



Fédération
des médecins
résidents
du Québec

630, rue Sherbrooke Ouest,
bureau 510,
Montréal (Québec)
H3A 1E4

Téléphone :
(514) 282-0256
1 800 465-0215
Télocopieur :
(514) 282-0471

Site Internet :
www.fmrq.qc.ca
Courrier électronique :
fmrq@fmrq.qc.ca

**Projet de loi n° 33 -
Loi modifiant la Loi sur les
services de santé et les
services sociaux et d'autres
dispositions législatives**

**Mémoire de la FMRQ
déposé dans le cadre
des travaux de la
Commission des affaires
sociales**

Le 5 septembre 2006



Sommaire

Le projet de loi n° 33 soulève des interrogations quant à son efficacité à répondre aux besoins de la population. En effet, selon la FMRQ, les mesures qu'il propose apparaissent moins rigoureuses sur le plan de l'encadrement des délais d'attente que celles dont faisait état le document de consultation déposé en février 2006 intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*.

Le projet de loi n° 33 reflète-t-il vraiment la volonté et les visées exprimées antérieurement par le Ministre en ce qui a trait à l'accessibilité aux soins? La situation soulevée dans le récent jugement de la Cour supérieure sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG)¹, qui met à nouveau en lumière la lenteur du système de santé québécois à répondre aux besoins de la population, dans des délais raisonnables, nous permet d'en douter et confirme que, dans certaines circonstances, c'est encore le citoyen qui en subit les conséquences et qui doit assumer le coût de se tourner vers le secteur privé.

La Fédération soutient le projet de loi n° 33 en ce qui a trait au maintien des valeurs du système de santé public et de l'étanchéité des professionnels qui oeuvrent dans les systèmes public ou privé. Cependant, l'ouverture qu'il fait aux assureurs privés et à la mise en place de structures pouvant conduire à des hôpitaux entièrement privés nous inquiète. Par ailleurs, il reste malheureusement muet quant à l'établissement de délais d'attente maximaux pour les chirurgies mentionnées, une lacune qui pourrait réduire l'efficacité des mesures proposées.

Les délais d'attente : des garanties d'accès formelles et régionalisées

En prenant connaissance de la façon dont on a traduit, dans le projet de loi, les principes du document *Garantir l'accès*, la Fédération des médecins résidents du Québec est restée sur son appétit, en ce qui a trait aux délais d'attente.

¹ ASSOCIATION POUR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT c Québec (P.G.), Cause numéro 500-06-000158-028, jugement du 17 août 2006

En effet, chaque établissement aura à instaurer son propre mécanisme, basé sur des critères qui, nous l'espérons, seront médicalement et scientifiquement reconnus, mais sans pour autant qu'il y ait harmonisation entre les établissements d'une même région ou entre les établissements qui font partie d'un même Réseau universitaire intégré de santé (RUIS). Nous croyons qu'il est nécessaire et logique que la gestion des listes d'attente se fasse d'abord par établissement. Nous aurions cependant préféré, en ce qui a trait aux délais prescrits et en fonction des épisodes de soins, qu'elles soient également harmonisées au niveau régional par l'agence, et que celles-ci soient uniformisées à partir de directives ministérielles.

Ainsi, la réglementation qui sera adoptée devra obligatoirement établir des normes, afin que tous les intervenants aient la même notion d'épisode de soins et les mêmes délais d'attente maximaux, lorsqu'ils élaboreront leur mécanisme de gestion des listes d'attente, tout en maintenant la souplesse qui existe présentement et qui permet aux professionnels concernés de prioriser certains patients, en raison de la gravité du cas, de leur degré de souffrance ou de leur incapacité physique. Dans la mesure où c'est le ministre qui détermine quand les délais deviennent déraisonnables, la réglementation devra aussi permettre au patient d'avoir des recours, advenant que les délais ne soient pas respectés.

Pour établir clairement les délais raisonnables maximaux pour obtenir les soins, il faudrait, selon nous, que le moment du début de l'épisode de soins soit précisé, et qu'il tienne compte des délais additionnels encourus pour obtenir un rendez-vous chez le médecin. Nous tenons à rappeler au législateur que c'est le patient qui fait les frais des délais d'attente et celui-ci est dans une position de vulnérabilité par rapport au système.

De surcroît, nous croyons qu'il est impératif que les délais d'attente médicalement acceptables soient établis de façon formelle. Le ministre doit confier le soin de les établir aux experts médicaux des sociétés savantes concernées, afin qu'elles reflètent le consensus scientifique à cet égard. Il sera également essentiel, dans une démarche complète de consentement aux soins, que la population soit informée de ces délais, afin qu'elle soit consciente de ses recours, le cas échéant. Nous n'avons pas le droit de laisser souffrir un patient et de reporter indûment les interventions chirurgicales en raison d'un manque de ressources. Devant la souffrance, tout délai supplémentaire est déraisonnable.

L'ouverture à l'assurance privée est-elle vraiment nécessaire ?

La proposition privilégiée par le gouvernement dans *Garantir l'accès* concernait « une ouverture restreinte à l'assurance maladie privée² ». Cette ouverture à l'assurance privée, que l'on retrouve dans le projet de loi n° 33, soulève un certain nombre d'interrogations.

