



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000
Montréal (Québec), H3G 1R8
Tél. : (514) 878-1911; interurbain sans frais : 1 800 361-8499 ;
Télécopieur : (514) 878-4455

MÉMOIRE DE LA
FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC
À LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

PROJET DE LOI N° 33

LOI MODIFIANT LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ

ET LES SERVICES SOCIAUX

ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES

Le 13 septembre 2006

RÉSUMÉ

Ce mémoire de la Fédération des médecins omnipraticiens (FMOQ) porte sur le Projet de loi 33 modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* présenté par M. Philippe Couillard à l'Assemblée nationale le 15 juin 2006.

Le projet de loi 33 fait suite au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli rendu en juin 2005, au document de consultation du gouvernement intitulé « *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* » et à la vaste consultation générale tenue en commission parlementaire au printemps 2006.

Il convient de rappeler que la FMOQ a produit un mémoire daté du 29 mars 2006 dans le cadre de cette consultation générale et a eu l'occasion d'être entendue en Commission parlementaire le 11 avril 2006.

Depuis lors, la FMOQ a procédé à l'analyse du projet de loi 33 issu de la consultation menée par le gouvernement du Québec. Dans l'ensemble, ce projet de loi est fidèle aux deux objectifs principaux que poursuivait le gouvernement du Québec, à savoir :

- préserver et chercher à améliorer notre système public et universel de santé et de services sociaux ;
- répondre au jugement Chaoulli dans la perspective du maintien d'un réseau public et universel pour tous les québécois.

Il n'y a donc pas de grandes surprises dans le projet de loi 33 à cet égard. C'est davantage sur les solutions retenues pour améliorer notre système et santé, dont notamment le rôle que pourra jouer le secteur privé, que la FMOQ s'est attardée et sur lesquelles elle souhaite exprimer son opinion dans ce mémoire. Il ne faut donc pas s'attendre à une analyse du projet de loi article par article car les préoccupations de la FMOQ sont beaucoup plus englobantes.

Dans l'ensemble, la FMOQ reconnaît que le projet de loi 33 a le mérite de contenir deux idées de fond intéressantes. La première, en réaction au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli, est la volonté d'instaurer des mécanismes de gestion permettant l'accès aux soins de santé spécialisés dans des délais raisonnables. La deuxième est de reconnaître

que les solutions aux problèmes d'accès aux services médicaux spécialisés ne se situent pas toutes entre les murs des centres hospitaliers, et qu'à ce titre, il y a lieu de faire davantage de place à l'apport du secteur privé en matière de livraison de services de santé dans le cadre d'un financement public. La FMOQ partage entièrement ces deux idées de fond.

Bien qu'elle soit en accord avec les objectifs poursuivis dans le projet de loi 33, la FMOQ ne l'est toutefois pas sur les moyens soumis pour améliorer les services de santé et les modalités entourant la contribution du secteur privé.

Premièrement, les règles proposées dans le projet de loi 33 concernant les modalités d'accès aux soins spécialisés méritent d'être revues et circonscrites. On escamote notamment tous les délais d'accès à un médecin de famille et les autres délais précédant le moment venu de l'inscription sur une liste d'attente. Par ailleurs, on subordonne le mécanisme de garantie d'accès à l'unique et entière discrétion du ministre ce qui n'en fait donc ni plus ni moins qu'une déclaration de bonnes intentions et rien d'autre. En ce sens, le gouvernement ne peut prétendre introduire la garantie législative d'accès qu'il avait promise.

Deuxièmement, les moyens mis de l'avant pour réaliser des partenariats publics privés ne sont tout simplement pas acceptables pour la FMOQ.

Chaque fois que l'occasion lui en fut donnée, la FMOQ a fait valoir, dans ses précédents mémoires, toute l'importance de développer des partenariats publics privés souples et efficaces. Malheureusement, les modalités proposées dans le projet de loi pour permettre à des cabinets privés d'offrir des services spécialisés ne seront ni souples ni efficaces. Elles créeront plutôt de véritables carcans assujettissant les médecins au modèle hospitalier, même en cabinets privés. Pour la FMOQ, c'est donc l'ensemble des dispositions concernant les centres médicaux spécialisés et des cliniques médicales associées qui sont à revoir.

