



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

MÉMOIRE

CFP – 022M
C.P. – P.L. 150
Budget du
17 mars 2016 et
du 28 mars 2017

Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 150 Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions des discours sur le budget du 17 mars 2016 et du 28 mars 2017

5 février 2018

« La FMSQ tient à remercier les membres de la Commission des finances publiques de l'invitation qui lui a été faite de participer aux consultations particulières et aux auditions publiques portant sur ce projet de loi. Elle invite les membres de la Commission des finances publiques à prendre connaissance du présent mémoire ainsi que des commentaires et recommandations qu'il contient. »

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie!
Votre médecin spécialiste

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION	3
MISE EN CONTEXTE	3
COMMENTAIRES RELATIFS À CERTAINES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI N° 150	3
Abrogation de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être	3
<i>Commentaires</i>	4
<i>Recommandations</i>	5
Abrogation de la Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie	5
<i>Recommandations</i>	7
Une demande en croissance exponentielle qui conditionne l'offre	7
COMMENTAIRES RELATIFS À L'ARTICLE 316 DE LA PROPOSITION D'AMENDEMENT	8
Limitation de la croissance des dépenses relatives à la rémunération des médecins	8
L'article 316.1. équivaut à une mesure de rationnement de l'offre de services	9
CONCLUSION	10
RAPPEL DES RECOMMANDATIONS DE LA FMSQ	10

PRÉSENTATION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) regroupe plus de 10 000 médecins œuvrant dans l'une des 59 spécialités médicales. Seule interlocutrice reconnue par le gouvernement pour représenter tous les médecins spécialistes du Québec, la FMSQ collabore étroitement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans divers dossiers.

La FMSQ participe activement à l'élaboration des grandes orientations gouvernementales en matière de dispensation des soins en médecine spécialisée, collabore au développement et à la mise en place de nouveaux services et s'assure que les autorités sont adéquatement informées des problématiques propres à chaque spécialité médicale pour qu'elles soient résolues dans l'intérêt des patients.

Traitant tous les types de clientèles et toutes les maladies, les médecins spécialistes du Québec sont aux premières loges pour poser un regard objectif sur l'organisation et le fonctionnement du système public de santé ainsi que pour juger de l'état de santé de la population dans une perspective globale et intégrée.

MISE EN CONTEXTE

La FMSQ tient à remercier les membres de la Commission des finances publiques de l'invitation qui lui a été faite de participer aux consultations particulières et aux auditions publiques portant sur ce projet de loi. Elle invite les membres de la Commission des finances publiques à prendre connaissance du présent mémoire ainsi que des commentaires et recommandations qu'il contient.

Le 31 octobre 2017, le ministre des Finances, Carlos J. Leitão, déposait le projet de loi n° 150, Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions des discours sur le budget du 17 mars 2016 et du 28 mars 2017. Le 7 décembre 2017, le ministre déposait une proposition d'amendement à ce projet de loi. Or, l'un de ces amendements, qui propose l'ajout de l'article 316.1. à insérer après l'article 316 du projet de loi n° 150, aurait pour effet de limiter la croissance des dépenses relatives à la rémunération des médecins, croissance qui ne pourrait excéder 3 % des dépenses de l'année précédente. Cette disposition étonne grandement la FMSQ qui souhaite la commenter. Deux mesures contenues dans le projet de loi n° 150 interpellent également la FMSQ qui souhaite également faire des recommandations à leur sujet.

COMMENTAIRES RELATIFS À CERTAINES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI N° 150

Abrogation de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être

Étant donné que le gouvernement a déjà annoncé l'abolition du poste de Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) dans son budget du 28 mars 2017, la FMSQ prend acte du fait que, advenant l'adoption de l'article 56 du projet de loi n° 150, la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être serait abrogée.

