population - avec toutes les nuances éthiques requises - et, d'autre part, l'état d'avancement des connaissances et des pratiques en médecine de la reproduction, lesquelles sont tributaires d'une vitalité scientifique à protéger, le tout évidemment dans le contexte de la viabilité économique du PQPA.

Ainsi, nous demandons au ministère de procéder à des modifications au projet de loi 20 en reconnaissant que l'accès au dépistage pré-implantatoire (DPI) doit être au moins maintenu, voire facilité de manière urgente dans le système public et en maintenant la disponibilité de la fécondation *in vitro* (FIV) pour l'ensemble des couples infertiles du Québec afin de permettre l'exercice de la PMA conformément aux guides de bonnes pratiques.

Nous sommes convaincus que des mesures d'économies sont possibles dans le cadre du PQPA sans sacrifier sur la qualité, sur la sécurité et sur les fondements d'une médecine du plus haut niveau scientifique pour l'ensemble de la population. Nous recommandons des travaux d'évaluation spécifiques sur cette question et nous sommes prêts à soutenir le MSSS dans cet important exercice en mettant à contribution les experts du CHUM.

Introduction

Nous remercions la Commission de la santé et des services sociaux de nous offrir l'occasion d'exprimer le point de vue du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) au sujet du projet de loi 20 (PL20).

Nous tenons à préciser d'entrée de jeu que nous souscrivons à l'objectif général visé par le projet de loi d'«optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée »¹. En tant que représentants d'un CHU, nous sommes conscients que des améliorations doivent être apportées à l'arrimage et à la coordination de la pratique médicale avec la réalité de gestion du réseau de la santé, afin d'offrir à la population québécoise les meilleurs services de santé, accessibles et prodigués par des professionnels du plus haut calibre. Nous entendons contribuer à cette démarche de manière constructive.

Nous sommes convaincus qu'une meilleure hiérarchisation des services avec la première ligne nous permettra de mieux jouer notre rôle de CHU, consacré à sa mission de soins et services surspécialisés, en partenariat avec les milieux de deuxième et de première ligne. Nous croyons en outre que les principes présentés dans le PL20 nous permettront de poursuivre un dialogue favorisant la mise en place de plans de pratique de la médecine académique - visant une approche de groupe - travaux amorcés de longue date dans notre institution.

Néanmoins, en son état actuel, le projet de loi présente des limites qui nous apparaissent difficilement conciliables avec une partie des tâches liées à la mission académique des médecins enseignants et chercheurs œuvrant au CHUM, qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes. Nous sommes préoccupés que le projet de loi passe à toutes fins pratiques cette importante mission sous silence. Nous estimons que des modalités particulières devraient être convenues pour reconnaître l'œuvre globale des médecins enseignants et chercheurs.

Il nous apparaît également risqué de ne présenter que des mesures paramétriques pour encadrer la pratique de la médecine, particulièrement dans le but de motiver la productivité. À notre sens, la seule approche volumétrique mettrait à risque la pratique de nos collègues généralistes qui doivent consacrer du temps de qualité aux patients et à leur famille sans en être pénalisés. En outre, cette approche pourrait avoir un effet indésirable de ne pas favoriser d'une part, la prise en charge de patients complexes aux prises avec de nombreuses comorbidités et de favoriser d'autre part, l'accès d'une population plutôt en bonne santé. Cette situation pourrait entraîner par ailleurs la multiplication de gestes cliniquement peu pertinents et une escalade de surdiagnostic. Les médecins omnipraticiens sont des partenaires essentiels à l'équilibre des forces de notre réseau de santé, dont la pratique doit être valorisée et soutenue pour exprimer le plein potentiel de la hiérarchisation des soins et services.

Par ailleurs, il faudra trouver le moyen de reconnaître la pertinence de consultations entre médecins spécialistes de la deuxième ligne vers la troisième ligne ou entre spécialistes dans les cibles des médecins spécialistes qui œuvrent dans les CHU. Cette pratique est fondamentale pour l'exercice de la meilleure médecine surspécialisée : les médecins spécialistes doivent pouvoir unir leurs forces pour traiter les patients les plus complexes de notre société.

¹ Assemblée nationale du Québec, Projet de loi no 20 - Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, p.5

Tout au long du présent mémoire, nous évoquerons diverses perspectives de pondération pour illustrer nos recommandations. Nous n'avons pas la prétention de proposer une méthodologie unique, ou une recette de calcul. Plusieurs experts se sont déjà prononcés sur ces questions. Nous souhaitons formuler des éléments de pondération qui sont autant de pistes qui, nous l'espérons, permettront de nuancer l'approche volumétrique proposée dans le PL20, afin que celle-ci prenne en compte les divers contextes de la pratique médicale.

En matière de services publics de procréation médicalement assistée (PMA), nous reconnaissons que des balises soient nécessaires à la lumière de l'expérience des deux premières années de mise en œuvre du Programme québécois de procréation assistée (PQPA). Le CHUM bénéficie d'un historique de plus de 45 ans d'activités liées à la fertilité et a été un partenaire de la première heure du MSSS. Sa position de leader clinico-académique en la matière lui permet donc de discuter de manière éclairée des balises appropriées, qui doivent prendre en compte d'une part les besoins de la population - avec toutes les nuances éthique requises - et, d'autre part, l'état d'avancement des connaissances et des pratiques en médecine de la reproduction, lesquelles sont tributaires d'une vitalité scientifique à protéger, le tout évidemment dans le contexte de la viabilité économique du PQPA.

Nous présentons dans ce mémoire une première section sur l'analyse des bénéfices et des limites du PL20 en ce qui concerne l'accès aux services de médecine de famille et aux services spécialisés pour le CHUM et nous présenterons nos recommandations à la commission.

Dans une seconde section sont présentées les questions soulevées par le PL20 concernant les modifications de diverses dispositions législatives en matière de procréation médicalement assistée, ainsi que nos recommandations.

La mission d'un CHU

Il y a cinq centres hospitaliers universitaires au Québec. Ceux-ci sont les piliers de l'enseignement, de la pratique de la clinique universitaire et de la recherche médicale. Ils contribuent en outre comme établissements publics et comme citoyens corporatifs, au développement socio-économique du Québec.

Le CHUM est le principal centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal. Il offre prioritairement des soins et des services surspécialisés à une clientèle adulte régionale et suprarégionale. Il œuvre en synergie et en complémentarité avec les autres établissements affiliés à l'Université de Montréal et avec les autres CHU du Québec.

Innovateur et exemplaire, doté d'un centre de recherche qui le distingue, le CHUM se démarque comme pôle unique de développement, de mise en pratique et de transfert des connaissances à travers ses activités intégrées de soins, de recherche, d'enseignement, d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, et de promotion de la santé.

En mettant le patient au cœur de son action, le CHUM agit en étroite collaboration avec lui et ses proches. Il fournit les meilleurs soins et joue un rôle déterminant dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise.

Les facultés de médecine du Québec ont partagé avec cette commission la valeur qu'elles accordent à leurs milieux de formation et au rôle essentiel qu'ils jouent dans la réalisation du mandat facultaire et aux contraintes externes auxquelles ils font face :

«L'enseignement est une mission essentielle remplie par la profession médicale. Il est pris en charge à la fois par les médecins en pratique clinique et par des médecins qui donnent des prestations d'enseignement et qui participent aux différentes facettes de la vie et de la gestion des programmes universitaires en médecine et en sciences de la santé. Il est soumis à une variété d'exigences et de normes de qualité qui sont similaires dans toutes les facultés canadiennes et reconnues par les organismes d'agréments nord-américains.

