

MÉMOIRE
DU
COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Projet de loi n°33 :

*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et
d'autres dispositions législatives*

Présenté à la
Commission des affaires sociales

Septembre 2006

«La mission du Collège des médecins est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois».

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

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de l'avoir invité à commenter le projet de loi n° 33. Ce projet de loi vise à apporter les modifications législatives nécessaires pour donner suite au débat, tenu au printemps 2006, autour du Livre blanc du gouvernement intitulé *« Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité »*.

Le projet de loi traite principalement de trois sujets que nous aborderons dans l'ordre suivant :

- l'encadrement juridique des centres médicaux spécialisés et des cliniques médicales associées;
- la gestion des listes d'attente et la garantie d'accès aux soins en établissement;
- l'ouverture limitée à l'assurance privée.

Évidemment, nous commenterons particulièrement les articles interpellant directement les médecins et le Collège des médecins du Québec. Toutefois, avant d'aborder le projet de loi lui-même, permettez-nous d'exprimer certains commentaires généraux.

Commentaires généraux

Nous devons dire, comme premier commentaire général, que le Collège des médecins du Québec est très déçu du projet de loi.

Selon nous, le projet de loi ne reflète pas l'ampleur des discussions qui ont eu cours en commission parlementaire sur le Livre blanc déposé au printemps, et qui visaient à trouver des solutions au problème d'accessibilité aux soins.

La question du financement, qui a été considérée par tous, y compris dans le Livre blanc comme un élément crucial du problème d'accessibilité, a été tout simplement évacuée. Elle devra inévitablement être abordée de nouveau.

L'autre élément important du débat, soit la place du privé dans un système public de santé, est traité de façon étonnamment superficielle dans le projet de loi que vous soumettez à notre attention.

Nous constatons également qu'une importance démesurée est accordée à la mise en place d'un mécanisme de gestion des listes d'attente, alors que celles-ci ne sont en fait que le symptôme d'un malaise plus grand de notre système de soins. Par analogie, le projet de loi propose de mieux contrôler la fièvre du patient sans s'attaquer à la gangrène qui en est la cause et qui menace sa survie.

Notre deuxième commentaire général touche la collaboration des médecins et du Collège des médecins du Québec.

Toute solution visant à améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés ne pourra se faire sans la collaboration de tous, en particulier des médecins.

Nous pouvons vous assurer que tous les médecins sont soucieux d'offrir les meilleurs soins possibles à leurs patients. Cependant, de leur point de vue, la solution ne réside certainement pas dans la multiplication de mesures administratives et bureaucratiques comme celles qui sont proposées dans le projet de loi.

Nous pouvons également vous assurer que les médecins veulent collaborer au système public. Cependant, l'intégration de ressources privées à un système public représente un défi majeur et complexe qui ne peut reposer sur les seules épaules des médecins, comme le projet de loi le laisse entendre.

Notre troisième commentaire concerne le rôle qu'on semble vouloir faire jouer au Collège des médecins du Québec dans la régulation et l'harmonisation des services privés et publics du système de santé.

Le Collège réaffirme que l'État doit demeurer responsable de la planification et de l'organisation générale du système de santé. L'État doit établir les règles du jeu entre les cliniques médicales spécialisées ou affiliées et le réseau public. Ces règles doivent être claires pour tous et transparentes.

Le Collège des médecins n'est pas, et ne saurait être, le régulateur des rapports commerciaux pouvant exister entre des ressources privées et un système public de soins, par le biais de la déontologie professionnelle, par exemple. L'intégration d'une offre de services médicaux privés dans le système public de soins au Québec et la régulation des rapports d'affaires que cela implique ne relèvent pas d'un ordre professionnel mais bien de l'État.