La FMSQ prend également acte des articles de concordance introduits par ce projet de loi et visant à adapter certaines lois en conséquence. C'est notamment le cas de l'article 57, qui viendrait modifier l'article 9 de la Loi sur

les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01) afin d'y supprimer les mots faisant référence au Commissaire à la santé et au bien-être; de l'article 58 qui supprime ces mêmes mots et modifie l'annexe 1 de la Loi sur l'administration financière (chapitre A-6.001) et de l'article 59 qui ajuste de la même manière le texte du paragraphe 5 du premier alinéa de l'article 2 de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03). La FMSQ prend également acte du fait que l'article 63 aurait pour effet de mettre un terme au mandat du Commissaire à la santé et au bien-être par intérim au moment de l'entrée en vigueur de l'article 56.

Par ailleurs, la FMSQ accueille favorablement le fait que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) se verrait confier, selon l'article 60, la plupart des fonctions autrefois exercées par le Commissaire à la santé et au bien-être. La FMSQ considère en effet qu'en raison de sa mission et de ses champs d'expertise, seul l'INESSS est en mesure de s'acquitter convenablement de ce mandat. La FMSQ s'étonne toutefois de la teneur des dispositions des articles 64, 65 et 66, et s'interroge quant aux effets qu'auront ceux-ci sur la capacité de l'INESSS à pouvoir accomplir correctement ce nouveau mandat.

L'article 64, tel que libellé, se lit comme suit : « L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux acquiert les droits et assume les obligations du Commissaire à la santé et au bien-être, sauf ceux relatifs aux fonctions prévues au paragraphe 5 de l'article 14 de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (chapitre C-32.1.1), tel qu'il se lisait avant son abrogation, qui deviennent ceux du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les dossiers et les autres documents du Commissaire deviennent, selon le cas, ceux de l'Institut ou du ministre. Toutefois, tous les actifs informationnels du Commissaire sont transférés au ministre ».

L'article 65, tel que libellé, se lit comme suit : « Les employés permanents du Commissaire à la santé et au bien-être deviennent, sans autre formalité, des employés du ministère de la Santé et des Services sociaux ».

L'article 66, tel que libellé, se lit comme suit : « L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux devient, sans reprise d'instance, partie à toute procédure à laquelle était partie le Commissaire à la santé et au bien-être à l'égard des responsabilités exercées par celui-ci, à l'exception de celles liées à l'exercice des fonctions visées au paragraphe 5 de l'article 14 de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, tel qu'il se lisait avant son abrogation, auquel cas le procureur général du Québec devient, sans reprise d'instance, partie à de telles procédures ».

Rappelons que le paragraphe 5 de l'article 14 de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (chapitre C-32.1.1) se lit comme suit : « Il donne des avis au ministre sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, notamment par l'analyse rétrospective des impacts des politiques gouvernementales sur cet état ».

Commentaires

La FMSQ est d'avis que, contrairement aux dispositions des articles 64, 65 et 66, l'INESSS doit se voir confier l'ensemble des droits, devoirs, obligations et responsabilités qui étaient auparavant assumés par le CSBE, y compris celle prévue au paragraphe 5 de l'article 14. Autrement, sans avis objectif émis par un tiers indépendant, le ministre deviendra à la fois juge et partie quant aux répercussions de ses propres politiques ou de celles du gouvernement sur l'état de santé et de bien-être de la population. La FMSQ est également d'avis que tous les dossiers, documents ou actifs informationnels qui appartenaient au Commissaire doivent être transférés à l'INESSS et non au ministre de la Santé et des Services sociaux.

L'INESSS doit impérativement avoir en mains tous ces éléments qui lui permettent de remplir correctement ce nouveau mandat. Il serait en effet illogique que l'INESSS soit privé, en tout ou en partie, des outils lui permettant de conserver intacts la mémoire vive et le fruit des travaux, des recherches et des analyses menées par le CSBE depuis sa création en 2005.