La formation en médecine spécialisée est dispensée dans des milieux cliniques qui sont eux aussi des milieux de soins, de formation et de recherche, et des milieux d'innovation dans les modèles d'organisation de services.»²

Cette réalité des CHU apporte une richesse inestimable aux milieux de formation et cristallise un lien tangible entre plusieurs ministères (MSSS, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche, des sciences et des technologies (MESRST), pour ne nommer que ceux-ci) dont les actions, si elles ne sont pas concertées, peuvent avoir des impacts directs et indirects dramatiques sur leur capacité d'honorer pleinement leurs responsabilités. Il nous importe de rappeler que ces responsabilités reposent en grande partie sur les épaules des médecins enseignants et chercheurs.

Le CHUM et ses particularités

Les soins et services cliniques

Le CHUM est le principal centre hospitalier de l'Université de Montréal. Il est situé en plein cœur de Montréal et, de ce fait, il a développé des créneaux d'expertise qui prennent en compte, et sont le reflet, d'une médecine urbaine.

«Montréal présente un contexte de vie urbain qui la distingue des autres régions du Québec et dont les particularités peuvent influencer la santé et le bien-être de ses résidents ainsi que l'organisation des services sous plusieurs aspects. Le quart de la population québécoise, soit 1,9 million de personnes y habite et des centaines de milliers de personnes y viennent chaque jour pour y travailler, y étudier, y obtenir des services ou se divertir. [...]

L'attractivité des grands centres urbains comme Montréal, conjuguée à un certain anonymat et à une offre de services diversifiée, accentue la concentration de certains groupes de personnes vivant dans une grande précarité ou dans la marginalité. [...]

La proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu est nettement supérieure à Montréal (29 %) que pour l'ensemble du Québec (13 %). Lorsque l'on compare les grandes villes canadiennes entre elles, c'est à Montréal que cette proportion est la plus élevée.»³

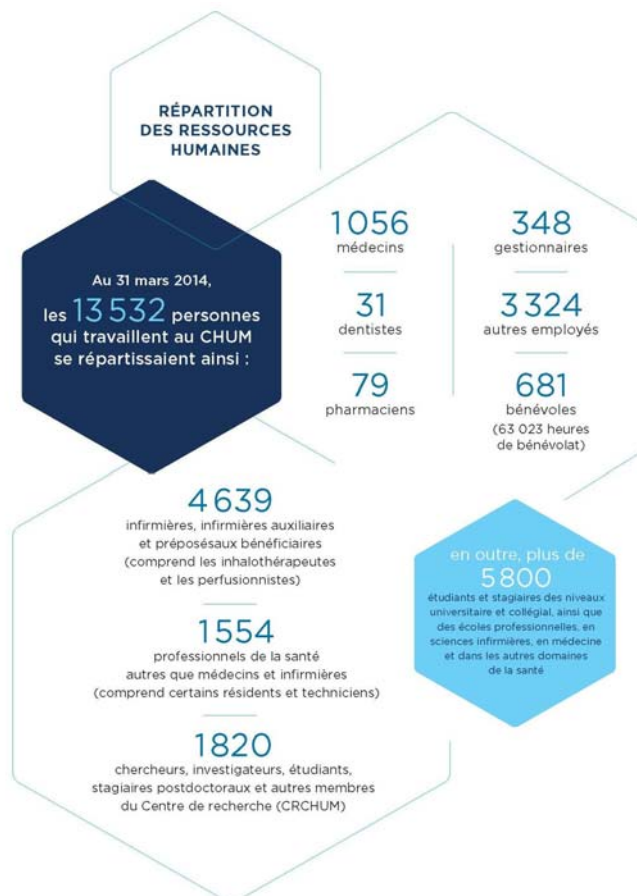
Cette réalité requiert un corps professionnel œuvrant à la fois sur des problèmes de santé complexes et, dans un contexte particulier, dû à son environnement urbain, sur des problèmes de société complexes. Conséquemment, bien qu'il offre des soins de santé généraux par le biais de la médecine d'urgence, le CHUM est d'abord et avant tout un centre hospitalier universitaire, offrant des services spécialisés et ultraspecialisés à une clientèle régionale et suprarégionale et s'inscrit, à ce titre, dans une approche visant **la complémentarité des établissements** de santé pour la prise en charge optimale des besoins de la population québécoise.

² Mémoire des doyens des facultés de médecine à la commission parlementaire sur la santé et les services sociaux pour l'étude du PL20, février 2015

³ Mémoire du comité de travail « Une métropole en action », à la commission parlementaire sur la santé et les services sociaux pour l'étude du PL10, octobre 2014

Le corps professionnel du CHUM

L'équipe de médecins du CHUM se compose de médecins spécialistes (83%) et de médecins de famille (17%) qui ont développé une spécialisation particulière (exemple : médecine d'urgence, toxicomanie, soins palliatifs, obstétrique, clinique de la douleur). Cette équipe médicale contribue à l'écosystème clinico-académique de l'établissement en ayant une prestation de clinique, d'enseignement et de recherche. Œuvre également à l'accomplissement de cette mission l'ensemble des cliniciens de toutes disciplines (illustration 1). Bien que tous les professionnels poursuivent le même objectif d'offrir les meilleurs soins aux patients, au bon moment et avec le bon niveau de service, pour le contexte des travaux liés au projet de loi 20, nous concentrerons notre analyse sur la fonction médicale.



En effet, l'ensemble de ces cliniciens a à cœur d'offrir les meilleurs soins et services à la population et souhaite que les patients puissent avoir accès, au moment opportun, au niveau de service requis. Des efforts majeurs sont consentis au quotidien pour soutenir une pratique hiérarchisée dans le réseau et pour que les patients évitent des délais d'attentes importants pour des soins qui pourraient être apportés ailleurs que dans un CHU.

Ces activités consistent entre autres au transfert de connaissances des spécialistes, toutes disciplines confondues, du CHUM vers leurs collègues d'autres organisations de première ou de deuxième ligne ou au soutien à distance, voire à de l'accompagnement par l'émission d'avis ponctuels pour la prise en charge de leur patients. Mentionnons à titre d'exemples le soutien aux médecins de famille pour la prise en charge des patients qui vivent avec de la douleur chronique, ou le soutien pour la prise en charge régulière des patients greffés, etc.

Illustration 1 : Répartition des ressources humaines du CHUM 2013-2014

L'enseignement

Le CHUM est un pôle majeur du réseau hospitalo-universitaire de l'Université de Montréal (UdeM) en médecine adulte. La faculté de médecine de l'UdeM et son CHU s'enorgueillissent, avec raison, d'offrir le plus large éventail d'enseignement en spécialités médicales au Canada⁴. L'enseignement au CHUM s'inscrit dans un processus continu d'apprentissage qui s'échelonne de la formation initiale au développement professionnel continu. La totalité de ses médecins ont une charge d'enseignement et, bon an mal an, le CHUM accueille plus de 6000 étudiants et stagiaires qui se destinent à faire carrière dans le domaine de la santé.