La mission première du Collège des médecins du Québec, comme de tout ordre professionnel, est décrite dans le Code des professions du Québec. Elle vise à protéger le public en assurant la qualité de la pratique professionnelle de ses membres. À cet

égard, le Collège est soucieux de protéger l'indépendance professionnelle de ses membres. Comme vous le savez, cette question a été abondamment discutée dans l'actualité au cours des derniers mois. Le Collège des médecins du Québec a même adopté cette année des modifications au Code de déontologie des médecins pour clarifier des modalités permettant de préserver cette indépendance professionnelle dans le cadre de relations commerciales avec des tiers. Nous sommes donc surpris de lire certaines dispositions du projet de loi, qui sont de nature à relancer le débat sur les conflits d'intérêts. Nous reviendrons sur ces points, en particulier en ce qui a trait à la propriété des centres médicaux spécialisés.

Sur ce dernier point, il n'est pas inutile de rappeler que le Collège des médecins du Québec a adopté un règlement sur l'incorporation de ses membres, fixant les règles permettant au médecin de concilier des intérêts corporatifs ou associatifs dans le respect de ses obligations déontologiques. Plusieurs des dispositions du projet de loi n° 33 présupposent l'adoption de ce règlement qui, depuis un peu plus de deux ans, est toujours en attente d'adoption par le gouvernement.

Ces prémisses ayant été précisées, abordons maintenant chacun des trois thèmes du projet de loi.

L'encadrement juridique des centres médicaux spécialisés et des cliniques médicales associées

Les sept articles qu'on souhaite ajouter à l'article 333 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* concernant les centres médicaux spécialisés, et les dix articles ajoutés à l'article 349 sur les cliniques médicales associées constituent la portion la plus importante du projet de loi. Nous les commenterons de façon plus approfondie.

Les centres médicaux spécialisés

En rapport avec les centres médicaux spécialisés, où, si nous comprenons bien les intentions du Ministre, exerceront surtout des médecins non participants, il nous apparaît que l'État doit s'assurer des quatre éléments suivants :

- 1- La crédibilité des promoteurs;
- 2- La solidité financière des promoteurs;
- 3- L'assurance de la protection de l'indépendance professionnelle des médecins qui y exerceront;
- 4- La séparation des décisions d'affaires et des décisions cliniques.

Nous analyserons les articles touchant les centres médicaux spécialisés à la lumière de ces responsabilités.

Rappelons toutefois que l'objectif poursuivi est d'augmenter l'accès aux soins pour les patients. Pour ce faire, les professionnels de la santé, et les médecins en particulier, aspirent d'abord et avant tout à des conditions de travail valorisantes et stimulantes, à l'utilisation d'équipements et d'infrastructures de qualité et à une organisation du travail simple et efficace dans le but de donner le meilleur service possible aux citoyens.

Article 333.1 :

Le premier alinéa de cet article, qui définit le terme « centre médical spécialisé », soulève la question de l'inclusion ou de l'exclusion des interventions liées à l'investigation de la condition (ex. radiologie diagnostique), qu'il faudra préciser.

Le deuxième alinéa soulève des interrogations quant à la clarification de la durée d'hébergement requise par le traitement chirurgical et de ce qui est couvert à ce sujet par la loi fédérale. Où s'arrête la responsabilité du centre médical spécialisé dans l'investigation préopératoire, la surveillance et le suivi postopératoire? Cela reste à préciser. En ce qui concerne l'arthroplastie par exemple, on ne mentionne que la « prothèse totale de la hanche et du genou ». Est-ce qu'une intervention autre qu'une prothèse « totale » devrait être assumée par le patient? N'y aurait-il pas là un incitatif à favoriser les prothèses totales d'articulation?

Le troisième alinéa mentionne qu'avant que le Ministre adopte un règlement en application du premier alinéa, celui-ci doit consulter le Collège des médecins du Québec. Nous souhaiterions valider le fait que cette consultation portera principalement sur la nature du traitement spécialisé pouvant être offert dans un centre médical spécialisé.

Selon nous, un centre médical spécialisé est une personne morale qui offre aux médecins une infrastructure administrative, des équipements et des locaux en support à leur exercice professionnel.