Est-ce que l'assurance privée est la solution? Ou est-ce plutôt la façon que le gouvernement a choisie pour ouvrir plus grande la porte au secteur privé, quand il jugera que les coffres de l'État ne sont pas suffisamment garnis pour répondre aux besoins de la population ou dans le cas où il déciderait qu'il n'a pas assez de ressources pour dispenser les soins requis dans des délais raisonnables? Cette ouverture au privé nous laisse un goût amer, parce qu'elle permet au gouvernement d'en élargir la portée éventuellement.

La réponse du gouvernement au Jugement Chaoulli aurait très bien pu se limiter à la mise en place de normes précises, de prescriptions de délais et de garanties d'accès, en fonction de ce qui est médicalement requis et raisonnable. Si les mécanismes de gestion des listes d'attente mis en place par le ministre sont fiables et efficaces, nous n'aurons pas besoin de cette assurance privée.

² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Le 16 février 2006, p. 45

Le recours du patient

À la lecture du projet de loi toutefois, rien ne laisse croire que le citoyen aura accès à une instance décisionnelle flexible, s'il juge qu'il n'a pu obtenir des soins requis médicalement, dans des délais raisonnables. À qui devrait-il pouvoir s'adresser s'il juge que les délais acceptables, dans son cas, sont dépassés ou si la qualité du service de gestion des listes d'attente est sous-optimale ? La voie de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, mentionnée à l'article 12 du projet de loi, qui introduit l'article 349.2, nous apparaît intéressante à cet égard, dans la mesure où les garanties d'accès sont pré-établies et s'appliquent à tous.

Les centres médicaux spécialisés (CMS)

L'introduction des CMS « participants » dans la structure du réseau de santé québécois n'est qu'une mesure qui pourrait, à la limite, être abolie, si les mesures d'accessibilité mises en place pour assurer la prestation des soins dans le secteur public dans des délais raisonnables, réussissaient à combler les lacunes actuelles. Dans ce contexte, devons-nous comprendre que les CMS pourraient ouvrir la voie à des hôpitaux privés au Québec, afin de pallier les lacunes du système public dans l'avenir ? Seuls la disponibilité des ressources, la capacité du réseau public à répondre aux besoins dans des délais médicalement requis et le temps, sauront répondre à cette question.

Surveillance des services dispensés : un rôle qui appartient au CMDP

Quant aux mesures visant à surveiller la qualité des soins dispensés dans les CMS, nous croyons que, compte tenu du fait que les CMS participants sont obligatoirement liés à des établissements qui abritent un CMDP, que ceux-ci sont responsables d'assurer la qualité des actes médicaux au sein de l'établissement et que les médecins membres des CMS sont obligatoirement détenteurs de privilèges dans ces mêmes établissements, ce rôle devrait être confié au CMDP, lorsqu'un CMS est chapeauté par une CMA, afin que la qualité des services dispensés soit la même que celle que l'on retrouve dans l'établissement qui a contracté les services.

Les cliniques médicales associées (CMA)

Les ententes qui seront signées devront donc favoriser des mesures d'efficience par rapport à ce qui se fait ou peut se faire au sein du centre hospitalier concerné. Par ailleurs, la création des cliniques médicales associées entraîne l'obligation, pour le ministre, de s'assurer que les postes qui seront consentis aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) tiennent compte de cette nouvelle réalité. Si le ministre souhaite que des établissements gèrent l'excédent du réseau public actuel par le biais des CMS/CMA, il devra faire en sorte que le nombre de médecins détenant des privilèges dans les établissements avec lesquels les CMS/CMA auront une entente, soit suffisant pour répondre à la demande.

À cet égard, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit déjà, à l'article 377, que les PREM doivent tenir compte des effectifs médicaux en établissement ainsi qu'en cabinet privé. Nous croyons que cette précision du projet de loi n° 33 met en lumière la déficience de la planification des effectifs médicaux, qui est faite *per capita*, plutôt que par équivalents temps complet (ETC). Si les effectifs étaient planifiés sur une base d'ETC, la question de la répartition entre le centre hospitalier et le cabinet privé ne se poserait même pas.

La formation postdoctorale dans les CMS

Les changements proposés dans le projet de loi n° 33 pourraient avoir un impact sur plusieurs aspects de la formation postdoctorale. Pour le moment, rien dans le projet de loi ne spécifie si les médecins résidents seraient appelés à œuvrer au sein des centres médicaux spécialisés. Pourtant, il nous apparaît clair que leur intégration aux équipes des CMS est inévitable, notamment dans les centres hospitaliers universitaires et les centres affiliés universitaires.

Avec l'avènement des CMS, les orthopédistes et les ophtalmologistes, qui dispensent de l'enseignement dans les centres hospitaliers universitaires et qui sont également membres d'un CMS, vont effectuer une partie des chirurgies ciblées dans les CMS, pour répondre aux objectifs d'accessibilité établis par le gouvernement et de réduction des coûts. Cela aura pour effet de diminuer la quantité de cas qui seraient effectués dans les milieux de formation usuels, si d'autres chirurgies s'y ajoutaient par réglementation.

Dans ce contexte, l'affiliation universitaire devrait être accordée aux CMS/CMA. De plus, les cliniques médicales associées devront également être accréditées par le Collège des médecins du Québec, afin de répondre aux critères établis sur le plan de l'enseignement.