Il en va de même pour les employés permanents du CSBE, au nombre de 20 selon le rapport annuel de gestion 2016-2017 du MSSS¹, et qui, en vertu de l'article 65, deviendraient des employés de ce dernier. Pour la FMSQ, il s'agit d'un non-sens. L'expertise acquise par les personnes qui étaient à l'emploi du CSBE doit obligatoirement se retrouver à l'INESSS et non pas au MSSS qui, rappelons-le, compte déjà plus de 1 000 personnes (en poste selon ledit rapport annuel. Autrement, ce transfert de responsabilités ne serait effectif que sur papier et risquerait de s'avérer inefficace en pratique.

Recommandations

La FMSQ recommande que soient modifiés les articles 64, 65 et 66 afin que l'INESSS se voie confier l'ensemble des droits et obligations du CSBE, sans exception. Que l'ensemble des dossiers, documents ou actifs informationnels soient transférés à l'INESSS. Que les employés du CSBE deviennent des employés de l'INESSS. Que l'INESSS devienne, sans reprise d'instance, partie à toute procédure à laquelle était partie le Commissaire à la santé et au bien-être en ce qui concerne les responsabilités exercées par celui-ci, et ce, sans exception ou délégation à un tiers.

Abrogation de la Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie

L'article 313 du projet de loi n° 150 vise à abroger la Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (chapitre F-4.0021). Selon la description qui se trouve dans le fascicule accompagnant le budget des dépenses 2015-2016², il s'agissait du seul fonds dont les sommes, issues d'une portion des recettes de la taxe sur le tabac, étaient affectées au financement d'activités, de programmes et de projets visant à favoriser une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, à promouvoir des normes sociales encourageant de saines habitudes de vie, à améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids, ainsi qu'à soutenir l'innovation et l'acquisition et le transfert de connaissances en ces matières.

Si l'on tient compte de ce qu'il en coûte chaque année pour traiter les diverses pathologies, morbidités et maladies chroniques liées à l'usage du tabac, une facture annuelle estimée à près de 1,6 milliard de dollars³ en 2015; si l'on tient compte du fait que le produit de la taxe sur le tabac, estimé à un peu plus de 1 milliard de dollars⁴ pour l'année financière 2017-2018, ne compense pas les dépenses engendrées par la seule consommation de ce produit légal qui tue; lorsque s'ajoute au portrait la prochaine légalisation du cannabis et de ses dérivés, dont on ignore encore les effets sur la santé et les coûts qui y sont associés, faute d'études et d'analyses probantes; si l'on tient compte des pertes économiques associées aux incapacités, aux décès prématurés et aux congés prolongés qui découlent des maladies chroniques qui sont évitables, soulignons-le; si l'on tient compte de la prévalence de l'obésité, notamment chez les jeunes et les multiples maladies qui y sont liées et dont les coûts additionnels estimés étaient de l'ordre de 2,97 milliards de dollars en 2015 selon deux études réalisées par l'Institut national de santé publique

¹ Rapport annuel de gestion 2016-2017. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017.

En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-102-01W.pdf>

² Budget de dépenses 2015-2016, Budget des fonds spéciaux. Québec : secrétariat du Conseil du Trésor, mars 2015.

³ Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, p. 64.

⁴ Budget 2017-2018 - Le plan économique du Québec, section D. Québec : ministère des Finances, mars 2017.

du Québec (INSPQ)⁵; si l'on tient compte de l'absence d'une véritable politique intégrée de prévention visant l'ensemble de la population et plus particulièrement les jeunes; enfin, si l'on tient compte que la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires, le lot d'une tranche importante de la population, risquent de coûter une fortune à la collectivité si rien n'est fait; la décision gouvernementale d'abolir ce Fonds va à l'encontre de la logique en matière de santé publique. Rappelons que selon un article publié en novembre dernier dans *The New England Journal of Medicine* (NEJM), en fonction de la trajectoire actuellement prévisible, 57 % des adolescents américains seront obèses à 35 ans. Une statistique qui risque de se rapprocher de la réalité observable au Québec et au Canada⁶.