Article 333.2 :

C'est, sans contredit, cet article qui suscite le plus d'interrogations et de préoccupations de notre part. Pourquoi limiter exclusivement à des médecins, le rôle d'exploitant d'un centre médical spécialisé? L'objectif poursuivi par l'article 333.2 ne nous apparaît pas clair. D'autant moins clair, qu'il s'agit d'un modèle qui n'a pas été retenu dans plusieurs pays dont la France, l'Angleterre, la Suède, l'Espagne, l'Italie et l'Allemagne. Alors pourquoi s'imposer une telle limite?

S'agit-il d'empêcher des promoteurs étrangers d'investir dans de telles cliniques au Québec? Nous comprenons tous que de limiter la propriété des cliniques aux seuls médecins ne peut être une garantie. Un médecin pourrait, en effet, n'être qu'un intermédiaire pour des firmes prêtes à faire de tels investissements en respectant la lettre de la loi, sans en respecter l'esprit. Il pourrait devenir très difficile de clarifier la nature des rapports d'affaires entre des individus médecins et des entreprises de grande envergure.

Par ailleurs, croit-on vraiment que les médecins seront prêts à faire seuls de tels investissements estimés, dans le cas des cliniques d'arthroplasties, à un montant variant entre 10 et 15 millions \$? C'est bien méconnaître l'intérêt ou les compétences des médecins en matière de gestion et d'affaires et l'entrepreneurship des nouveaux médecins.

Alors quel problème veut-on régler en rendant exclusif aux médecins le rôle d'exploitant des centres médicaux spécialisés?

La possibilité que des médecins soient propriétaires majoritaires d'une clinique, est déjà une option prévue dans le cadre de notre projet de règlement sur l'incorporation. Nous nous interrogeons sur l'intérêt public d'en faire le modèle exclusif des centres médicaux spécialisés.

Ce faisant, nous sommes inquiets de la confusion introduite et rendue obligatoire, entre d'une part, la propriété et l'exploitation d'un centre et, d'autre part, la responsabilité professionnelle des médecins. La confusion entre ces deux rôles est susceptible de menacer l'indépendance professionnelle des médecins, ou, à tout le moins, de susciter des interrogations, surtout si le centre éprouve des difficultés financières.

À notre avis, si la possibilité que des médecins soient des exploitants peut être conservée, elle ne devrait pas devenir une obligation, limitant aux seuls médecins l'exploitation de ces centres. Selon nous, le cadre juridique proposé, très restrictif, sert mal l'intérêt public. Il incite aux glissements éthiques en matière commerciale et professionnelle, particulièrement si la solidité financière de la clinique est précaire.

Il nous apparaît essentiel de séparer l'encadrement administratif de l'encadrement professionnel pour s'assurer que l'intérêt du patient sera toujours le premier intérêt poursuivi. Pour assurer cet élément de protection du public, d'autres outils que l'exclusivité de propriété, pourraient être plus appropriés, notamment la composition des conseils d'administration de ces cliniques ou la mise en place de mécanismes de reddition de comptes qu'on pourrait exiger d'elles.

En ce sens, il faudrait plutôt clarifier la nature des rapports d'affaires entre le ou les médecins du centre et les « producteurs ou les distributeurs d'un bien ou d'un service reliés au domaine de la santé et des services sociaux, autres qu'un médecin », comme mentionné au troisième alinéa du même article. À la lumière de cet alinéa, devons-nous comprendre qu'un physiothérapeute par exemple, ne pourrait s'associer à un médecin orthopédiste dans un centre médical spécialisé en arthroplastie?

Selon nous, les centres médicaux spécialisés pourraient contribuer, de façon significative, à l'amélioration de l'accessibilité aux services médicaux. Voilà pourquoi, il serait souhaitable de rechercher un véhicule juridique offrant toute la souplesse requise pour favoriser, plutôt que rendre plus difficile, leur émergence. Ce cadre devrait permettre de clarifier et de distinguer les responsabilités de nature professionnelle, de celles relevant de l'administration et de l'exploitation de ces centres.