⁴ Portrait de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Page consultée le 17 mars 2015. (En ligne)
[URL] <http://medecine.umontreal.ca/faculte/portrait-de-la-faculte/>

La recherche

Avec ses activités de recherche de pointe en recherche fondamentale, en recherche clinique et en santé des populations, le CHUM est le vaisseau amiral du développement de la recherche en santé au sein de l'UdeM. Le centre de recherche du CHUM regroupe sur un site unique les plus récentes installations technologiques, une expertise clinique pointue, des laboratoires bien équipés, et de nombreuses sommités de la recherche. Ses chercheurs contribuent de manière significative à l'avancement des connaissances dans la compréhension des maladies, leur prévention, leur traitement et leur prise en charge, ainsi que dans les politiques de santé et l'organisation des soins et services. Les chercheurs du CHUM produisent plus de 650 publications scientifiques annuellement et nombre d'entre eux sont des chefs de file dans leur domaine au plan international.

SECTION 1 : ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Potentiels et enjeux liés au projet de loi 20 pour le CHUM

Nous reconnaissons qu'il y a des enjeux sérieux d'accès aux services de médecine de famille et spécialisée au Québec. Certaines pistes de solution sont proposées dans le PL20. Ces propositions, appliquées avec les nuances requises, dans le respect de la diversité des milieux de pratique et la reconnaissance des principaux acteurs de cette réforme, permettent de concevoir des voies d'amélioration. Pour y parvenir, il y a encore beaucoup de travail à faire.

Certains éléments du projet de loi 20, tels qu'ils sont formulés et indépendamment des règlements qui pourraient venir les nuancer ultérieurement, présentent des risques pour notre population de patients traités et notre mission de centre hospitalier universitaire.

Le plein potentiel de cette réforme nous apparaît tributaire d'un ensemble de mesures d'amélioration du PL20, basées sur les trois principes suivants :

1. Développer une pondération adéquate, qui reconnaît notamment la diversité des clientèles, des contextes, des activités clinico-académiques;
2. Reconnaître la pratique exceptionnelle de la médecine surspécialisée dans les CHU qui requiert des demandes de consultations entre spécialistes;
3. Favoriser une approche de groupe plutôt qu'une approche individuelle.

L'accès aux soins et services, de la médecine de famille aux soins surspécialisés : une pratique diversifiée, des mesures à pondérer

Une amélioration de l'accès aux soins et services de santé, grâce à une meilleure prise en charge des patients : 1) par les médecins de famille en amont et en aval de l'épisode de soins hospitaliers et 2) par les médecins spécialistes, lors de l'hospitalisation et pour la consultation spécialisée **est primordiale**. Le PL20 a le mérite d'apporter un cadre concret pour ouvrir le dialogue et pour amener les corps professionnels et les établissements à se pencher sur cette question.

Pour atteindre ces objectifs, il nous apparaît toutefois essentiel d'introduire dans le texte du PL20 et dans sa réglementation, un ensemble d'indicateurs visant à mesurer de manière adéquate et équitable les

activités médicales pratiquées dans un CHU. Une approche basée uniquement sur le volume est incompatible avec la réalité et les exigences d'un CHU.

La pondération devrait tenir compte minimalement des facteurs suivants :

1. La complexité des cas traités dans les CHU qui peuvent notamment être documentés par l'application de l'indice de Charlson⁵ sur les comorbidités ;
2. Les exigences académiques du milieu de pratique : il est généralement reconnu qu'une pratique médicale entourée d'externes et de résidents exige plus de temps pour le médecin enseignant;
3. L'environnement de pratique qui comprend la réalité démographique et les enjeux socio-économiques qui y sont reliés, l'indice de Pampalon⁶ peut soutenir la documentation de ce facteur;
4. Le cas particulier de la médecine d'urgence, son obligation de moyen, de performance et son intensité dans un contexte de pratique spécifique à temps complet⁷;
5. Les activités de recherche, de promotion de la santé et d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé qui ne peuvent être associées à des indicateurs de volumétrie basés sur le nombre de patients vus en consultation

Les pratiques spécifiques en médecine de famille

Nous estimons que le PL20 devrait prévoir des aménagements pour la reconnaissance de pratiques spécifiques pour l'ensemble des médecins de famille (exemple : toxicomanie, soins palliatifs, obstétrique, clinique de la douleur) et de surcroît, pour les médecins de famille exerçant majoritairement dans un CHU. Leur implication spécialisée auprès de la clientèle vulnérable requiert une pondération au même titre que les activités académiques et en plus de celle-ci. **Une approche purement volumétrique constitue un risque pour la poursuite de ces activités qui seront en forte croissance au cours des prochaines années eu égard aux exigences démographiques de la société québécoise qui est vieillissante et à la prévalence des maladies chroniques qui augmentent le taux de comorbidité.** La complémentarité des médecins omnipraticiens spécialisés avec les autres corps professionnels est essentielle mais les omnipraticiens demeurent la pierre angulaire de cette importante prise en charge.

La médecine d'urgence

Selon le modèle actuel⁸, les urgences du CHUM sont ouvertes pour l'ensemble de la population, sur un horaire de 24/7. Les coûts d'opération de ces salles d'urgences et l'impact de leur engorgement sont importants pour la population québécoise. En matière d'urgence ou de perception d'urgence, nul ne peut reprocher à un patient ou à ses proches d'avoir estimé qu'il avait besoin de soins urgents. Pour le CHUM et pour les patients qui se présentent à ses urgences, à défaut d'avoir accès à des cliniques répondant aux besoins sur des heures étendues et pendant les fins de semaines, cela représente 33%⁹ de la population qui fréquente ses services d'urgence pour des besoins qui sont catégorisés lors du triage de niveau priorité 4

⁵ Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987 ; 40 : 373-83.

⁶ Pampalon, Robert, & Raymond, Guy. (2003). Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être. Santé, société et solidarité (1), 191-208.

⁷ Association des médecins d'urgence du Québec, mémoire présenté à la commission sur la santé et les services sociaux pour l'étude du PL20, février 2015.

⁸ Dans le contexte de la réforme du réseau de la santé, présentée dans la loi 10, les CHU n'ont plus de responsabilité populationnelle ou territoriale. Cette évolution pourrait amener à revoir les mécanismes de consommation des services d'urgence dans les CHU.

⁹ Source: Fichier des NIRRU du MSSS 2012-2013 (pour les niveaux d'accès), Gestion de l'information – DQÉPPS, 28 novembre 2014

(P4) ou 5 (P5) sur une échelle de 1 (le plus urgent, par exemple : un infarctus du myocarde) à 5 (le moins urgent, par exemple : un renouvellement d'ordonnance).

**Visites aux urgences du CHUM 2013-2014
par niveau de priorité au triage**

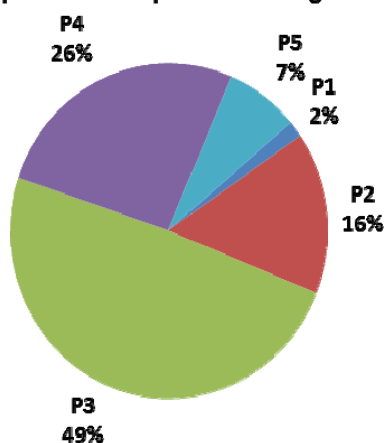


Illustration 2 : Répartition des visites à l'urgence par niveau de priorité au triage

Nous pensons qu'une meilleure offre de services pour cette population particulière, qui consulte aux urgences d'un hôpital à défaut d'avoir accès à un service plus adéquat, peut être envisagée dans la foulée des travaux du PL20.