Le désengagement des médecins

La Fédération des médecins résidents du Québec est en total désaccord avec l'article 43 du projet de loi n° 33, qui empêche un médecin de démissionner de son poste. Bien que des mesures doivent être mises en place pour éviter une fuite des médecins du secteur public vers le secteur privé, nous trouvons celle-ci abusive. Elle ne laisse aucun recours aux médecins concernés, surtout que la suspension, d'une durée « *ne pouvant excéder deux ans* », peut être prolongée *sine die*, tant que le ministre le juge nécessaire. Nous recommandons donc la suppression de l'article 43 du projet de loi n° 33.

L'implication des médecins résidents au sein des DRMG

Lors de l'étude du projet de loi n° 83, en janvier 2005, la Fédération des médecins résidents du Québec avait demandé de pouvoir siéger au conseil d'administration des DRMG et à celui des tables régionales des chefs de département de médecine spécialisée. Ce privilège avait d'ailleurs été accepté à ce moment par les deux fédérations médicales qui regroupent les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes.

Le législateur avait retenu la proposition de la FMSQ en ajoutant, à l'article 417.12 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 2^e alinéa, sous « Autres membres », le texte qui suit : « *De plus, doit s'ajouter à ce comité de direction, lorsqu'il y a sur le territoire d'une agence une faculté de médecine, un membre nommé par le doyen de la faculté de médecine ainsi qu'un résident en médecine à titre d'observateur* ». Toutefois, la recommandation de la FMOQ n'avait pas été retenue.

Dans cette perspective, et compte tenu des modifications qui sont soumises aujourd'hui dans le projet de loi n° 33, la Fédération des médecins résidents du Québec réitère sa requête pour qu'un article 14.1 soit ajouté au projet de loi n° 33, pour modifier l'article 417.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, en y ajoutant l'alinéa qui suit :

« Autres membres

De plus, doit s'ajouter à ce comité de direction lorsqu'il y a sur le territoire d'une agence une faculté de médecine, un résident en médecine à titre d'observateur ».

Table des matières

Sommaire	3
1. Introduction	11
2. Les délais d'attente	14
3. L'assurance privée	19
4. Le recours des patients	21
5. Les centres médicaux spécialisés	22
6. Les cliniques médicales associées	25
7. La formation postdoctorale dans les CMS	28
8. Le désengagement des médecins	30
9. L'implication des médecins résidents au sein des DRMG	31
10. Liste des recommandations	33

1. Introduction

Le 16 février 2006, le gouvernement du Québec déposait le Livre blanc intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*³. Ce document de consultation présentait les mesures préconisées par le gouvernement pour garantir à la population l'accessibilité aux soins dans des délais raisonnables, répondant ainsi au jugement rendu par la Cour suprême, le 9 juin 2005, dans l'Affaire Chaoulli⁴.

Un très grand nombre d'organismes québécois ont participé à la commission parlementaire qui a étudié ce document, en avril et mai 2006. Le projet de loi n° 33, qui est à l'étude aujourd'hui, se veut le reflet des changements législatifs requis pour la mise en place des recommandations de ce Livre blanc. Toutefois, à la lecture du projet de loi, il nous semble que plusieurs de ses recommandations sont plus timides que ne le laissait prévoir la démarche entreprise dans le document *Garantir l'accès*.

Le projet de loi n° 33 reflète-t-il vraiment la volonté et les visées exprimées antérieurement par le Ministre en ce qui a trait à l'accessibilité aux soins? Les mesures mises de l'avant dans le projet de loi n° 33 seront-elles suffisantes pour répondre adéquatement aux besoins et aux attentes de la population en matière d'accessibilité aux services de santé, dans des délais reconnus comme étant raisonnables? La situation soulevée dans le récent jugement de la Cour supérieure sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG)⁵, met à nouveau en lumière la lenteur du système de santé québécois à répondre aux besoins de la population, dans des délais raisonnables. Il confirme également que, dans certaines circonstances, c'est encore le citoyen qui en subit les conséquences et qui doit assumer le coût de se tourner vers le secteur privé.

³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Le 16 février 2006, p. 3

⁴ Chaoulli c Québec (P.G.) 1 R.C.S., p. 791

⁵ ASSOCIATION POUR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT c Québec (P.G.), Cause numéro 500-06-000158-028, jugement du 17 août 2006

Dans *Garantir l'accès*, le Premier ministre du Québec proposait d'instaurer progressivement une « *garantie d'accès aux services dans le système public mariée à une ouverture au secteur privé dans le domaine de certaines chirurgies*⁶ ». Tout en préservant les valeurs du système de santé public et universel actuel, on proposait de lever la prohibition de l'assurance privée et d'introduire des « cliniques spécialisées affiliées », tout en maintenant l'étanchéité entre le public et le privé, en ce qui a trait aux professionnels de la santé.

Le projet de loi n° 33 respecte les valeurs du système de santé public et maintient l'étanchéité des professionnels qui oeuvrent dans les systèmes public ou privé, mais entrouvre la porte aux assureurs privés et à la mise en place de structures pouvant conduire à des hôpitaux entièrement privés. Cependant, à d'autres égards, il ne va pas aussi loin que le document de consultation publié en février dernier et reste malheureusement muet quant à l'établissement de délais d'attente maximaux pour les chirurgies mentionnées à la page 52 du document.