Quant à l'ouverture faite à l'assurance privée, la FMOQ constate qu'elle sera très restreinte. Sur cette base, il est même douteux qu'elle parviendra à intéresser des compagnies d'assurance, des patients et des médecins non participants.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 5 |
| 1. LES MÉCANISMES DE GESTION DES DÉLAIS D'ACCÈS..... | 6 |
| 1.1 La garantie d'accès : la première ligne oubliée | 6 |
| 1.2 L'insuffisance des moyens | 7 |
| 1.2.1 Le mécanisme central de gestion de l'accès | 8 |
| 1.2.2 La discrétion du ministre..... | 9 |
| 2. LES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ET LES CLINIQUES MÉDICALES ASSOCIÉES | 13 |
| 2.1 Les centres médicaux spécialisés..... | 14 |
| 2.2 Les cliniques médicales associées | 15 |
| 3. L'ASSURANCE PRIVÉE | 18 |
| 4. LA NON-PARTICIPATION..... | 19 |
| 5. L'AFFICHAGE DES TARIFS DANS LES CABINETS | 19 |
| CONCLUSION..... | 21 |

INTRODUCTION

Constituée en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels*, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) regroupe 19 associations affiliées et représente l'ensemble des 8000 médecins omnipraticiens exerçant leur profession dans toutes les régions du Québec.

La FMOQ a pour mission d'étudier et de défendre les intérêts économiques, sociaux, moraux et scientifiques de ses associations constituantes et de leurs membres. Depuis près de quarante ans, elle négocie les conditions d'exercice et de rémunération des médecins omnipraticiens québécois auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux et conclut avec lui les ententes en ces matières dans le cadre de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*.

Depuis sa création, la FMOQ propose, entreprend et poursuit, seule ou en partenariat avec les principaux acteurs issus du monde la santé, de nombreux travaux liés à l'exercice de la médecine et à la place que doivent occuper les médecins omnipraticiens sur l'échiquier des services de santé au Québec. Ainsi, par exemple, suit-elle de près l'évolution des effectifs et des profils d'activités des médecins en produisant annuellement un rapport analytique : « *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec* ».

La FMOQ est également active en formation médicale et professionnelle continue. À titre de plus important organisme de formation en ces matières au Québec, elle produit à chaque année une variété importante d'outils d'apprentissage à l'intention des médecins et ce, de manière à ce que ces derniers maintiennent et améliorent sans cesse leurs compétences médicales et professionnelles. La Fédération édite de plus la revue « *Le Médecin du Québec* », mensuel phare en matière de formation médicale au Québec.

En matière d'organisation de services et en matière de politiques liées à la qualité de notre système de santé et de services sociaux, la FMOQ a toujours été soucieuse de partager son expertise. Elle a à cœur tant l'intérêt des médecins que celui de la population en général. Elle aspire à la viabilité d'un système fiable, efficace et performant.

La FMOQ est donc heureuse de prendre une part active à l'étude du projet de loi N° 33 intitulé *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (la « LSSSS »).

Elle remercie les membres de la Commission de la recevoir.

1. MÉCANISME DE GESTION DES DÉLAIS D'ACCÈS

Telles quelles, les modalités prévues dans le projet de loi 33 n'apporte malheureusement pas la garantie promise dans le document de consultation « *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* ». L'un des deux grands volets de la proposition gouvernementale alors mise de l'avant visait à instaurer « *un mécanisme pour garantir l'accès aux services centrés sur le patient en lui assurant des services dans des délais préétablis, et ce pour l'ensemble de son épisode de soins* » (p. 45). Le projet de loi n'assure toutefois pas le respect de délais préétablis et subordonne l'ensemble du mécanisme à la discrétion du ministre.

1.1 *La garantie d'accès : la première ligne oubliée !*

La FMOQ se désolé de constater que les mesures mises en place par le projet de loi 33 pour garantir un accès aux services de santé à l'intérieur de délais raisonnables visent uniquement l'accès aux soins spécialisés.

La FMOQ réalise bien que des mesures de réorganisation des services de première ligne sont en cours et qu'elles n'ont pas encore produits leurs pleins effets. Qu'il suffise de mentionner, parmi les plus importantes :

- Création des groupes de médecine de famille (GMF) et de cliniques-réseau ;
- Redéfinition du partage des tâches entre les infirmières et les médecins ;
- Création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ;
- Instauration de mécanismes visant la conclusion d'ententes entre les différents producteurs de services de santé.

D'ailleurs, la FMOQ a été grandement impliquée pour rendre possible la mise en place des GMF et des cliniques-réseau. Elle a de plus uni ses efforts à ceux de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) pour examiner en profondeur les rôles respectifs des infirmières et des médecins omnipraticiens de première ligne, notamment au sein des GMF et des CLSC. De concert avec l'OIIQ, elle a produit un rapport faisant état de ses réflexions et recommandations afin d'assister les intervenants du réseau à intégrer ces changements (*Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*).