Les exigences de la prise en charge de la médecine générale dans le PL20, conjuguées avec les mesures de réorganisation du réseau de la santé, visant notamment une amélioration de l'offre des établissements, devrait permettre une amélioration significative de l'engorgement des urgences dans les CHU. Le PL20 doit ouvrir un dialogue concerté sur cette question.

La disponibilité de spécialistes en milieu hospitalier pour traiter les besoins d'urgences en soutien aux urgentologues nous apparaît essentielle. L'article 12 du PL20 va exactement dans le sens des travaux au CHUM pour les délais de consultation dans une situation d'urgence. Nous estimons que ces balises viendront renforcer les efforts déjà consentis.

Enfin, la médecine d'urgence est une spécialisation médicale. Cette spécialisation appelle également des activités académiques comme de l'enseignement et de la recherche pour les urgentologues exerçant dans un CHU. **L'exigence de patients suivis en consultation proposée par le PL20 est incompatible avec la pratique de la médecine d'urgence à temps complet.** Le CHUM compte sur les services de 170 médecins généralistes. 47 de ceux-ci ont une pratique majoritaire à l'urgence et pratiquent sur ses différents sites, en équipe avec 7 médecins spécialistes qui ne sont pas des omnipraticiens. Ces médecins enseignants et chercheurs ont une lourde charge de travail et répondent aux besoins de plus de 110 000¹⁰ patients par année.

¹⁰ Source: Fichier des NIRRU du MSSS 2012-2013 (pour les niveaux d'accès), Gestion de l'information – DQÉPPS, 28 novembre 2014

L'accès à un médecin spécialiste

Nous endossons sans réserve la position présentée à l'article 12 du PL20 concernant l'accès à une consultation spécialisée dans un délai maximum de six mois. Nous estimons que cette mesure viendra soutenir favorablement les travaux amorcés au CHUM en ce qui concerne la gestion des listes d'attentes. Cette position serait toutefois bonifiée par un processus qui soutiendrait une évaluation de la pertinence clinique des demandes de consultation spécialisées.

Mission clinico-académique des médecins enseignants et chercheurs

En premier lieu, nous tenons à redire notre inquiétude du fait que la mission essentielle des médecins enseignants et chercheurs, à la fois auprès de la population et des étudiants en médecine, ne soit pas particularisée dans les mesures de productivité proposées dans le PL20.

Il nous apparaît essentiel de reconnaître formellement l'ensemble des activités liées à la pratique du médecin enseignant et chercheur et de développer des facteurs ou des mécanismes de pondération de la mission académique (enseignement, recherche, promotion de la santé, évaluation des technologies et modes d'intervention et fonction médico-administrative) en regard de la charge requise tant pour les spécialistes que pour les omnipraticiens. Les principes de fonctionnement en groupe ouvrant la porte à l'établissement de plan de pratique, reconnus dans le PL20 pour les spécialistes, devraient également être ouverts pour les médecins de famille enseignants qui œuvrent dans les groupes de médecine de famille universitaires. Il en va de notre capacité collective à préserver la richesse de notre réseau d'enseignement de la médecine, voire de l'ensemble des professions de la santé.

La pratique dans un CHU

Il nous semble important de prévoir une possibilité de moduler les engagements pour les médecins des CHU car l'incitatif à la volumétrie pour les consultations peut nuire à l'implication intra-hospitalière et à l'intégration des activités académiques et des pratiques innovantes. Cette contribution des médecins à l'organisation, à son développement et à son épanouissement permet de maintenir une approche cohésive qui est essentielle notamment au soutien des grandes transformations du réseau.

Cet engagement sert également les centres secondaires et primaires pour la prise en charge de leurs patients. Les CHU sont notamment au cœur, avec les facultés de médecine, des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) dont ils sont fiduciaires par la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux (LSSSS) et pour lesquels ils soutiennent le développement et la diffusion de pratiques exemplaires¹¹. À titre d'exemple, les travaux menés par les *comités diagnostique et thérapeutique pour le cancer* (CDTC) (*tumor board*) où un groupe de spécialistes se penche sur un cas particulier pour étudier le meilleur traitement. Les CHU ont des missions particulières qu'il sera important de reconnaître et de préserver. La reconnaissance du rôle particulier des médecins œuvrant dans un CHU est une condition essentielle.

¹¹ La mission des RUIS, conformément à la LSSS est de « favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements pour chaque territoire de desserte que détermine le ministre de concert avec le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, un réseau universitaire intégré de santé. » (LSSS, Art. 436.1).

La référence en consultation spécialisée

À titre de centre surspécialisé, il nous apparaît incontournable de reconnaître les consultations provenant de médecins spécialistes de centres secondaires vers des centres tertiaires et à l'intérieur des centres tertiaires. Il nous semble qu'il s'agit là d'une bonne pratique, visant la qualité et le meilleur usage des ressources du réseau de la santé. Le PL20 énonce que seules les références par les omnipraticiens ou par un autre professionnel de la santé sont comptabilisables. **Cette mesure, pourrait nuire grandement aux efforts de transfert d'activités vers les régions et à la hiérarchisation des soins.** Elle pourrait également nuire aux efforts de complémentarité de l'offre de soins et services surspécialisés, incitant indirectement des établissements à développer des créneaux spécialisés et surspécialisés qui engendreraient d'une part des coûts importants en équipement et en main d'œuvre et, d'autre part, un risque pour la qualité des soins en étalant les masses critiques de patients requises pour maintenir l'excellence des pratiques.

La qualité de la prestation surspécialisée d'un CHU et les exigences de la pratique complexe qui y est exclusivement développée – avec les activités académiques afférentes - pour le bénéfice de l'ensemble du réseau sont menacées par cette mesure. La pratique surspécialisée dans un CHU est presque essentiellement basée sur la complémentarité des expertises des divers spécialistes : à l'intérieur même du CHU, entre CHU ou en équipe avec les spécialistes des établissements de 2^e ligne qui réfèrent leurs cas trop complexes au CHU. **Il est nécessaire de reconnaître et de comptabiliser les références provenant de spécialistes dans le contexte particulier des CHU.**

Une approche de groupe : vers un plan de pratique favorisant la vie académique

Le PL20 permet d'envisager un cadre de discussion favorisant pour la médecine académique, l'élaboration d'un plan de pratique qui répondrait aux exigences de la reddition de compte individuelle ou collective, tel qu'exprimé à l'article 11.

En effet, l'établissement d'un plan de pratique pour soutenir équitablement les activités clinico-académiques d'un groupe de médecins est un outil incontournable dans un Centre hospitalier universitaire. Cette approche collective par laquelle les médecins adoptent :

«...une vision commune [...] où les revenus provenant de l'enseignement, de la recherche, des soins cliniques et autres activités professionnelles sont en fonction de règles de distribution propres à chaque département/service [...]. Ce partage des tâches et des revenus favorise le travail d'équipe et assure une répartition équitable des revenus entre les membres d'une communauté de pratique (département ou service) dans un contexte de répartition inégale des tâches du point de vue de la rémunération, étant donné que les activités cliniques restent, par unité de temps, nettement plus lucratives que les activités d'enseignement, de gestion et de recherche.»¹²

La direction du CHUM et sa table des chefs travaillent activement, en concertation avec la direction de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, à favoriser le développement de cette approche. **Les principes de reddition de comptes, liés à une pratique de groupe ou d'exemptions pour la médecine spécialisée, présentés dans le PL20 viendront influencer favorablement ces travaux. Il est toutefois essentiel que ces principes s'appliquent aussi aux médecins omnipraticiens.**

¹² Présentation interne de la direction des services professionnels du CHUM, 2013

RECOMMANDATIONS POUR L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX

Compte tenu des potentiels et des enjeux identifiés dans le projet de loi 20 dans le contexte particulier du CHUM, de sa mission et de son rôle dans le réseau de la santé, nous présentons à la commission un ensemble de recommandations qui visent à améliorer la précision et les nuances du texte de celui-ci afin de permettre l'impact le plus significatif de cette réforme pour la population, dans le respect des acquis et des forces du patrimoine médical du Québec.