D'autres aspects du projet de loi méritent, selon nous, d'être examinés de plus près, notamment les articles portant sur les centres médicaux spécialisés (CMS) – soit l'article 11 qui introduit l'article 333.1 et suivants – et les cliniques médicales associées (CMA) – soit l'article 12 qui introduit l'article 349.1 et suivants –, ainsi que ceux qui traitent du pouvoir ministériel, notamment en ce qui concerne les limites imposées aux médecins participants pour se désengager du système public.

Dans le document que nous vous soumettons aujourd'hui, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) présente la position de la relève médicale, en ce qui a trait aux changements proposés dans le projet de loi n° 33 – *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, et quant à sa vision d'un système de santé public.

⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Le 16 février 2006, p. 3

Notre mémoire traitera des différentes sections du projet de loi, notamment les délais d'attente, l'assurance privée, le recours des patients, l'impact de la mise sur pied de la nouvelle structure « centres médicaux spécialisés/cliniques médicales associées », les répercussions de ces mesures sur la formation des médecins résidents et le caractère trop restrictif des règles entourant le désengagement des médecins.

Par ailleurs, lors de l'adoption du projet de loi n° 83, le 25 novembre 2005, le législateur avait confirmé la participation d'un médecin résident, à titre d'observateur, aux travaux de la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée, dans les milieux où l'on retrouve une faculté de médecine. Malheureusement, le législateur a oublié de donner suite à la demande de la FMRQ, qui désirait également qu'un résident en médecine siège, comme observateur, au conseil d'administration du département régional de médecine générale (DRMG), demande qui avait été appuyée, à l'époque, par la FMOQ et la FMSQ. La FMRQ réitère donc sa demande.

Le projet de loi n° 33 se veut un pas additionnel dans la quête du Québec de se doter d'un système de soins et des services de santé adéquats à la population, et ce, dans le lieu approprié et au moment opportun. Les recommandations qui sont comprises dans ce mémoire constituent des avenues de solution pour atteindre cet objectif.

La Fédération des médecins résidents du Québec regroupe plus de 2 420 médecins en formation postdoctorale dans plus de 100 établissements à travers le Québec. Le quart de ces médecins résidents poursuivent une formation postdoctorale de deux ans en médecine familiale. Les autres médecins résidents effectuent une résidence de 5 à 7 ans en vue d'une pratique dans l'une des 35 spécialités reconnues au Québec.

2. Les délais d'attente

(Articles 7 et 16 du projet de loi n° 33 qui introduisent les articles 185.1 et 431.2 de la LSSSS)

Les promesses du Livre blanc

Dans son document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, le Gouvernement du Québec proposait principalement deux mesures, dans le but de réduire les délais d'attente. La première concernait l'établissement d'« un mécanisme pour garantir l'accès aux services centré sur le patient en lui assurant des services dans des délais pré-établis, et ce, pour l'ensemble de son épisode de soins⁷ ». Le gouvernement soulignait, par la même occasion, que : « la mise en place d'une telle garantie de services suppose une recherche soutenue de performance du système ainsi que l'utilisation accrue des ressources technologiques, humaines et financières⁸ ».

Il était donc clair que tous les services étaient visés par cette garantie et que le ministre tiendrait la dragée haute sur le système, à partir de critères précis, à savoir :

- « l'importance des problèmes, leur impact sur la santé et la qualité de vie des personnes;
- l'importance des listes d'attente;
- la disponibilité des données probantes sur les délais acceptables;
- la durée des délais d'attente au-delà des normes reconnues;
- l'ampleur des volumes de production requis;
- la disponibilité des leviers pour assurer une garantie de services⁹ ».

Enfin, la proposition gouvernementale suggérait que : « la prise en charge personnalisée s'accroît à compter du sixième mois d'attente¹⁰ » et que celle-ci pourrait se poursuivre jusqu'au neuvième mois.

⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*. Le 16 février 2006, p. 45.

⁸ Idem, p. 45

⁹ Idem, p. 45

¹⁰ Idem, p. 48

Les limites du projet de loi n° 33

Pour concrétiser ces recommandations, le projet de loi n° 33 propose à l'article 7, introduisant l'article 185.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'instauration d'un « *mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques d'un centre hospitalier*¹¹ ». Chaque centre hospitalier devra nommer, sous l'autorité du directeur des services professionnels, un responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services, et chaque directeur général d'établissement devra faire rapport à son conseil d'administration de l'état des listes d'attente, sur une base mensuelle. Le ministre garde toutefois le haut du pavé en s'arrogeant certains pouvoirs, dont celui de fixer, arbitrairement, quels sont les délais raisonnables et ceux qui sont déraisonnables, un aspect du projet de loi qui nous inquiète.

Des garanties d'accès formelles et régionalisées

En prenant connaissance de la façon dont on a traduit dans le projet de loi les principes du document *Garantir l'accès*, la Fédération des médecins résidents du Québec est restée sur son appétit, en ce qui a trait aux délais d'attente.

En effet, chaque établissement aura à instaurer son propre mécanisme, basé sur des critères qui, nous l'espérons, seront médicalement et scientifiquement reconnus, mais sans pour autant qu'il y ait harmonisation entre les établissements d'une même région ou entre les établissements qui font partie d'un même Réseau universitaire intégré de santé (RUIS). Nous croyons qu'il est nécessaire et logique que la gestion des listes d'attente se fasse d'abord par établissement. Nous aurions cependant préféré, en ce qui a trait aux délais prescrits et en fonction des épisodes de soins, qu'elles soient également harmonisées au niveau régional par l'agence, et que celles-ci soient uniformisées à partir de directives ministérielles.