Malgré toutes ces mesures, l'accès aux soins de première ligne demeure problématique, qu'il s'agisse de l'accès à un médecin de famille ou aux plateaux techniques requis pour mener à bien des investigations. Ainsi, qu'il suffise de mentionner que de nombreux patients, n'ayant pas le bénéfice d'une assurance médicale privée leur permettant de s'adresser à des cliniques privées de radiologie ou de laboratoire, sont soumis à des délais souvent déraisonnables pour obtenir des tests ou des analyses dans des délais acceptables auprès d'établissements du réseau. On a récemment rapporté à la FMOQ qu'un établissement était allé aussi loin que d'exiger des patients que leurs médecins omnipraticiens référant détiennent des privilèges dans leur établissement pour accéder aux services d'investigation prescrits. Évidemment, ce genre de situation inacceptable retarde d'autant les délais d'accès aux soins spécialisés, lorsque requis.

Très préoccupée par la gravité de cette problématique, la FMOQ a d'ailleurs fait de l'accès des québécois et des québécoises à un médecin de famille et de la revalorisation du rôle du médecin de famille un enjeu central lors des dernières négociations syndicales de la FMOQ avec le ministre.

Ainsi, pourquoi seuls les soins spécialisés devraient-ils bénéficier de mesures favorisant l'accès dans des délais raisonnables tel que prévu aux articles 7 et 16 du projet de loi 33 ? Tous s'entendent pour dire que les délais d'attente commencent dès la tentative d'accéder aux soins de première ligne. La FMOQ est d'autant plus déçue que de nombreux autres intervenants ont insisté sur ce point lors des auditions tenues en commission parlementaire suite à la publication du document « *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité* ».

1.2 *L'insuffisance des moyens*

La FMOQ s'interroge sur la suffisance des moyens proposés dans le projet de loi 33 pour atteindre l'objectif visé soit la garantie d'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur de délais acceptables.

La FMOQ comprend que la « garantie d'accès » prend assise sur deux moyens d'action principaux :

- l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés dans chaque centre hospitalier (prévue à l'article 7 du projet de loi 33) ;

- l'émission de directives de la part du ministre afin de mettre en place des mécanismes particuliers d'accès pour rendre disponible tout service médical spécialisé dont il juge les délais inacceptables (prévues à l'article 16 du projet de loi 33);

Le projet de loi 33 ne permet toutefois pas de définir avec suffisamment de précisions et de clarté de quelle manière ces deux moyens seront articulés. Plus précisément, le projet de loi 33 ne permet pas de bien cerner le rôle du ministre et des établissements dans la mise en œuvre de cette garantie d'accès. Il semble manquer un maillon dans l'élaboration du mécanisme d'accès car, dans sa forme actuelle, le projet de loi 33 attribue au ministre une discrétion absolue et exclusive de qualifier les délais d'accès de « raisonnables », « déraisonnables » « ou sur le point de le devenir » et d'émettre des directives quant aux moyens à prendre pour que les services soient rendus dès que possible. La FMOQ estime que le mécanisme de garantie d'accès ne pourrait raisonnablement reposer que sur la bonne volonté du ministre.

1.2.1 Le mécanisme central de gestion de l'accès

La FMOQ est en parfait accord avec l'introduction dans la LSSS de l'obligation pour chaque centre hospitalier de se doter d'un mécanisme de gestion de l'accès. C'est d'ailleurs à ses yeux le meilleur élément de substance contenu dans le projet de loi 33. L'entière marge de manœuvre et de discrétion laissée à chaque centre hospitalier pour l'élaboration et le suivi des listes d'attente comporte toutefois le risque de créer des biais et des divergences quant à la computation des délais d'attente d'un établissement à l'autre. Certains patients risqueraient d'en être pénalisés.

La FMOQ croit donc qu'il y aurait opportunité d'uniformiser, voire normaliser, certaines des modalités de la garantie d'accès afin d'en assurer l'équité pour les patients pour l'ensemble du Québec. À cette fin, le projet de loi 33 devrait être clarifié relativement aux éléments suivants :

- les modalités de détermination des délais d'accès jugés médicalement acceptables,
- les modalités de communication de l'information et de coordination entre l'ensemble des intervenants impliqués au niveau hospitalier, régional et inter régional.