Ainsi, nous demandons au ministre de procéder à des modifications au projet de loi 20, à savoir:

- 1) Pour l'ensemble des médecins, prévoir une modulation du calcul des cibles à partir d'une pondération qui reconnaît à la fois :
 - a) Les exigences de prise en charge des clientèles vulnérables et complexes ;
 - b) L'environnement de pratique, spécifiquement : la médecine urbaine ajoutant un coefficient de vulnérabilité important;
 - c) La pratique médicale en CHU et ce qu'elle comporte : les missions d'enseignement, de recherche, de promotion de la santé et d'évaluation des technologies tant pour les spécialistes que les médecins de famille;
 - d) Les particularités de la médecine d'urgence et son exercice en tant que spécialité;
- 2) Prévoir un règlement qui inclut pour les centres universitaires, des modalités favorisant une approche de groupe, comme le développement de plan de pratique académique tant pour les médecins omnipraticiens que pour les médecins spécialistes;
- 3) Pour les médecins spécialistes exerçant dans un CHU, reconnaître dans les cibles à atteindre les demandes de consultations spécialisées provenant d'autres spécialistes.

SECTION 2 : MODIFICATION DE DIVERSES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE.

Le programme québécois de procréation assistée (PQPA)

Le gouvernement du Québec a entrepris en 2010 la révision du cadre légal du Québec concernant la procréation médicalement assistée (PMA) et a mis en œuvre en 2012 le Programme québécois de procréation assistée (PQPA), illustrant sa volonté de développer un réseau public de cliniques de fertilité.

« Toutes les femmes du Québec qui sont en âge de procréer et qui possèdent une carte d'assurance maladie valide peuvent accéder aux traitements de procréation assistée.

Bien que la loi ne prévoie pas de limite d'âge prédéterminée pour l'accessibilité au programme, la décision relève du jugement clinique du médecin traitant. C'est aussi au médecin que revient la décision de procéder ou non au traitement selon la condition physique et psychosociale de la personne, en plus de considérer le bien-être du bébé à naître. À cet effet, il peut demander une consultation auprès d'une équipe multidisciplinaire qui l'aidera dans son analyse et sa prise de décision.

La gratuité des traitements et le remboursement des médicaments sont en vigueur depuis le 5 août 2010.»¹³

Trois sites de procréation assistée ont été désignés par le MSSS: le CHUM, le centre universitaire de santé McGill (CUSM), le CHU Ste-Justine (CHUSJ). Ils sont soutenus par des centres régionaux, pour mettre en place ce réseau public dans les meilleures conditions de succès possible.

Dans le cadre du projet de loi 20, le gouvernement du Québec souhaite revoir diverses dispositions législatives liées à la PMA pour mieux encadrer ses pratiques cliniques et académiques et pour mettre à jour, en tenant compte des résultats du PQPA après deux ans d'activités et des coûts du programme, le niveau de prise en charge de la PMA par l'État.

La position de leader clinico-académique du CHUM en matière de PMA permet de discuter de manière éclairée des balises appropriées, lesquelles doivent à notre sens prendre en compte d'une part les besoins de la population et d'autre part, l'état d'avancement des connaissances et des pratiques en médecine de la reproduction, lesquelles sont tributaires d'une vitalité scientifique à protéger, le tout évidemment dans le contexte de la viabilité économique du PQPA.

Les services de procréation médicalement assistée au CHUM

Il existe une histoire de pratique spécialisée en procréation médicalement assistée au CHUM depuis près de 45 ans. En effet, la toute première clinique de fertilité du CHUM a été créée dès le début des années 1970. Au fil des ans et du développement des connaissances et de la spécialité, le CHUM a maintenu certains services de fertilité de niveau primaire et secondaire au sein de son département d'obstétrique et de gynécologie jusqu'à la mise en place de la clinique de procréation assistée (CPA) actuelle qui offre, depuis 2012, des services complets.

Dans le cadre du PQPA, compte tenu des expertises déjà présentes, le CHUM s'est vu confier la mission d'établir une clinique de procréation assistée (CPA) offrant des services de troisième et quatrième lignes. La

¹³ <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-quebecois-de-procreation-assistee/admissibilite/>

mise en place de la CPA du CHUM n'aurait pu se faire sans l'appui et le soutien privilégié du MSSS dès les débuts du projet.

Le CHUM a été désigné pour devenir le corridor de service du premier centre hospitalier régional à adhérer au programme, le CSSS de Trois-Rivières¹⁴. Enfin, la CPA du CHUM s'est vue confier par le MSSS l'établissement d'une plate-forme biomédicale permettant la prise en charge des couples séro-discordants. Notons que la CPA du CHUM est le seul centre au Canada doté d'un laboratoire d'embryologie dédié à cette activité particulière.

Aujourd'hui, la CPA du CHUM est un acteur essentiel du programme public de procréation assistée. On estime que 300 familles ont pu accueillir un nouvel enfant grâce aux trois premières années d'activité. Le CHUM compte à ce jour plus de 1000 cycles de fécondation par année. Par l'intensité et la qualité de ses activités clinico-académiques, la CPA participe activement à chacune des cinq missions du CHUM : les soins, l'enseignement, la recherche, la promotion de la santé et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Compétences de l'équipe surspécialisée

La CPA du CHUM est dirigée par une équipe de médecins spécialistes, professeurs-chercheurs, chevronnée : Dr Jacques Kadoch, directeur médical et Dr Nicola Dean, responsable du laboratoire d'embryologie, qui a permis au CHUM d'établir une clinique de fertilité qui est comparable, après moins de quatre années d'exercice, aux meilleurs centres internationaux.

Les services tertiaires et quaternaires offerts par la CPA du CHUM sont dispensés par une équipe médicale qui a reçu sans exception une formation reconnue en fertilité. Notons que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA) ont établi que l'endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité (EGRI) requiert une formation de deux années après une résidence complète en obstétrique-gynécologie. Ceci est un gage de la qualité du service rendu et de sécurité pour les patients.

Les membres de l'équipe interdisciplinaire (médecins endocrinologues, urologues et généticiens, infirmières et les professionnels des services sociaux - psychologues et travailleuse sociale) de la CPA ont également reçu une formation complémentaire et spécifique en fertilité.

L'équipe clinique de la CPA du CHUM est devenue fonctionnelle très rapidement grâce notamment à une équipe para clinique composée d'embryologistes et d'andrologistes qualifiés, respectant les standards établis, et en mesure de combler les besoins actuels et futurs. Ces professionnels travaillent de concert avec les spécialistes en médecine de la reproduction pour établir et assurer le bon fonctionnement des laboratoires d'embryologie et d'andrologie. Ils répondent aux normes et recommandations de sociétés savantes nationales et internationales pour offrir un service respectant ces normes de bonne pratique. Ces scientifiques (PhD ou MSc) participent également au contrôle de qualité, essentiel pour offrir un service de qualité.