¹¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Projet de loi n° 33, article 7 qui introduit l'article 185.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

À cet égard, la réglementation qui sera adoptée devra obligatoirement établir des normes, afin que tous les intervenants aient la même notion d'épisode de soins et les mêmes délais d'attente maximaux, lorsqu'ils établiront leur mécanisme de gestion des listes d'attente. Dans la mesure où c'est le ministre qui détermine quand les délais deviennent déraisonnables, la réglementation devra aussi permettre au patient d'avoir des recours, advenant que les délais ne soient pas respectés.

D'autre part, nous sommes d'avis que tout mécanisme mis en place dans les centres hospitaliers pour gérer plus efficacement les listes d'attente, devra maintenir la souplesse qui existe actuellement dans ces établissements et qui permet aux professionnels concernés de prioriser certains patients, en raison de la gravité du cas, de leur degré de souffrance ou de leur incapacité physique.

Dans un contexte où le gouvernement s'apprête à légiférer sur les garanties d'accès, la notion d'épisode de soins prend ici toute son importance et ses limites doivent, selon nous, être précisées, d'autant plus que les professionnels de la santé divergent d'opinion sur ce point. Certains parlent de l'épisode de soins en fonction du prestataire de soins, d'autres en fonction de la durée du suivi pour la maladie du patient par un ou plusieurs prestataires. À cet égard, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) définit l'épisode de soins comme étant « *la durée pendant laquelle un patient reçoit un ensemble de soins en fonction d'un diagnostic* ». Toutefois, ce qui n'est pas précisé dans cette définition, c'est le moment auquel débute l'épisode. Est-ce que c'est lorsque le patient s'adresse au médecin de famille pour prendre rendez-vous, est-ce lors du premier rendez-vous, ou seulement lorsque le diagnostic est confirmé par le médecin spécialiste? Pour établir clairement les délais raisonnables maximaux pour obtenir les soins, il faudrait, selon nous, que le moment du début de l'épisode de soins soit précisé.

De plus, l'approche proposée dans le projet de loi n° 33, en ce qui a trait à la gestion centrale de la liste d'attente, ne tient nullement compte du fait qu'un individu ait dû attendre plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille, d'être référé au médecin spécialiste, de subir les examens préalables à l'établissement du diagnostic, et d'être finalement inscrit sur la liste d'attente de l'établissement.

Ce sont des délais additionnels qui peuvent prendre des mois et, dans certains cas, des années, et qui ne semblent pas être pris en considération dans le processus actuel. Nous tenons à rappeler au législateur que c'est le patient qui fait les frais des délais d'attente et c'est lui qui en souffre. Il est dans une position de vulnérabilité par rapport au système qui, dans certains cas, tarde à donner les soins adéquats. Cette lenteur à réagir dénoncée dans le jugement sur les IVG¹², les délais déraisonnables à la base du Jugement Chaoulli, de même que le fait que des personnes atteintes de cancer aient dû se rendre aux États-Unis pour recevoir des traitements de radiothérapie, sont là pour nous le rappeler.

De surcroît, nous croyons qu'il est impératif que les délais d'attente médicalement acceptables soient établis de façon formelle et rendus publics. Le ministre doit confier le soin d'établir ces délais aux experts médicaux des sociétés savantes concernées, afin qu'elles reflètent le consensus scientifique à cet égard. Nous comprenons que le ministre souhaite garder une certaine flexibilité dans la gestion des garanties d'accès, en raison des ressources disponibles pour répondre à la demande, mais la démarche en cours exige que nous établissions des balises, en tenant compte uniquement de la santé de la population, et que nous les respections. Il sera également essentiel, dans une démarche complète de consentement aux soins, que la population soit informée de ces délais, afin qu'elle soit consciente de ses recours, le cas échéant.

Nous n'avons pas le droit de laisser souffrir un patient. Nous n'avons pas le droit de reporter indûment les interventions chirurgicales de certains patients en raison d'un manque de ressources, sans leur donner une alternative qui respectera les délais médicalement requis dans leur cas. Devant la souffrance, tout délai supplémentaire est déraisonnable.

¹² ASSOCIATION POUR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT c Québec (P.G.), Cause numéro 500-06-000158-028, jugement du 17 août 2006

La Fédération des médecins résidents du Québec recommande :

- Que le législateur établisse un mécanisme régional qui ferait en sorte d'harmoniser les procédures quant aux délais d'attente sur le territoire de chaque agence et que celles-ci soient uniformisées à partir de directives ministérielles;
- Que les délais médicalement requis soient établis en collaboration avec les sociétés savantes concernées, qu'ils fassent l'objet d'une réglementation et qu'ils soient rendus publics;
- Que les délais préalables à l'inscription des patients sur la liste d'attente du centre hospitalier soient pris en compte dans l'établissement des délais médicalement requis, en fonction de l'état de santé du patient, et fassent partie de l'épisode de soins;
- Que l'article 16 du projet de loi n° 33, qui introduit l'article 431.2, soit modifié afin de faire en sorte que la réglementation, qui sera adoptée, établisse des normes spécifiques, afin que tous les intervenants aient la même notion d'épisode de soins et les mêmes délais d'attente maximaux, lorsqu'ils établiront leurs mécanismes de gestion des listes d'attente.