Pour aller au-delà de l'établissement d'un simple mécanisme d'accès et prétendre à une véritable garantie d'accès pour l'ensemble des québécois, la FMOQ estime que la loi devrait prévoir :

- la création d'un comité consultatif composé de médecins cliniciens ayant une expertise reconnue dans leur domaine d'exercice respectif. Les membres de ce comité pourraient être désignées par des parties indépendantes tels que des sociétés savantes et le Collège de médecins du Québec ;
- le comité consultatif aurait pour mandat de conseiller le ministre sur les délais d'attente médicalement acceptables, compte tenu des consensus scientifiques ayant cours ;
- la transmission, par le ministre, aux agences de la santé et des services sociaux des objectifs en matière de délais d'attente jugés médicalement acceptables ;
- l'élaboration du mécanisme de gestion d'accès par chaque centre hospitalier en fonction des objectifs transmis par le ministre ;
- l'élaboration du mécanisme de gestion d'accès par chaque centre hospitalier de façon à permettre d'ajuster les objectifs de délais transmis par le ministre pour tenir également compte des éléments suivants :
 1. les délais encourus par un patient avant d'être inscrit sur une liste d'attente ;
 2. l'opinion du médecin traitant lorsque requis par l'état de santé d'un patient;
- la transmission, par chaque centre hospitalier, à l'agence de la santé et des services sociaux, de son mécanisme de gestion d'accès pour fins d'approbation;
- la mise en place de mécanismes de coordination intrarégional et interrégional pour permettre les transferts d'un patient vers un établissement ou autre afin qu'il y reçoive les soins spécialisés visés par la garantie d'accès.

Finalement, la FMOQ croit qu'il serait aussi important que les centres hospitaliers soient tenus de rendre compte de leurs résultats face à leur gestion du mécanisme central de gestion de l'accès.

1.2.2 La discrétion du ministre

Suivant le projet de loi 33 tel que rédigé, le mécanisme de garantie d'accès ne paraît déclenché qu'une fois la survenance de délais déraisonnables ou sur le point de le devenir

suivant l'entière appréciation du ministre. Comme la FMOQ le soumettait au paragraphe précédent, il faudrait agir avant !

À ce sujet, ajoutons que le ministre, dans le cadre législatif actuel, possède déjà de véritables pouvoirs d'intervenir pour favoriser un accès aux services de santé à l'intérieur de délais raisonnables. Aussi, l'article 431 de la LSSSS prévoit-il :

« 431. Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application.

Plus particulièrement : [...]

6.1 il prend les mesures propres à assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et des services sociaux ;

7. il assure la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux en vue notamment de favoriser leur accessibilité par l'ensemble de la population des régions du Québec. ».

C'est d'ailleurs en recourant à cette discrétion que le ministre est déjà intervenu pour favoriser l'amélioration des délais d'attente qui existaient dans les secteurs de la radio-oncologie et de cardiologie tertiaire. Il faut croire que ces mesures se sont avérées satisfaisantes car le ministre n'a pas estimé nécessaire de garantir spécifiquement l'accès à ces services dans le cadre du projet de loi 33.

De surcroît, il faut ajouter que les établissements du réseau ont actuellement, non seulement la responsabilité, mais l'obligation de rendre des services à l'intérieur de délais raisonnables aux termes de la LSSSS. Ainsi, l'article 101 prévoit-t-il :

« 101. L'établissement doit notamment :

1° recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins ;

2° dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108 ;

3° veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres

ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir ;

4° diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services. »

La LSSSS prévoit donc déjà la possibilité de conclure des ententes entre les établissements, entre un établissement et un cabinet privé et même entre un établissement et une clinique privée composée de médecins non participants, de façon à permettre l'accès à un service de santé à l'intérieur de délais raisonnable. En effet, l'article 108 de la LSSSS prévoit :

« 108. Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes :

1° la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement ;

2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.

[...] »

De plus, les responsabilités des agences en regard de l'accès aux services de santé sont déjà prévues dans la LSSSS (voir notamment les paragraphes 1.1, 5.1, 7.2, 7.3 et 7.4 de l'article 340). Ainsi, tout comme le ministre, les agences doivent s'assurer de la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux aux usagers (paragraphe 1.1 de l'article 340). Elles doivent s'assurer de la coordination des services de leur région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale (paragraphe 5.1 de l'article 340). Elles doivent également soutenir et intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population (paragraphe 7.3 de l'article 340).

Les agences ont donc un rôle pivot à jouer entre les différents intervenants dans l'organisation des services et la LSSSS leur impose d'ailleurs d'élaborer un plan stratégique pluriannuel à cette fin (article 346.1 LSSSS).

Concernant spécifiquement l'accès aux services, l'article 354 de la LSSSS prévoit :

« 354. En outre des modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires et des ressources de type familial qu'elle établit conformément aux articles 303, 304 et 314, l'agence détermine également, en tenant compte des orientations identifiées à cette fin par le ministre, les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de sa région.

Elle favorise par ailleurs la mise en place, par les établissements concernés, de tout mécanisme d'accès aux services qu'ils estiment nécessaire pour assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins des usagers. »

La LSSSS prévoit en outre que les tables régionales des chefs de département et de médecine spécialisée peuvent assister les agences dans leurs tâches.