¹⁴ Le CSSS de Trois-Rivières, désigné centre affilié universitaire (CAU), a une mission académique importante. Il héberge le campus régional de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal où les étudiants de médecine peuvent compléter le cursus de formation complet, incluant la résidence en médecine de famille.

Performance de la CPA dans le contexte du PQPA

Les derniers résultats officiels comparant les statistiques du CHUM aux registres canadiens CARTR 2012¹⁵ et BORNplus 2013¹⁶ démontrent que, malgré sa création relativement récente, les performances des résultats en FIV sont comparables à celles des meilleures cliniques selon les données probantes publiées.

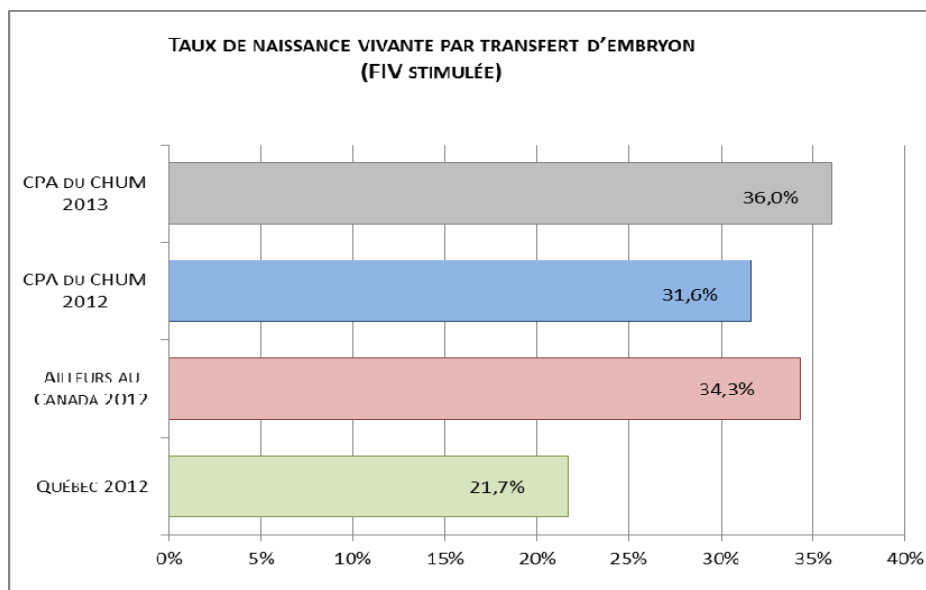


Illustration 3 : taux de naissances vivantes par transfert d'embryon (FIV stimulée) 2012-2013

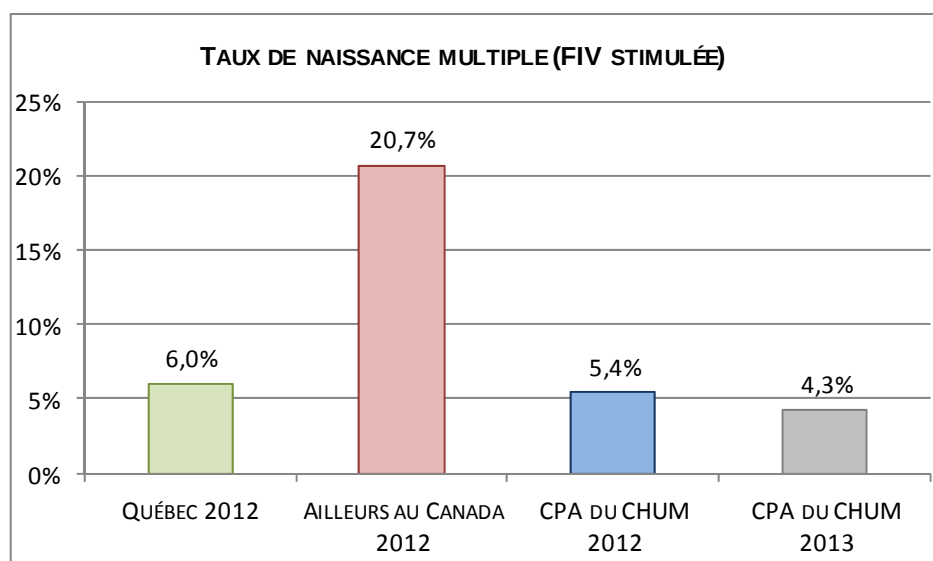


Illustration 4 : taux de naissances multiples (FIV stimulée) 2012-2013

¹⁵ Canadian Assisted Reproductive Technologies Register (CARTR), 2012 Final Report

¹⁶ Canadian Assisted Reproductive Technologies Register (CARTR), 2013 Final Report

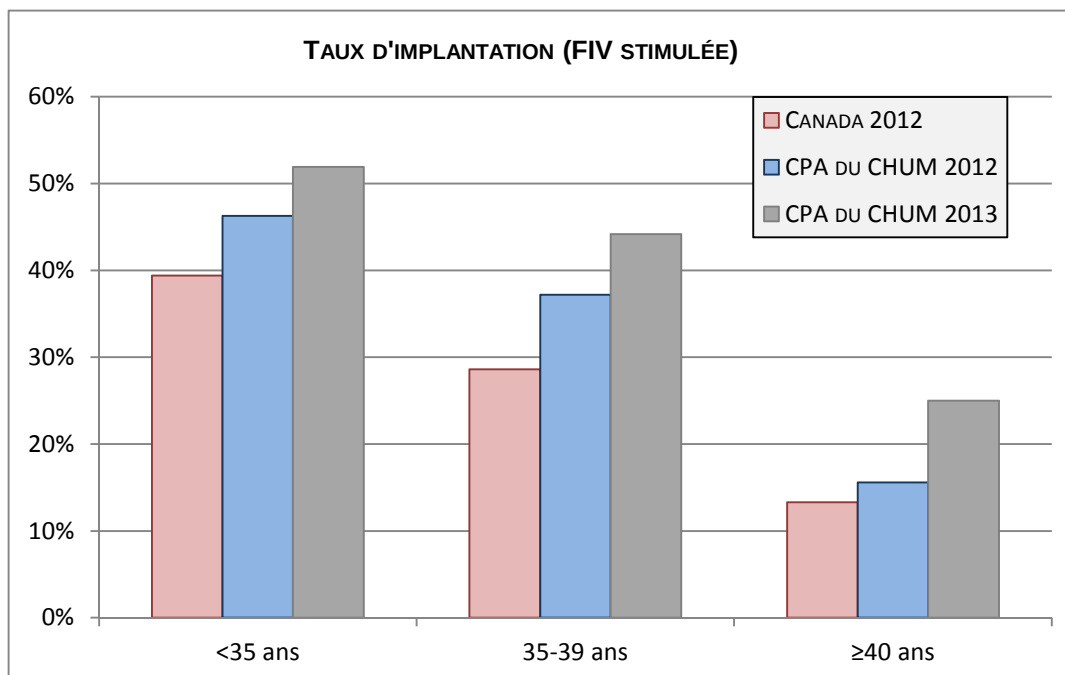


Illustration 5: taux d'implantation (FIV stimulée) 2012-2013

Infrastructures : clinique, biomédicale, informationnelle

La mise en place de la CPA du CHUM a été réalisée en respectant l'échéancier et le budget du plan d'affaires déposé par le CHUM et accepté par le MSSS. Notons que l'amortissement des immobilisations de 5 ans se termine en 2016. Les équipements sont donc déjà acquis pour la prise en charge des couples discordants pour un risque viral.