La FMSQ croit qu'il est important d'investir en prévention, dès maintenant et de façon substantielle, afin d'instaurer des changements comportementaux essentiels et durables et agir positivement sur les déterminants de la santé afin d'éviter une explosion des coûts en soins et services de santé. La littérature internationale abonde en ce sens et la démonstration n'est plus à faire : les mesures de prévention sont plus que bénéfiques. En 2009, un rapport produit pour le compte de *Trust for America's Health*⁷ concluait qu'au terme de 5 ans, chaque dollar investi pouvait générer un retour sur investissement (*return on investment* ou ROI) de 5,60 \$. Autrement dit, chaque dollar investi en prévention permet d'économiser 5,60 \$ en soins et services de santé.

Une estimation qui paraît bien tenue à la lumière des conclusions de l'Institut de recherches économiques IRENE de l'Université de Neuchâtel, en Suisse, qui s'est vu confier en 2008 par le Fonds de prévention du tabagisme (TPF) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) le mandat d'estimer la rentabilité sociale des dépenses en prévention dans les domaines du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool.

Voici quelques extraits de ce rapport⁸ :

« Toutes les activités de prévention de la Confédération, des cantons et des organismes privés mises en œuvre entre 1997 et 2007 ont été prises en compte, qu'il s'agisse de mesures législatives ou de campagnes d'information et de sensibilisation. L'objectif de l'étude est d'abord d'évaluer l'efficacité des moyens engagés dans la prévention afin de déterminer si, et dans quelle mesure les interventions ont contribué à la diminution observée des comportements à risque. »

« L'efficacité des mesures de prévention est mesurée par la diminution de la morbidité et de la mortalité attribuable à la prévention. Le produit final de l'analyse coûts-bénéfices est une mesure du retour sur investissement (ROI) dans la prévention. Le ROI indique le bénéfice que la société réalise sur chaque franc consacré à la prévention. Les résultats de l'étude indiquent qu'il est rentable d'investir dans la prévention : chaque franc qui y est consacré a rapporté entre 28 et 48 francs dans le cas du tabac, et entre 11 et 29 francs dans celui de l'alcool. »

« Il apparaît donc légitime de conclure que les efforts de prévention se sont traduits par un recul assez important de la prévalence du tabagisme et de l'usage problématique de l'alcool. La rentabilité élevée des ressources consacrées à la prévention tend à appuyer la recommandation de l'OCDE et de l'OMS suggérant d'affecter davantage de ressources à la prévention [...]. »

⁵ Les conséquences économiques associées à l'obésité et l'embonpoint au Québec : les coûts liés à la consommation de médicaments et à l'invalidité et Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales. Institut national de santé publique du Québec, 2015.

⁶ Source : http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1703860?query=featured_home

⁷ Levi J, Segal LM, Juliano C, et al. Prevention for a healthier America: investment in disease prevention yield significant savings, stronger communities, Washington: Trust for America's Health, 2009.

⁸ Fueglistler-Dousse S, Jeanrenaud C, Kohler D, Arti J. Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé : tabagisme et consommation excessive d'alcool. Neuchâtel : Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel, 2009.

Toutes choses étant égales par ailleurs, on peut conclure que si les mesures de prévention permettent de générer de tels résultats en Suisse, dont la population se compare à celle du Québec par sa taille et sa structure démographique, le Québec pourrait obtenir des résultats similaires et réaliser des économies substantielles au titre de ses dépenses en santé pour chaque dollar investi en prévention.

L'abolition de ce fonds par le gouvernement se traduirait un manque flagrant de vision, ce dernier se privant d'un levier tangible pour améliorer la santé populationnelle à moyen et long terme.

Recommandations

Compte tenu de ce qui précède, la FMSQ demande que soit retiré l'article 313 du projet de loi no 150. Elle demande aussi que le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie soit maintenu et non aboli. Enfin, elle recommande qu'à l'instar de l'État du Colorado qui, dans la foulée de sa loi sur le cannabis en 2012, a institué le Marijuana Tax Cash Fund, le gouvernement du Québec profite des nouvelles recettes fiscales de la vente du cannabis et de ses dérivés afin de doter le Fonds pour la promotion de saines habitudes de vie d'un montant minimal et récurrent de 100 millions de dollars devant être y versé chaque année.