Suivant l'article 417.11, alinéa 3, la table régionale des chefs et de médecine spécialisée doit :

*« ...
3° définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés pouvant inclure, notamment, la prise en charge de la clientèle au niveau régional, la garde régionale, s'il y a lieu, et la conclusion d'ententes de services, de jumelage ou de parrainage inter-établissements dans certaines spécialités et assurer la mise en place et la coordination de la décision de l'agence relative à ce réseau ; »*

L'article 417.11 alinéa 5, prévoit que la table régionale des chefs de département et de médecine spécialisée pourra donner à l'agence son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés. Finalement, l'article 417.11 alinéa 7, prévoit que la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est responsable de faire part à l'agence de son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par les réseaux universitaires intégrés de santé.

Quant aux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), ils ont la responsabilité aux termes de l'article 436.6 de la LSSSS de formuler des propositions aux agences ou au ministre concernant l'offre de services dans les domaines d'expertise reconnus aux établissements ayant une désignation universitaire en réponse aux demandes des instances locales et autres établissements associés, et de fournir des recommandations sur les corridors de services.

En conclusion, l'architecture actuelle de la LSSSS permet déjà au ministre de prendre les mesures qu'il propose présentement à l'article 16 du projet de loi 33 pour assurer l'accès à un

service médical spécialisé dans des délais raisonnables, et ce, en collaboration avec les établissements, les agences, les tables régionales des chefs de département et de médecine spécialisée et les RUIS.

En ce sens, l'article 16 du projet de loi 33 ne constitue ni une innovation, ni un ajout de substance, ni une garantie d'accès. Il préciserait tout au plus que ce sont les directeurs de services professionnels qui auraient la responsabilité de formuler une offre alternative de services au nom des établissements.

Outre l'introduction d'une véritable garantie d'accès aux soins de santé dans des délais raisonnables, la FMOQ croit que plusieurs autres mesures destinées à améliorer l'accès aux services de première ligne, déjà proposées par la FMOQ, devraient être reconsidérées par le gouvernement :

- augmentation de la flexibilité des GMF pour permettre à de nouveaux modèles de pratique d'émerger ;
- développement des cliniques réseau ;
- amélioration du support à la pratique au niveau de la première ligne ;
- amélioration de l'articulation entre la première ligne et la deuxième ligne ;
- soutien à l'informatisation des cabinets privés ;
- compensation adéquate des médecins de première ligne pour tenir compte des coûts importants associés à l'exploitation des cabinets privés et finalement,
- augmentation du nombre de médecins de famille.

2. LES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ET LES CLINIQUES MÉDICALES ASSOCIÉES

Dans le document de consultation « *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* », le gouvernement suggérait d'introduire des « *cliniques spécialisées affiliées, construites équipées et gérées par des partenaires privés en relation avec un centre hospitalier ou un Centre de santé et de services sociaux* ». On prévoyait que la clinique spécialisée devrait détenir un permis de clinique affiliée pour être en mesure d'exercer les

activités chirurgicales ciblées dans une entente (page 49 du document de consultation). En lieu et place, le projet de loi 33 introduit deux entités juridiques distinctes : les centres médicaux spécialisés et les cliniques médicales associées. Il eut été beaucoup plus simple de conserver le seul concept de clinique médicale affiliée ou associée pour les médecins participants et d'en déterminer les modalités de fonctionnement, dont celle de détenir un permis pour être habilités à pratiquer des arthroplasties, des chirurgies du genou ou de la cataracte, le cas échéant.

En effet, le libellé des articles du projet de loi concernant le régime juridique des cliniques médicales associées et des centres médicaux spécialisés génère beaucoup de confusion. La seule lecture des articles s'avère insuffisante à en déterminer le sens et les interprétations des uns et des autres y vont d'hypothèses et de déductions. La clarté requise d'un texte légal n'est tout simplement pas au rendez-vous. Le tout est complètement à revoir tant au niveau du fond que de la forme.

2.1 Les centres médicaux spécialisés

Il est douteux à la lecture du projet de loi qu'un centre médical spécialisé composé de médecins participants puisse seulement exister sans devenir également une clinique médicale associée. En effet, on n'a prévu aucune modalité de financement pour les services offerts dans les centres médicaux spécialisés constitués de médecins participants, ce qui aura pour effet de rendre complètement illusoire l'existence de ces centres.

Les dispositions prévues concernant les cliniques médicales associées prévoient que des ententes seront conclues (article 349.3), or les dispositions concernant les centres médicaux spécialisés n'en font pas mention. Les plateaux techniques et le personnel requis pour permettre l'exploitation des centres médicaux spécialisés seront pourtant très importants.