La base de données centralisée et gérée par le MSSS (Pro-Assis – L-08) qui recueille actuellement les informations pertinentes pour le suivi des traitements de FIV comporte plusieurs failles. Il est difficile de produire une compilation représentative des résultats et d'obtenir des données faciles à interpréter. De plus, comme toutes les cliniques de fertilité ne suivent pas les mêmes délais pour faire la mise à jour, il devient difficile d'être certain que les patientes n'ont pas déjà complété le nombre de cycles maximum auquel elles sont éligibles.

Le registre BORNplus permet aux cliniques canadiennes d'effectuer un suivi rigoureux des activités de PMA, tant en terme quantitatif que qualitatif et ce, en temps réel. Ces données sont accessibles en libre-service pour les cliniques. L'expérience de la CPA du CHUM avec ce service est très positive et nous incite à recommander une évaluation rigoureuse de la plus-value de développer un registre québécois distinct dans le contexte économique actuel.

Dépistage pré-implantatoire / risque viral

Le PQPA assistée est destiné aux couples qui ont des difficultés à concevoir un enfant à cause de l'infertilité ou d'une maladie génétique grave transmissible aux enfants. La procréation assistée constitue alors une solution médicale pour les aider à concevoir un enfant.

Le diagnostic pré-implantatoire (DPI) consiste à sélectionner génétiquement un ou des embryons avant leur transfert dans l'utérus. Il est indiqué, entre autres, en cas de maladie familiale grave, potentiellement mortelle et souvent sans traitement disponible. La réponse aux besoins en DPI n'est pas entièrement comblée pour la population québécoise car les travaux de mise en œuvre ne sont pas encore arrivés à leur pleine maturité. **L'accès au DPI doit être maintenu, voire facilité de manière urgente dans le système public.**

Recherche en PMA

Les avancées technologiques dans le domaine de la procréation assistée sont soutenues par la recherche. Par ses missions d'enseignement, de recherche et de développement technologique, la CPA du CHUM joue pleinement son rôle et assure un leadership à cet égard. Les installations de la CPA du CHUM ont ainsi été conçues avec un espace dédié à la recherche, tel que requis pour un centre universitaire.

Le centre de recherche du CHUM a accueilli il y a près d'un an le Dr Greg Fitzharris, un chercheur britannique, fondamentaliste en biologie de la reproduction. Un premier projet de recherche est déjà en marche en collaboration avec l'équipe clinique de la CPA du CHUM.

Enjeux du projet de loi 20 pour les services de PMA

Nous estimons que le PQPA est un succès dont doivent s'enorgueillir les Québécois. Les objectifs qui étaient poursuivis, c'est-à-dire d'offrir des services de qualité, sécuritaires pour les mères et les enfants, permettant de baser les choix sur les meilleures options cliniques et non sur la capacité de payer des patients, ont été largement atteints¹⁷.

Le PL20 réserve, à tout le moins en apparence, un espace secondaire pour traiter cette problématique complexe qui a bénéficié par ailleurs de travaux antérieurs à cette commission. Or, les balises proposées auront un impact majeur pour les services de PMA, tant pour la population visée que pour les services publics qui ont été développés depuis la mise en œuvre du PQPA.

Nous reconnaissons la nécessité d'établir des balises au PQPA. Ces balises ont été souhaitées dès la création de ce programme et ont été défendues par les experts en PMA et par les établissements tertiaires qui ont été désignés par le MSSS. Les spécialistes du CHUM, fortement engagés au sein de la communauté scientifique mondiale en matière de PMA, ont exprimé leurs recommandations et réitérent leur souhait de soutenir le ministre dans sa quête d'amélioration du PQPA. En conséquence, il nous importe de rappeler dans le contexte spécifique du PL20 les principes qui nous apparaissent incontournables pour l'évolution fructueuse du PQPA.

Nous estimons que ces balises doivent prendre en compte les principes suivants:

- 1) L'accès aux services appropriés, de la plus grande qualité, conformément à l'état des connaissances et des guides de bonnes pratiques en matière de PMA pour la population québécoise;
- 2) La protection des activités clinico-académiques garantes de qualité des soins et services et nécessaires pour la survie des programmes d'enseignement spécialisés et surspécialisés;
- 3) Le maintien des meilleures conditions de succès pour le développement de la recherche laquelle permettra des percées scientifiques bénéficiant à l'ensemble de la communauté.

¹⁷ Le commissaire à la santé et au bien-être, Avis détaillé sur les activités de procréation assistée au Québec, 2013

En retirant la couverture de la fécondation in vitro (FIV) par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), seules les inséminations intra-utérines (IIU) et la préservation de la fertilité dans un contexte de pré chimiothérapie resteraient assurées par le régime public¹⁸.

Cette seule modification au cadre légal d'exercice de la PMA viendrait compromettre de manière significative les principes précédemment énoncés.

Des balises incohérentes avec l'état des meilleures pratiques en matière de PMA

Il est reconnu par les experts en PMA que la stimulation ovarienne et l'insémination intra-utérine ne sont pas toujours les meilleurs choix de traitement pour l'infertilité. Ces options thérapeutiques sont en fait contre indiquées dans de nombreuses situations cliniques et ont largement contribué à créer le contexte même que le PQPA a voulu éviter, soit une pratique basée sur des impératifs économiques des patients, qui a pu engendrer des grossesses multiples dangereuses qui étaient évitables.

En effet, les coûts d'une FIV avant la mise en œuvre du PQPA rendaient le projet parental économiquement impossible pour de nombreux patients. Selon notre analyse, restreindre l'accès à la FIV selon les balises proposées dans le PL20 aurait un effet régressif majeur sur tous les plans : sécurité et qualité, augmentation des coûts indirects de la PMA par l'augmentation de grossesses multiples et des risques associés.

«Le FASTT trial a démontré que, pour les femmes âgées de moins de 40 ans avec une infertilité inexpliquée, une prise en charge rapide vers la FIV augmente de 40 % les taux de grossesse avec, au total, moins de cycles de traitements et un coût moindre. Il a été clairement démontré dans cette étude que plus de trois inséminations intra-utérines avant de faire une FIV ne sont pas efficaces. Cette pratique ne fera qu'augmenter le délai avant d'avoir une naissance vivante.

Le FORTT trial a démontré que le recours rapide à la FIV est une stratégie plus efficace pour les femmes plus âgées (> 38 ans) que les traitements d'insémination intra-utérine. Dans cette étude prospective randomisée, 84,2 % de toutes les naissances vivantes sont survenues chez les femmes ayant eu recours à la FIV. »¹⁹

En comparant les conditions du projet de loi 20 à celles qui sont en application présentement dans le programme québécois de procréation assistée, nous estimons aisément que 80% de la clientèle qui a accès à la fécondation *in vitro* (FIV) aujourd'hui ne sera plus en mesure d'en bénéficier.