3. L'assurance privée

(Les articles 38 et 39 du projet de loi n° 33, modifiant la Loi sur l'assurance hospitalisation et l'article 40 du projet de loi n° 33, modifiant l'article 15 de la Loi sur l'assurance maladie)

La première proposition du gouvernement dans le document *Garantir l'accès* consistait donc à mettre en place des structures pour améliorer la performance du système de santé et tenter d'assurer à la population l'accessibilité aux soins qu'elle requiert, dans des délais raisonnables.

La deuxième proposition privilégiée par le gouvernement dans le même document était « *une ouverture restreinte à l'assurance maladie privée, en conservant le plus d'étanchéité possible entre le secteur public et le secteur privé, et ce, dans le but de limiter les effets négatifs pour les clientèles vulnérables et de préserver l'intégrité du système public*¹³ ».

L'ouverture à l'assurance privée est-elle vraiment nécessaire ?

Nous sommes perplexes quant à l'impact de l'ouverture qui est faite à la participation du secteur privé, par le biais du projet de loi n° 33. La réponse du gouvernement au Jugement Chaoulli aurait très bien pu se limiter à la mise en place de normes précises, de prescriptions de délais et de garanties d'accès, en fonction de ce qui est médicalement requis et raisonnable, comme nous l'avons vu au chapitre précédent.

Nous comprenons cependant que l'ouverture que le gouvernement fait à l'assurance privée ne fera pas courir les foules. D'ailleurs, si les mécanismes de gestion des listes d'attente mis en place par le ministre sont fiables et efficaces, nous n'aurons pas besoin de cette assurance privée. Il ne faut pas perdre de vue que les mesures proposées visent à assurer l'accessibilité à des soins spécifiques à la population. Qui ira se prémunir d'une assurance privée aujourd'hui, pour un problème de genou, de hanche ou de cataracte, dont il souffrira « peut-être » demain. Qui plus est, le gouvernement a établi son propre mécanisme de résolution du problème d'accès à ces trois chirurgies, en créant les CMS avec médecins participants ou non participants.

¹³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*. Le 16 février 2006, p. 45.

Le recours à des médecins non participants se fera donc uniquement en fonction de l'incapacité du gouvernement à respecter les délais médicalement requis, une fois les capacités de soins des CMA épuisées. De plus, le gouvernement pourrait très bien avoir recours aux services médicaux d'une autre province, avant de faire appel au secteur privé.

Est-ce que l'assurance privée est la solution? Ou est-ce plutôt la façon que le gouvernement a choisie pour, éventuellement, ouvrir plus grande la porte au secteur privé, quand il jugera que les coffres de l'État ne sont pas suffisamment garnis pour répondre aux besoins de la population ? Ou encore, le gouvernement a-t-il besoin de cette soupape, au cas où il déciderait qu'il n'a pas assez de ressources financières, humaines et matérielles pour dispenser les soins requis dans des délais raisonnables? Il pourrait ainsi se tourner plus facilement vers les ressources du secteur privé.

Cette ouverture à l'assurance privée dans le projet de loi n° 33 nous laisse un goût amer, parce qu'elle permet au gouvernement d'en élargir la portée éventuellement, notamment si celui-ci n'est pas en mesure de se doter des ressources nécessaires pour offrir tous les services prévus au panier de services, au sein du système public. Cet article permet un glissement en douce vers le privé.

À notre avis, il faut repousser ce moment le plus possible. Il reste encore beaucoup à faire pour consolider le réseau avant d'avoir recours au privé. Nous sommes d'avis qu'une garantie d'accès respectée règlera ce genre de problème. La nécessité de soumettre à l'étude d'une commission de l'Assemblée nationale tout nouveau traitement confié au secteur privé, prévue à l'article 40 du projet de loi n° 33, qui introduit l'article 15.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, devrait, nous l'espérons, constituer une protection adéquate à cet égard.

4. Le recours du patient

Toutes les mesures que le législateur propose devraient viser à assurer une plus grande accessibilité aux soins, notamment pour les services dont les délais d'attente dépassent la limite acceptable sur le plan médical. Et toutes ces mesures devraient être mises en place pour répondre d'abord et avant tout aux besoins du citoyen.

À la lecture du projet de loi toutefois, rien ne laisse croire que le citoyen aura accès à une instance décisionnelle flexible s'il juge qu'il n'a pu obtenir des soins requis médicalement, dans des délais raisonnables.

Si aucune structure n'est mise en place pour s'assurer que les usagers du système ne soient pas lésés, ils pourraient être tentés de se faire justice eux-mêmes et d'obtenir, dans le secteur privé, des services pour lesquels ils tenteront par la suite d'être remboursés en poursuivant le gouvernement. Si cela se produisait malgré toutes les mesures qu'il propose, le gouvernement n'aurait pas atteint l'objectif d'accessibilité mis de l'avant dans le projet de loi n° 33, qui vise à satisfaire les besoins médicaux de l'utilisateur.