Comment les centres médicaux spécialisés composés de médecins participants pourraient-ils alors opérer sur la seule base des honoraires des médecins prévus dans les ententes négociées par leurs fédérations ? C'est simplement invraisemblable. Devant cette incohérence, il eut été beaucoup plus simple de ne créer qu'une entité juridique plutôt que deux en ce qui concerne les médecins participants. À défaut, le projet de loi aurait dû être explicite sur la nécessité qu'un centre médical spécialisé soit également une clinique médicale associée.

On note dans le projet de loi que l'apport d'un capital d'investissement serait strictement contrôlé. Ainsi, l'exploitant d'un centre médical spécialisé ne pourrait être que médecin. Si

l'exploitant est une personne morale, plus de 50 % des droits de vote rattachés aux actions ou aux parts devraient être détenus par des médecins membres du Collège des médecins du Québec. Qui plus est, le producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service relié au domaine de la santé et des services ne pourrait être associé à l'exploitation d'un centre médical spécialisé.

Il appert donc que les restrictions contenues dans le projet de loi 33 iraient même au-delà de ce qui sera exigé en vertu du *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société* s'il finissait un jour par être adopté.

En effet, le projet de loi 33, au-delà de l'incorporation de l'exercice des activités professionnelles, propose que l'exploitation d'un centre médical spécialisé se fasse par le biais d'un actionariat composé majoritairement de médecins. Ainsi, des cliniques médicales déjà existantes et bien organisées seraient injustement écartées du revers de la main du processus de sélection visant à les faire reconnaître centres médicaux spécialisés. Force est de constater, compte tenu des charges et responsabilités légales, administratives, financières et humaines qu'elles supposent, que ces exigences inciteront peu les médecins à s'y impliquer et à y investir financièrement.

2.2 Les cliniques médicales associées

Les cliniques médicales associées, quant à elles, seront de véritables extensions des centres hospitaliers. La FMOQ est frappée par le cadre très contraignant que l'on veut imposer aux médecins qui y pratiqueront. Les mesures de contrôle sont si importantes qu'elles risquent de décourager qui que ce soit à s'y astreindre. On calque ni plus ni moins la pratique de la médecine hospitalière pour l'étendre dans les cabinets privés devenus cliniques associées. Était-ce vraiment nécessaire pour assurer la qualité des actes qui seront pratiqués dans ces cliniques ? Était-ce nécessaire pour prétendument protéger le public ? Était-ce vraiment nécessaire pour assurer que les ressources humaines du secteur public ne soient pas drainées dans ces cliniques ? La FMOQ ne le croit pas.

Dans les notes explicatives du projet de loi 33, le gouvernement mentionne qu'un établissement qui exploite un centre hospitalier pourra s'associer à une clinique médicale afin d'y faire dispenser des services médicaux spécialisés à ses usagers. Plutôt que de mettre en place une véritable « association » entre un centre hospitalier et une clinique médicale, la FMOQ estime que le projet de loi aura pour effet de créer un contexte contractuel au sein duquel l'établissement contrôlera tout. Les médecins devront désormais assujettir leur pratique en clinique privée à une série d'exigences fixées par l'agence et par l'établissement.

En effet, le projet de loi suggère ce qui suit :

- il sera impossible pour un médecin d'exercer dans une clinique médicale associée sans être titulaire d'une nomination en établissement ;
- les médecins de la clinique médicale associée devront satisfaire entièrement aux besoins de l'établissement où ils détiennent des privilèges avant de voir à se préoccuper des besoins de la clinique, selon l'appréciation discrétionnaire du directeur des services professionnels de l'établissement ;
- l'exploitant de la clinique médicale associée aura la responsabilité de surveiller chaque médecin y oeuvrant afin de s'assurer que ceux-ci respectent à la lettre leurs obligations hospitalières ;
- le tarif des honoraires des médecins, de même que les tarifs associés aux frais qui pourraient être facturés aux patients, seront ceux ayant cours en établissement ;
- malgré le libellé de l'article 34 de la LSSSS qui prévoit que les médecins d'une clinique partis à une entente avec un établissement ne sont pas soumis au régime des plaintes de cet établissement, le régime applicable aux médecins de la clinique médicale associée sera celui de l'établissement ;
- les médecins partis à une entente ne pourront suggérer de modifications à celle-ci, la renouveler ou y mettre fin avant terme sans l'accord du ministre, et ce même si le ministre ne sera pas l'un des signataires de l'entente ;
- l'agence, de son côté, aura toute la latitude voulue pour mettre un terme à l'entente si elle estime que la qualité des services n'est pas satisfaisante, ou encore, à titre d'exemple, si elle estime que l'exploitant de la clinique n'assume pas adéquatement son rôle de surveillant à l'égard des tâches hospitalières des médecins ;
- l'entente obligera la clinique à se conformer à une tenue de livres et à une gestion des systèmes d'information qui ne sont pas nécessairement les siennes ;
- la liberté contractuelle, s'il en est, sera réduite à sa plus simple expression puisque le contenu obligatoire des ententes serait déterminé dans la loi.