Et de ce faible 20% de la clientèle qui aurait la possibilité de compléter un cycle de FIV, celui-ci n'aurait plus accès au nombre de cycles nécessaires pour assurer une qualité de traitement adéquate. **Au final, c'est moins de 10% de la population chez qui la FIV est indiquée qui auraient accès aux traitements qui leur permettraient de réaliser leur projet parental.**

Cette diminution d'accès et les risques cliniques encourus nous apparaissent inacceptables pour la population québécoise. Ils conduiront inévitablement vers le tourisme procréatif, phénomène observé internationalement, qui ouvrirait la porte à des pratiques potentiellement moins éthiques et moins sécuritaires.

¹⁸ Projet de loi no 20, Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, articles 13 et 14

¹⁹ Mémoire de la Société Québécoise de Fertilité et d'Andrologie, à la commission parlementaire de la santé et des services sociaux pour l'étude du PL20, Mars 2015.

Par ailleurs, les experts en PMA du CHUM estiment qu'une politique de transfert d'embryon plus sévère ne diminuera pas le taux de grossesse gémellaire mais fera essentiellement diminuer les taux de grossesses en PMA. Conséquemment, ce sont les excellents résultats du PQPA qui seront affectés et, ultimement, le nombre de projets parentaux qui se réaliseront.

Protéger les acquis cliniques, académiques et scientifiques

L'impact de limiter l'accès aux services de PMA, et de contraindre les modalités thérapeutiques à l'encontre des meilleures pratiques, sera exponentiel au niveau de la capacité des centres tertiaires de répondre aux exigences académiques de leur spécialité. En effet, la diminution des masses critiques requises pour le maintien de la qualité et pour les besoins d'enseignement risque de compromettre la capacité du Québec de répondre aux exigences des plus hauts standards internationaux.

Il en va aussi de la recherche académique, subventionnée par des fonds de recherche avec comités de pairs. La contribution des scientifiques québécois en recherche sur la procréation médicalement assistée a permis au Québec de se classer parmi les meilleurs au monde. L'équipe du CHUM offre au québécois une performance exceptionnelle. Le PQPA a contribué à ce développement et à ce rayonnement en permettant l'exercice de ces activités dans un contexte public qui vient enrichir la démarche scientifique car elle expose une très grande diversité de situations cliniques, sans égard aux enjeux socio-économiques, qui permettent de repousser plus loin les limites de la connaissance.

Il nous apparaît essentiel de protéger la capacité du Québec de former les meilleurs spécialistes en médecine de la reproduction, toutes disciplines cliniques confondues. Nous estimons en outre que la vitalité scientifique est un gage de qualité des soins et services rendus à la population. **En conséquence, les masses critiques de patients permettant la réalisation de ces missions doivent être protégées dans le respect des balises pour l'accès aux services de PMA, lesquelles doivent être édictées en fonction des guides des bonnes pratiques.**

Recommandations pour les services de PMA

Compte tenu des enjeux identifiés dans le projet de loi 20 en ce qui concerne la révision du cadre d'application du PQPA, dans le contexte particulier du CHUM et de son mandat de centre tertiaire pour la PMA, nous présentons à la commission un ensemble de recommandations visant à protéger les acquis du PQPA pour le bénéfice de l'ensemble de la population québécoise.

Ainsi, nous demandons ministre de procéder à des modifications au projet de loi 20 :

- 1) En maintenant la FIV dans l'arsenal thérapeutique offert à la population québécoise afin de permettre l'exercice de la PMA conformément aux guides des bonnes pratiques;**
- 2) En permettant une couverture des services de FIV par la régie de l'assurance maladie du Québec selon des balises édictées par les experts en collaboration avec le ministère de la santé et des services sociaux;**
- 3) En reconnaissant que l'accès au DPI doit être maintenu, voire facilité de manière urgente dans le système public.**

Ces mesures feront une différence majeure dans l'acceptabilité du PL20 en ce qui concerne la mise à jour du cadre légal d'exercice de la PMA dans les organisations publiques au Québec, lequel se réalise essentiellement en milieu universitaire. Ces milieux de formation clinico-académique et de recherche

doivent compter sur des masses critiques de patients qui sont suffisantes pour la réalisation de leurs missions et qui sont représentatives de la population.

Par ailleurs, nous sommes conscients du contexte économique actuel qui impose d'inévitables contraintes. Nous sommes convaincus que des mesures d'économies sont possibles dans le cadre du PQPA sans sacrifier la qualité, la sécurité, l'équité et les fondements d'une médecine du plus haut niveau scientifique pour l'ensemble de la population. Nous recommandons des travaux spécifiques sur cette question et nous sommes prêts à soutenir le MSSS dans cet important exercice en mettant à contribution les experts du CHUM.

Conclusion

Nous souscrivons à l'objectif général du PL 20, à savoir d'« optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée ». Nous sommes d'avis qu'il faut tenir compte de l'enseignement et la recherche dans le PL20 et en consacrer formellement l'importance. Le CHUM et son corps médical assurent au ministre de la santé et des services sociaux de leur entière collaboration en vue d'une éventuelle modification du PL20 et de l'élaboration des règlements qui en découleront. Ils s'engagent à promouvoir concrètement une performance accrue de qualité en lien avec l'objectif visé par le PL20.

Nous souhaitons en outre rappeler à cette commission, au MSSS et à la population québécoise que nous avons au Québec un corps médical qui est formé à partir des plus hauts standards académiques, dans des milieux à la fine pointe de la pratique médicale. Nous pouvons compter sur des professionnels hautement qualifiés, parmi les meilleurs au monde. Il nous apparaît essentiel que les mesures législatives qui seront entreprises, à juste titre, pour faire en sorte que les citoyens du Québec aient un meilleur accès et à des coûts de société adéquats, soient le résultat d'un dialogue constructif qui inclut les médecins omnipraticiens et spécialistes.

Il importe à notre sens de prévoir des critères de qualité, de pertinence et de performance des soins dans les articles de la loi favorisant l'accessibilité des soins. La volumétrie semble certes plus simple à gérer et les cibles quantitatives plus compréhensibles pour la population en général. Toutefois, elles ne sont certainement pas le seul reflet de la productivité des médecins. En aucun cas nous voulons que le patient ne soit traité que dans une perspective de volume. Il nous apparaît risqué de tomber dans une approche simpliste qui évacue toutes les connaissances qui ont été développées depuis plusieurs années pour mesurer un ensemble d'indicateurs de la performance et de la productivité des médecins. Ces considérations devraient faire l'objet de travaux complémentaires au projet de loi 20.

Des efforts considérables ont été consentis au Québec pour la mise en œuvre du PQPA. Fort des 45 ans d'expertise reconnue au CHUM, nos experts se sont mobilisés et ont mis en place une infrastructure performante qui a rapidement porté fruit et qui, conjuguée aux autres centres de PMA au Québec, a permis l'atteinte fructueuse des objectifs du gouvernement. Ces acquis cliniques, académiques et scientifiques doivent être protégés. Le maintien de la disponibilité de la FIV est essentielle à cet égard car il permet de faire le choix de traitement le plus indiqué selon les diverses situations cliniques et il ne crée pas de clivage économique indésirable et inéquitable socialement. D'autres mesures d'économies, plus fructueuses et moins risquées peuvent être considérées.

Porteur d'un grand projet pour le Québec, le CHUM se distingue parmi les grands centres hospitaliers universitaires à l'échelle internationale. Par la qualité de ses partenariats au sein d'un réseau intégré académique en santé et par son implication citoyenne, le CHUM tient à continuer d'exercer un leadership transformationnel au bénéfice de la société québécoise.



www.chumontreal.qc.ca

Centre hospitalier
de l'Université de Montréal