En conséquence, l'article 333.2 devrait, selon nous, être révisé afin de proposer un véhicule juridique facilitant l'émergence de cliniques médicales spécialisées, de clarifier et de distinguer les activités de gestion des activités professionnelles et enfin, de mettre en place des mécanismes de reddition de comptes.

Article 333.3 :

Nous comprenons que cet article vise à éviter une migration de la main-d'œuvre médicale du secteur public vers le secteur privé. La proposition contenue dans le projet de loi est un moyen parmi d'autres, avec lequel nous sommes en accord.

Article 333.4 :

Le délai de trois ans imposé pour obtenir un agrément par un organisme d'agrément après l'obtention d'un permis d'exploitation nous apparaît long. L'agrément ne devrait-il pas être une condition d'émission d'un permis d'exploitation? Comment permettre à un établissement agréé de s'associer à un centre médical spécialisé qui, lui, ne serait pas agréé pendant une période de trois ans? N'y a-t-il pas là lieu de s'interroger? Ne pourrait-on confier ce mandat au Conseil d'agrément du Québec en lui demandant de faire diligence et de traiter le cas de ces cliniques en priorité, si tant est que tous reconnaissent là une priorité?

Article 333.5 :

Nous souscrivons entièrement à l'obligation proposée d'identifier un directeur médical dans toute clinique médicale. C'est une mesure susceptible d'assurer le respect des normes les plus élevées quant à la qualité des services médicaux offerts. Encore reste-t-il à préciser son niveau d'autorité et les mécanismes permettant de rendre

compte de la qualité de ces services. Il nous apparaîtrait, par ailleurs, utile de préciser que le directeur médical ne devrait pas être l'exploitant du centre.

Article 333.6 :

L'obligation pour un exploitant d'un centre médical spécialisé d'assurer tous les services préopératoires et postopératoires, incluant les services de réadaptation et de soins à domicile, relève d'une bonne intention. Toutefois, ne risque-t-elle pas de susciter une sélection de clientèles excluant par exemple, celles qui présentent le plus haut risque de complications?

Il reste encore beaucoup de travail à faire pour préciser la nature des relations et les niveaux de responsabilité à établir entre ces centres et le réseau public.

Article 333.7 :

Le Collège des médecins du Québec s'interroge sur la signification et la portée, mais surtout l'utilité de cet article concernant la possibilité pour le Ministre de lui demander des avis.

En effet, le Code des professions (art. 86 *m*) et la Loi médicale (art. 15 *a*) donnent déjà la prérogative au Bureau des ordres professionnels et au Collège des médecins en particulier, de donner tout avis qu'il juge utile, notamment au ministre de la Santé et des Services sociaux, sur la qualité des services médicaux.

À cet égard, l'article 333.7 n'ajoute rien. Pire, il pourrait laisser croire que le Collège est un organisme-conseil du Ministre. Selon nous, il n'y a pas lieu de traiter le Collège des médecins du Québec différemment des autres ordres professionnels par des mesures pouvant avoir un impact négatif sur son autonomie, sa mission ou son organisation.

Nous aurions souhaité être au moins informés des intentions du Ministre et de la réflexion ayant menée à la rédaction de cet article du projet de loi.

De plus, nous ne pouvons souscrire au principe que sous-entend la fin du premier alinéa de cet article, lorsqu'on fait référence à la possibilité de demander un avis sur « la compétence professionnelle des médecins qui y dispensent ces traitements ». À nos yeux, il n'y a pas lieu de singulariser l'évaluation de la compétence des médecins exerçant dans des cliniques médicales spécialisées ou affiliées comparativement à tout autre médecin.

En conséquence, nous demandons rien de moins que l'abrogation de cet article, dont les objectifs et les conséquences restent obscurs et n'ajoutent rien aux dispositions légales déjà en vigueur quant à la qualité des services médicaux offerts au Québec.

Les cliniques médicales associées

Article 349 :

Les articles 349.1 à 349.10 encadrent les règles de fonctionnement entre un établissement et une clinique médicale associée, où exercent des médecins participants.