La FMOQ ne croit pas que ces mesures de contrôle aient leur place. Elles n'ont pas été requises pour l'implantation des GMF et aucun GMF n'aurait vu le jour si on avait voulu imposer pareilles dispositions aux médecins. Il en est de même des cliniques réseaux. Par

ailleurs, ces deux entités sont nées des initiatives du réseau et des médecins omnipraticiens. Bien que les agences qui ont conclu ces ententes avec les médecins soient parfaitement fondées à le faire suivant les dispositions actuelles de la LSSSS, il n'en demeure pas moins que le contenu contractuel possède suffisamment de souplesse pour en rendre possible l'existence.

Les mesures de contrôle que l'on veut introduire en cabinets privées sont une insulte à tous ceux qui y oeuvrent actuellement. Qu'on se le dise, rien n'indique que la qualité actuelle de la pratique médicale en cabinet privé soit moins bonne qu'en établissement et qu'il faille protéger le public. Ne l'oublions pas, les médecins ont tous le même code de déontologie et le Collège des médecins du Québec exerce sa surveillance tant en établissement qu'en cabinet privé.

Quant à la crainte d'un exode des ressources du secteur public vers les cliniques médicales associées, elle n'est pas justifiée car la pratique de la médecine spécialisée s'exercera toujours davantage en établissement plutôt qu'en cabinet privé.

Par ailleurs, l'objectif du projet de loi 33 étant d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, la FMOQ déplore que les médecins de première ligne ne puissent diriger leurs patients directement dans les cliniques médicales associées pour obtenir un service médical spécialisé usuellement offert en centre hospitalier. Essentiellement, les cliniques médicales associées seront au service des centres hospitaliers et jamais au service des médecins de cabinets privés. Ce mode de fonctionnement risque simplement d'alourdir inutilement les mécanismes de référence pour tout patient en provenance d'un cabinet privé ou d'un CLSC dans les cas où l'indication médicale pour le service spécialisé en cause est déjà bien identifiée. Ceci devrait donc être modifié dans la loi si l'intention du législateur est véritablement d'améliorer l'accès aux services et de réduire les délais d'attente.

Il se dégage des différentes dispositions du projet de loi 33 une désagréable impression que l'État cherche maintenant à étendre son contrôle jusque dans les cabinets privés, à commencer par les cliniques médicales associées. Parmi les mesures inacceptables, on note entre autres :

- l'entière discrétion donnée au directeur des services professionnels de porter un jugement sur la suffisance des services rendus par un médecin dans un centre hospitalier pour déterminer s'il pourra dispenser des services dans une clinique médicale associée ;

- l'obligation faite aux médecins des cliniques médicales associées de détenir un avis de nomination dans le même centre hospitalier pour fournir les services visés dans une entente de services ;
- l'extension du régime des plaintes du centre hospitalier en cabinet privé ;
- la détermination dans une loi du contenu contractuel de l'entente à intervenir.

Bien que très peu de médecins omnipraticiens soient visés par les dispositions portant sur les cliniques médicales associées en raison de la nature spécialisée des soins qui y seront dispensés, la FMOQ n'en craint pas moins des dérives.

Soucieuse de préserver l'autonomie professionnelle des médecins qui exercent en cabinets privés et désireuse d'encourager le dynamisme et les initiatives dans ce secteur d'activités, la FMOQ s'objectera vigoureusement à toute tentative d'y appliquer le cadre proposé pour les cliniques médicales associées.

3. L'ASSURANCE PRIVÉE

L'ouverture à l'assurance privée se limitera aux chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte et tout autre traitement spécialisé qui serait déterminé par règlement. Par ailleurs, ces chirurgies ne pourront faire l'objet d'assurance privée que si elles sont réalisées par des médecins non participants dans des centres médicaux spécialisés agréés par l'État.

Encore une fois, la FMOQ déplore que les services médicaux de première ligne, sauf ceux qui sont exclus des services assurés au sens du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie du Québec*, soient simplement exclus. Pourquoi n'avoir pas prévu la possibilité que des patients puissent s'assurer pour recourir aux services d'un médecin omnipraticien non participant compte tenu des difficultés d'accès à un médecin de famille ? Également, pourquoi n'avoir pas revu la question des frais accessoires et prévu que les patients puissent s'assurer pour une gamme plus vaste de frais accessoires ?