De quels recours l'utilisateur qui se sent lésé devrait-il disposer? À qui devrait-il pouvoir s'adresser s'il juge que les délais acceptables, dans son cas, sont dépassés ou si la qualité du service de gestion des listes d'attente est sous-optimale? Est-ce le commissaire local aux plaintes qui assumera cette responsabilité? La voie de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, mentionnée à l'article 12 du projet de loi, qui introduit l'article 349.2, nous apparaît intéressante à cet égard, dans la mesure où les garanties d'accès sont pré-établies et s'appliquent à tous.

La Fédération des médecins résidents du Québec recommande :

- Qu'au-delà du processus prévu à la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, un processus de plainte spécifique aux délais d'attentes d'accès soit mis sur pied, sur une base locale et régionale, et que des délais précis, applicables à tous, soient établis, afin d'éviter tout dérapage dans la gestion des listes d'attente, en lien avec les délais médicalement acceptables.

5. Les centres médicaux spécialisés

(Article 11 du projet de loi, introduisant les articles 333 et suivants de la LSSS)

Le projet de loi introduit une nouvelle entité : les « centres médicaux spécialisés » (CMS). Il s'agit d'un lieu, qui doit se situer à l'extérieur de l'établissement auquel il est ou non associé, et où pratiquent des médecins participants ou non participants au régime d'assurance maladie. Les deux groupes de médecins ne peuvent jamais se retrouver dans un même CMS. Tout endroit situé en-dehors d'un établissement, où se feront les arthroplasties de la hanche et du genou ou l'extraction des cataractes, sera considéré comme un centre médical spécialisé et devra, pour ce faire, obtenir un permis à cet effet, en plus d'être agréé par un organisme reconnu. Le CMS, qui signe une entente avec un établissement, devient une clinique médicale associée (CMA) au sens de la Loi. L'entente confirmera alors les services médicaux qui y seront dispensés au nom de l'établissement, ainsi que le nombre de lits d'hébergement que le CMS pourra comprendre. Les médecins qui dispenseront des soins dans un CMS participant devront détenir des privilèges de l'établissement avec lequel le CMS aura signé ladite entente. Toutefois, la composante hébergement n'est pas une obligation pour devenir un CMS.

Les CMS

Les établissements n'auront recours aux CMS que dans la mesure où ces soins ne peuvent être dispensés dans des délais raisonnables ou s'ils jugent que les CMS peuvent dispenser le même service à un coût moindre. Dans ce contexte, nous comprenons que l'introduction des CMS « participants » dans la structure du réseau de santé québécois n'est qu'une mesure qui pourrait, à la limite, être abolie, si les mesures d'accessibilité mises en place réussissaient à combler les lacunes actuelles.

Nous sommes d'avis que l'encadrement que le législateur impose aux centres médicaux spécialisés est rigide et limitatif. Les contraintes sur le plan des soins qui peuvent y être dispensés sont également nombreuses, bien que nous soyons conscients que le ministre pourra, au besoin et par règlement, ajouter d'autres services nécessitant ou ne nécessitant pas un hébergement.

Compte tenu de ces contraintes et de la capacité limitée pour les médecins spécialistes de mettre sur pied un CMS, tel que décrit dans le projet de loi (limites de temps, exigences financières, volume d'activité, etc.), il nous apparaît que le Québec ne verra qu'un ou deux CMS voir le jour, fort probablement dans la région de Montréal ou près d'autres centres hospitaliers universitaires, et seulement à moyen terme.

Enfin, selon nous, les CMS constituent à toutes fins utiles des partenariats publics-privés. Dans ce contexte, devons-nous comprendre que ceux-ci pourraient ouvrir la voie à des hôpitaux privés au Québec, afin de pallier les lacunes du système public dans l'avenir ? Seuls la disponibilité des ressources, la capacité du réseau public à répondre aux besoins dans des délais médicalement requis et le temps, sauront répondre à cette question.

Surveillance des services dispensés : un rôle qui appartient au CMDP

L'article 12 du projet de loi n° 33 introduit l'article 349.3 de la LSSSS. Au paragraphe 4° du premier alinéa, le législateur fait référence à la mise en place de « *mécanismes de surveillance permettant à l'établissement, ou à l'un de ses conseils ou comités déterminé dans l'entente, de s'assurer de la qualité et de la sécurité des services médicaux dispensés dans la clinique* ». Nous croyons que cette mesure est nécessaire et le Collège des médecins du Québec a un rôle certain à cet égard.

Toutefois, compte tenu du fait que les CMS participants sont obligatoirement liés à des établissements qui abritent un CMDP, que les CMDP sont responsables de s'assurer de la qualité des actes médicaux au sein de l'établissement, que les médecins membres des CMS sont obligatoirement détenteurs de privilèges dans ces mêmes établissements, il nous apparaît que ce rôle devrait revenir au CMDP lorsqu'un CMS est chapeauté par une CMA, afin que la qualité des services dispensés soit la même que celle que l'on retrouve dans l'établissement qui a contracté les services. Évitions, dans la mesure du possible, la duplication.

La Fédération des médecins résidents du Québec recommande :

- Que la surveillance de la qualité de l'acte médical et des services dispensés par les centres médicaux spécialisés participants soit confiée au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des établissements avec lesquels ceux-ci ont signé une entente, lorsqu'ils sont chapeautés par une CMA.