Le Collège appuie ce cadre général d'entente et plus particulièrement l'application des règles professionnelles de l'établissement à la clinique médicale associée, notamment quant à la procédure d'examen des plaintes et l'évaluation de la qualité de l'acte médical.

Toutefois, nous avons trois interrogations à ce sujet.

La première concerne le troisième alinéa de l'article 349.3 relativement à la durée de l'entente entre l'établissement et un centre médical associé. Qu'arrive-t-il si le centre n'est plus en mesure d'offrir les services prévus à l'entente, avant le terme de celle-ci?

La deuxième concerne l'article 349.5 où il est spécifié que les services médicaux spécialisés ne peuvent être dispensés qu'aux seuls usagers qui sont dirigés vers la clinique médicale associée par l'établissement partie à l'entente. Ne s'agit-il pas d'une limitation possible à l'accessibilité? Est-ce qu'un centre médical pourrait s'associer à plus d'un établissement dans une zone géographique donnée? Par exemple, est-ce qu'une clinique médicale spécialisée située à Montréal pourrait s'associer à des établissements de plus d'une région limitrophe?

La troisième question est en rapport avec l'article 349.7. Il y est stipulé que le médecin exerçant dans une clinique médicale associée doit faire partie du CMDP et exercer dans l'établissement auquel la clinique est associée. Devons-nous comprendre que cette obligation s'inscrit dans un cadre permettant de s'assurer que ce médecin fait l'objet d'une évaluation de la qualité de sa pratique au même titre que tout médecin d'un CMDP? Mais qu'en est-il des autres obligations liées à l'octroi de privilèges dans un ou plusieurs établissements? En effet, qu'arriverait-il aux médecins prêts à offrir des services dans la clinique médicale associée mais qui n'offriraient pas de disponibilité de garde à l'établissement? Pourquoi ne permettrait-on pas à une clinique médicale associée où exercent des médecins ayant des privilèges dans un établissement de faire des ententes avec des établissements où ces médecins n'ont pas de privilège?

Ces interrogations visent à apporter de la souplesse et à permettre aux cliniques médicales associées d'augmenter davantage leur offre de services et, par conséquent, l'accès aux soins.

La gestion des liste d'attente et la garantie d'accès aux soins en établissement

Le deuxième thème abordé dans le projet de loi est la mise en place, dans chaque établissement, d'un système centralisé des listes d'attente.

Selon nous, la question de l'accès aux services de santé ne peut se réduire à un mécanisme administratif de gestion des listes d'attente. L'existence de listes d'attente est inhérente à la mise en place d'un système public de soins de santé. Un problème survient lorsque à partir d'un certain seuil, le délai d'attente compromet la qualité des soins offerts aux patients. Dans une telle perspective, il ne faut pas voir l'allongement des délais d'attente comme un problème en soi, mais comme un symptôme témoignant d'un dysfonctionnement plus grave. De l'avis de plusieurs, le système de santé du Québec, comme tous les systèmes de santé, est dépassé par une demande incompressible et croissante de services. Si cela est vrai, et selon nous c'est le cas, le meilleur système de gestion des listes d'attente au monde n'aura qu'un effet cosmétique, temporaire, et ne fera que reporter à plus tard la nécessité d'appliquer un véritable traitement.

À propos de l'accessibilité aux soins et des délais d'attente, la véritable question est donc de préciser l'intention du gouvernement : veut-il apporter une véritable solution comme il semblait vouloir le faire dans le Livre blanc, ou simplement soulager le symptôme en gérant mieux les listes d'attente comme cela semble être le cas dans le projet de loi qui nous est soumis?

Précisons que du point de vue du patient, aucun délai d'attente ne paraît raisonnable. Dans les circonstances, il est louable de vouloir réduire les délais d'attente. Toutefois, la lecture de l'article 431.2 (article 16 du projet de loi) laisse présager la mise en place d'un système bureaucratique, qu'on peut imaginer facilement à trois niveaux : local,

régional et central. La façon dont seront constituées ces listes, le moment d'inscription et donc le début du décompte du délai restent à préciser. Plutôt que de se limiter à gérer les listes d'attente dans les trois secteurs identifiés, soit les cataractes et les arthroplasties de la hanche et du genou, ne pourrait-on pas mettre nos efforts à déterminer quels services pourraient être offerts en dehors des établissements de façon à ajuster l'utilisation des ressources en fonction de l'intensité des problèmes à régler. Il faut également s'étonner du pouvoir que le Ministre se réserve de régler des situations cas par cas. En est-on réduit à ce que le Ministre lui-même gère le délai d'attente d'un cas particulier?