Chose certaine, la FMOQ réitère l'absolue nécessité de revoir toute cette question des frais accessoires et des véritables coûts de la pratique en cabinet privé qui n'est pas reflétée par le supplément des codes d'actes en cabinets prévus dans l'Entente intervenue entre le ministre et la FMOQ. Le jugement récent de la Cour supérieure dans *l'Association pour l'accès à l'avortement c. Procureur général du Québec* rendue par l'honorable Nicole Bénard, j.c.s.,

le 17 août dernier est d'ailleurs le résultat tangible de ce sous financement des coûts réels de la pratique en cabinet.

4. LA NON PARTICIPATION

La FMOQ est en profond désaccord avec les modalités de contrôle quasi absolues proposées dans le projet de loi pour suspendre la possibilité pour les médecins de devenir non participant. Les mesures actuelles se sont pourtant révélées très adéquates et suffisantes pour maintenir notre régime public universel. En effet, le nombre de médecins non participants demeure toujours marginal à ce jour. De toute façon, si on craint un tel désengagement futur des médecins, ne devrait-on pas plutôt déployer les moyens appropriés pour améliorer leurs conditions de pratique à l'intérieur du régime public ?

Il ressort des dispositions concernant la non participation que le gouvernement préfère agir par coercition et autoritarisme plutôt que de concentrer ses efforts sur des mesures propres à assurer la rétention des médecins dans un climat positif.

5. L'AFFICHAGE DANS LES CABINETS PRIVÉS

Sous peine de sanction pénale, tous les médecins à l'exception des non participants devront désormais afficher le tarif des services, des fournitures et des frais accessoires dans leur salle d'attente.

Faut-il rappeler que le *Code de déontologie des médecins* prévoit déjà à l'article 105 :

« 105. Le médecin désengagé ou non participant au régime d'assurance maladie du Québec ou qui réclame des honoraires pour des services non couverts par ce régime doit préalablement donner au patient des informations suffisantes sur la nature et l'étendue des services inclus dans le tarif réclamé et préciser la période pour laquelle le tarif est en vigueur. Le médecin doit donner toutes les explications nécessaires à la compréhension de son compte d'honoraires et des modalités de paiement. »

C'est d'ailleurs sur la base de cette obligation déontologique que la FMOQ recommande déjà à ses membres l'affichage des services non couverts et des frais accessoires. Quel est maintenant l'intérêt d'associer des sanctions pénales à cette obligation déontologique alors qu'un médecin pourrait déjà faire l'objet de sanction d'ordre disciplinaire ?

Dans le contexte du présent projet, cette disposition est insultante et ne fait que révéler l'intention que semble avoir l'État de contrôler à sa guise les cabinets privés. Par ailleurs, la FMOQ fait remarquer qu'il est grand temps de permettre aux médecins de facturer les véritables frais qu'ils encourent lorsqu'ils exercent en cabinets privés.

CONCLUSION

Finalement, la lecture du présent Mémoire révélera certainement la déception que le projet de loi 33 a suscitée pour la FMOQ. Outre la modification à l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*, les dispositions dans leurs formes actuelles n'étaient même pas requises pour répondre adéquatement au jugement dans l'affaire Chaoulli.

Tout en reconnaissant le mérite du projet de loi quant à l'introduction de l'obligation pour chaque centre hospitalier de se doter d'un mécanisme central de gestion de l'accès, la FMOQ est d'opinion que toute la question des délais d'attente pouvait très bien trouver réponse à l'intérieur du cadre législatif actuel. D'ailleurs, les mesures concrètes prises par le gouvernement à ce jour pour réduire les délais d'attente dans certains domaines comme le cœur ou le cancer illustrent bien que l'amélioration de l'accès est possible. La réduction des temps d'attente résulte donc avant toute chose d'une volonté du gouvernement de prendre les initiatives qui s'imposent et de déployer les efforts nécessaires pour mener à bien ses plans d'actions.

Compte tenu de ce qui précède, si le gouvernement veut véritablement offrir une garantie d'accès qui aille au-delà de la latitude possédée par le ministre dans le cadre législatif actuel, il n'aura d'autre choix que de revoir son projet de loi en conséquence.

Quant aux centres médicaux spécialisés et aux cliniques médicales associées, ils traduisent une fort mauvaise conception de l'apport du secteur privé au régime public. Les mesures de contrôle que l'on veut y imposer semblent davantage destinées à rassurer le public plutôt qu'à le protéger. À cet égard, le projet de loi 33 doit tout simplement être réécrit.