La FMSQ recommande que la mission du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie serve de fer de lance à une nouvelle approche gouvernementale globale en matière de santé populationnelle à savoir : financer divers activités, programmes et projets visant à favoriser une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, promouvoir des normes sociales encourageant de saines habitudes de vie, améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids et soutenir l'innovation, l'acquisition et le transfert de connaissances en ces matières. Enfin, la FMSQ recommande à nouveau au gouvernement d'appliquer une taxe sur les boissons gazeuses et de verser les produits de cette taxe dans ce Fonds.

Une demande en croissance exponentielle qui conditionne l'offre

La demande en soins et services spécialisés connaît une croissance soutenue, voire exponentielle, qui ne se résorbera pas en raison des effets combinés du vieillissement de la population, de la prévalence des maladies chroniques et de l'épidémie d'obésité qui sévit actuellement chez les enfants, les adolescents et les adultes, entre autres.

En mars 2013, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) publiait l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 (EQLAV)*⁹ qui devait permettre de faire le point sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement au Québec. Cette étude avait également pour objectif de fournir au MSSS des données statistiques représentatives à l'échelle nationale et régionale sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes âgées de 15 ans et plus, ainsi que sur les besoins non comblés.

L'EQLAV révèle que près de la moitié de la population visée rapporte au moins un problème de santé de longue durée, défini comme étant un problème de santé physique ou mentale qui dure depuis au moins six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus, diagnostiqué par un médecin, qui nécessite un suivi médical et qui demande de prendre des médicaments, de recevoir des traitements ou d'adopter de bonnes habitudes de vie.

⁹ Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011, Québec : Institut de la statistique du Québec, 2013.

L'incapacité, dont la durée est de six mois ou plus, touche environ 33 % des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel, ce qui correspond à environ 2 215 100 personnes. Le taux d'incapacité atteint 84 % chez les personnes de 85 ans et plus. Si l'on tient compte de la gravité de l'incapacité, on observe qu'un peu plus d'une personne sur dix âgées de 15 ans et plus présente une incapacité modérée ou grave. Chez les aînés de 85 ans et plus, six personnes sur dix sont dans cette situation. L'EQLAV 2010-2011 révèle qu'environ 48 % de la population âgée de 15 ans et plus mentionne au moins un problème de santé de longue durée. C'est donc dire que la présence d'au moins un problème de cette nature touche environ 3 212 900 personnes.

Enfin, environ 17 % des personnes âgées de 15 ans et plus déclarent faire de l'hypertension et 16 %, de l'arthrite. Les maladies cardiaques sont mentionnées par 7 % de la population, de même que le diabète. Enfin, 3,6 % des personnes se disent atteintes de bronchite chronique, d'emphysème ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Fait à souligner, près d'une personne sur trois, soit 32 %, rapporte au moins un de ces cinq problèmes de santé de longue durée (soit environ 2 109 800 personnes).

Mis à part ces problèmes de santé, il existe également un phénomène de surconsommation de soins et de services observable sur le terrain, découlant des comportements individuels qui se traduisent par une surutilisation des moyens de production et des ressources : temps des professionnels, tests et outils diagnostics, fournitures, médicaments, infrastructures d'accueil et de prise en charge, hospitalisations, administration des dossiers, etc.

Soulignons, entre autres observations, des visites répétées dans des lieux différents de dispensation de soins pour un même problème entraînant une répétition des investigations, le magasinage d'opinions pour une maladie ayant déjà été diagnostiquée, l'inscription d'un patient sur de plusieurs listes d'attente, le défaut de se présenter à un rendez-vous clinique ou en vue d'une chirurgie sans en avertir le personnel clinique, des consultations à l'urgence pour des problèmes de santé bénins, des demandes de tests ou d'examen, même si jugés non pertinents ou superflus, des difficultés à modifier un comportement, même quand l'état de santé le requiert (alimentation, tabac, alcool, drogues, sédentarité, etc.).