Le Collège rappelle donc que l'accessibilité aux soins de santé ne peut se restreindre à la mise en place d'une simple gestion de listes d'attente, limitée à trois secteurs d'activités. Faudra-t-il imaginer un élargissement des mécanismes de gestion des listes d'attente à tous les secteurs d'activités de la médecine, y compris une liste d'attente pour avoir accès à un médecin de famille? L'engagement dans une telle logique nous éloigne des solutions viables.

L'ouverture limitée à l'assurance privée

Enfin, quant à l'ouverture limitée à l'assurance privée, il est difficile d'imaginer plus grande limitation. Dans le plan proposé, les contraintes imposées à la création de cliniques médicales spécialisées font en sorte que, même si le patient avait une assurance privée, il ne pourrait trouver un système privé organisé lui permettant de bénéficier de son assurance. On aurait voulu empêcher l'émergence d'un réseau de cliniques privées qu'on ne s'y serait pas pris autrement.

Évidemment, la cour suprême a ordonné la levée de l'interdiction de souscrire à une assurance privée. Mais pour nous, il faut dissocier la question des assurances et celle des cliniques médicales affiliées. L'intégration de nouvelles ressources était d'abord une occasion d'améliorer l'accès aux services dans un système public de santé. Avec ce projet de loi, cette occasion aura été ratée.

Conclusion

En pratique, ce projet de loi se révèle un ajustement mineur visant d'abord à répondre à l'obligation législative imposée par la cour suprême. Selon nous, il n'aura qu'un impact marginal sur l'accès aux services médicaux pour les patients.

Si des cliniques médicales spécialisées émergent, elles seront peu nombreuses et limitées aux seules régions urbaines. Quant à la gestion des listes d'attente, elles se feront dans un cadre bureaucratique qui risque d'être très lourd.

En résumé, le Collège des médecins du Québec est très déçu de l'orientation qu'a prise le gouvernement en matière de garantie d'accès et d'accessibilité aux services de santé.

Il est d'avis que :

- le projet de loi à l'étude est une ouverture bien timide à la résolution des problèmes d'accès aux soins et de réduction des délais d'attente pour le patient;
- toute solution visant à améliorer l'accès aux services médicaux ne pourra se faire sans la collaboration de tous, en particulier les médecins;
- certaines dispositions du projet de loi, en particulier celles imposant que les médecins soient les seuls exploitants des centres médicaux spécialisés, loin d'assurer leur collaboration, sont de nature à relancer les questionnements sur l'indépendance professionnelle des médecins, surtout si les centres sont en situation financière précaire;

-
- l'État doit demeurer responsable de la planification et de l'organisation générale du système de santé et établir les règles du jeu à respecter entre les centres médicaux spécialisés ou les cliniques médicales associées et le réseau public de santé.
 - l'article 333.2 devrait être modifié de telle sorte qu'il offre des modèles de gestion variés et souples;
 - l'article 333.7 devrait être abrogé;
 - les articles relatifs aux cliniques médicales associées méritent des ajustements favorisant une plus grande souplesse dans l'offre de services;
 - le modèle proposé de gestion centrale des listes d'attente dans les établissements présente des risques de bureaucratisation visant davantage l'apparence de solutions que la véritable réduction du temps d'attente pour le patient. Il devrait plutôt viser l'identification des activités médicales actuellement faites en établissement et qui pourraient être confiées à des structures plus légères comme les cliniques médicales associées ou les centres médicaux spécialisés.

Nous vous remercions de votre attention et nous demeurons disponibles pour répondre à vos questions.