Selon l'étude de l'INSPQ citée précédemment, l'épidémie d'obésité, à elle seule, s'est traduite en un fardeau économique additionnel de 1,5 milliard de dollars en 2011, montant composé de 110 millions de dollars pour l'excédent d'utilisation de visites chez le médecin et de 1,4 milliard de dollars pour les nuits d'hospitalisation excédentaires.

La pression que subit le système de santé est multifactorielle et directement conditionnée par la demande. Or, qui dit croissance de la demande dit également croissance du nombre d'actes médicaux posés, du nombre de tests et d'examen, du nombre d'interventions chirurgicales, du nombre de suivis requis.

COMMENTAIRES RELATIFS À L'ARTICLE 316 DE LA PROPOSITION D'AMENDEMENT

Limitation de la croissance des dépenses relatives à la rémunération des médecins

Le 7 décembre 2017, le ministre des Finances, Carlos J. Leitão, déposait devant l'Assemblée nationale une proposition d'amendement au projet de loi n° 150. L'un des articles contenus dans cette proposition d'amendement, l'article 316.1., aurait pour effet de limiter la croissance de l'enveloppe de rémunération des médecins pour la

période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2021, cette dernière ne pouvant excéder 3 % des dépenses de l'année précédente. L'article 316.1. se lit comme suit :

ARTICLE 316

Insérer, après l'article 316 du projet de loi, ce qui suit :

« RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS EN APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

« 316.1. Pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2021, la croissance des dépenses relatives à la rémunération des médecins pour une année en application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ne peut excéder 3 % des dépenses de l'année précédente.

La rémunération visée au premier alinéa comprend tous les montants concernant l'augmentation d'enveloppes budgétaires globales prédéterminées, y compris le redressement prévu pour tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, dus ou pouvant être accordés aux médecins conformément à une entente conclue ou à conclure avec leurs organismes représentatifs.

Le présent article prévaut sur toute disposition incompatible d'une loi ou d'une entente. »

D'abord, la FMSQ s'étonne que cette disposition, introduite dans une proposition d'amendement, ait été déposée la veille de l'ajournement de la session parlementaire. Cet amendement a été déposé alors que les négociations visant le renouvellement de l'Entente-cadre étaient déjà en cours entre le gouvernement et les représentants de la FMSQ. Cette dernière a pris connaissance de cet amendement par les médias.

En dépit de la portée de cet article, dont le troisième alinéa stipule qu'il prévaut « sur toute disposition incompatible d'une loi ou d'une entente », il va de soi que le gouvernement ne saurait sceller l'issue de ces négociations avant même qu'elles ne soient dûment conclues.

La FMSQ rappelle à cet égard que les négociations entourant le renouvellement de l'Entente-cadre comportent toujours un volet associé à l'enveloppe globale et aux sommes qui y sont dévolues, ces dernières étant influencées par les priorités du gouvernement et déterminées par la combinaison de nombreux facteurs, dont l'évolution des effectifs médicaux, la croissance de la demande en soins et services, le développement ou la mise en place de nouveaux services, etc.

Au seul titre de la progression des effectifs médicaux, soulignons que par rapport à 2010 et selon les plus récentes données compilées par la RAMQ en 2016, le Québec comptait quelque 2 376 médecins de plus, soit une augmentation de 13,9 % des effectifs médicaux. Du côté des médecins spécialistes seulement, on compte quelque 1 399 médecins de plus qu'en 2010, ce qui représente une augmentation de l'ordre de 15,7 %. Cette croissance des effectifs se traduit donc, par effet de corrélation, en une croissance « naturelle » de l'enveloppe de rémunération. Ajoutons que ces nouveaux médecins, qui n'ont pas chômé puisqu'ils ont vu et traité des patients, ont été rémunérés en conséquence. Il est donc normal d'observer une telle croissance.

L'article 316.1. équivaut à une mesure de rationnement de l'offre de services

L'évolution d'une population n'est pas un phénomène que l'on peut facilement modéliser et encore moins prédire avec exactitude. Il en va de même pour son état de santé, qui est influencé par de nombreux facteurs : dynamique sociale et dynamique politique, valeurs individuelles et collectives, vie personnelle et familiale, comportements,

niveau d'éducation et de revenus, taux de chômage et de pauvreté, fluctuations économiques, politiques sociales, facteurs environnementaux, évolution technologique, avancement de la recherche, apparition de nouvelles pathologies, possibles pandémies, catastrophes naturelles, crises, etc. Ainsi, une trajectoire populationnelle peut se modifier à l'infini sous l'impulsion des combinaisons factorielles.

Aucun modèle prévisionniste ne peut parvenir à tenir compte de tous les facteurs qui influenceront la demande future en soins et en services. Une chose est cependant certaine : c'est l'état de santé de la population qui conditionne sa consommation en soins et services. Le gouvernement ne peut donc pas présumer que la demande en soins et services demeurera inchangée, ce qu'il semble faire dans cet article, tout comme il ne peut faire fi de la croissance des effectifs médicaux.

Pour la FMSQ, limiter à 3 % la croissance des dépenses relatives à la rémunération des médecins, comme le suggère l'article 316.1. du projet de loi no 150, équivaldrait dans les faits à rationaliser l'offre de soins et de services offerts à la population. En conséquence et compte tenu de ce qui précède, la FMSQ demande que l'article 316.1. soit retiré.

CONCLUSION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec espère que les commentaires et les recommandations contenus dans ce mémoire sauront éclairer les membres de cette commission sur les enjeux soulevés.

La FMSQ espère vivement que l'INESSS, qui se verra confier le mandat qui était exercé par le Commissaire à la santé et au bien-être avant son abolition, aura en main tous les outils pour l'accomplir.

La FMSQ demande que la décision d'abolir le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie soit remise en question, non seulement dans le but de maintenir ce Fonds, mais aussi de le doter de sommes appropriées afin que le Québec amorce le virage qui s'impose en matière de prévention et de promotion de saines habitudes de vies.

Enfin, dans le contexte où s'exerce justement cette pression sur le système de santé et pour les diverses raisons qu'elle vient d'évoquer, la FMSQ demande le retrait de l'article 316.1. de la proposition d'amendement.

La FMSQ remercie les membres de la Commission des finances publiques.

RAPPEL DES RECOMMANDATIONS DE LA FMSQ

- Que soient modifiés les articles 64, 65 et 66 afin que l'INESSS se voie confier l'ensemble des droits et obligations du CSBE sans exception;
- Que l'ensemble des dossiers, documents ou actifs informationnels soient transférés à l'INESSS;

- Que les employés du CSBE deviennent des employés de l'INESSS;
- Que l'INESSS devienne, sans reprise d'instance, partie à toute procédure à laquelle était partie le Commissaire à la santé et au bien-être à l'égard des responsabilités exercées par celui-ci, et ce, sans exception ou délégation à un tiers;
- Que le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie soit maintenu et que, conséquemment, l'article 313 du projet de loi n° 150 soit retiré;
- Que le gouvernement du Québec profite des nouvelles recettes fiscales qu'il tirera de la vente du cannabis et de ses dérivés afin de doter le Fonds pour la promotion de saines habitudes de vie d'un montant minimal et récurrent de 100 millions de dollars devant être y versé chaque année;

Que la mission du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie demeure identique, à savoir : servir au financement d'activités, de programmes et de projets visant à favoriser une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, promouvoir des normes sociales encourageant de saines habitudes de vie, améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids et soutenir l'innovation et l'acquisition et le transfert de connaissances en ces matières;

- Que l'article 316.1. soit retiré.

2, Complexe Desjardins
Porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8

Tél. : (514) 350-5000
Tél. : (514) 350-5175
Courriel : communications@fmsq.org