6. Les cliniques médicales associées

(L'article 12 du projet de loi qui introduit l'article 349.1 de la LSSSS)

La clinique médicale associée (CMA) ne peut exister que s'il y a entente entre un établissement et un centre médical spécialisé (CMS) ou un laboratoire ou un cabinet privé de professionnel. Une telle entente n'intervient que lorsque le centre hospitalier concerné a démontré qu'il ne peut combler les besoins en matière de soins et de services de santé, dans des délais raisonnables, ou encore lorsque cela lui permet d'obtenir ainsi des gains d'efficience.

Les ententes devront donc favoriser des mesures d'efficience par rapport à ce qui se fait ou peut se faire au sein du centre hospitalier concerné. Elles dépendront de la capacité du cabinet privé, du laboratoire ou du CMS à réduire les temps d'attente du centre hospitalier pour des tests diagnostiques ou de laboratoire, ainsi que pour les trois chirurgies mentionnées au projet de loi (arthroplasties de la hanche et du genou et extraction de cataractes), avec les suivis qui auraient normalement été faits en clinique externe et qui pourraient être faits en cabinet privé. On pourrait aussi confier aux cabinets privés des chirurgies mineures comme les tunnels carpiens, qui se font présentement en milieu hospitalier.

Par ailleurs, dans sa description du rôle des cliniques médicales associées, le législateur oblige le ministre, à l'article 12 du projet de loi n° 33, qui introduit l'article 349.2, à s'assurer que la mise sur pied d'une CMA « *n'affectera pas la capacité de production du réseau public de santé et de services sociaux, notamment en regard de la main-d'œuvre requise pour le fonctionnement de ce réseau*¹⁴ ». Selon nous, cet article est primordial dans la démarche proposée, si l'on veut éviter d'appauvrir le réseau public sur le plan des effectifs. Par la même occasion, il crée l'obligation, pour le ministre, de s'assurer que les postes qui seront consentis aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) tiennent compte de cette nouvelle réalité.

¹⁴GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Projet de loi n° 33, article 12, qui introduit l'article 349.2 de la LSSSS.

En effet, si le ministre souhaite que des établissements gèrent l'excédent du réseau public actuel par le biais des cliniques médicales associées, il devra faire en sorte que le nombre de médecins détenant des privilèges dans les établissements, avec lesquels les CMS/CMA auront une entente, soit suffisant pour répondre à la demande. Le ministre a une obligation morale et légale de le faire.

L'article 377 de la *Loi sur la santé et les services sociaux* prévoit déjà que les PREM doivent tenir compte des effectifs médicaux en établissement ainsi qu'en cabinet privé. Nous croyons que cela met en lumière la déficience de la planification des effectifs médicaux, puisque celle-ci est faite *per capita* plutôt que par équivalents temps complet (ETC). En effet, si les effectifs étaient planifiés sur une base d'équivalents temps complet, ce problème de répartition entre le centre hospitalier et le cabinet privé ne se poserait même pas.

Par ailleurs, certains services présentement dispensés au sein d'un établissement pourraient être transférés par entente à un cabinet privé. Entre autres, la gestion des cliniques externes, dont les coûts sont présentement assumés par les centres hospitaliers, pourrait être confiée à une clinique médicale associée, afin de dégager des effectifs humains et financiers au sein du centre hospitalier. Une telle approche pourrait être profitable à tous, dans la mesure où elle aurait fait l'objet d'une entente négociée entre l'établissement et les médecins concernés.

Enfin, à l'article 12 du projet de loi n° 33 (349.9 LSSSS), la Loi permet à une agence de mettre fin à une entente avec une clinique médicale affiliée, « *lorsqu'elle a des motifs raisonnables de croire que la qualité ou la sécurité des services médicaux spécialisés dispensés n'est pas satisfaisante ou que l'exploitant d'une clinique médicale associée ou un médecin qui y exerce sa profession ne se conforme pas aux dispositions de l'un des articles 349.4 à 349.8* ¹⁵ ». Cet article prévoit également que l'agence « *doit donner à l'établissement et à l'exploitant de la clinique médicale associée l'occasion de présenter leurs observations par écrit* ¹⁶ ».

¹⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Projet de loi n° 33, article 12, qui introduit l'article 349.9 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

¹⁶ Idem

Ledit article ne permet toutefois pas à l'agence de donner à la CMA le temps nécessaire pour mettre des correctifs en place, confiant plutôt ce rôle au ministre, en vertu de l'article 25 du projet de loi. Nous suggérons que le législateur permette également à l'agence d'ordonner à la clinique médicale d'apporter les correctifs nécessaires dans le délai qu'elle fixe en incluant, à l'article 12 du projet de loi, le texte qui suit : « *L'agence peut, avant de mettre fin à une entente, ordonner à la clinique médicale associée d'apporter les correctifs nécessaires dans le délai qu'elle fixe* ».

La Fédération des médecins résidents du Québec recommande :

- Que le projet de loi n° 33 soit modifié par l'insertion, à l'article 12, qui introduit l'article 349.9 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, du texte qui suit :
« *L'agence peut, avant de mettre fin à une entente, ordonner à la clinique médicale associée d'apporter les correctifs nécessaires dans le délai qu'elle fixe* ».

7. La formation postdoctorale dans les CMS

Les changements proposés dans le projet de loi n° 33 pourraient avoir un impact sur plusieurs aspects de la formation postdoctorale. Pour le moment, rien dans le projet de loi ne spécifie si les médecins résidents seraient appelés à œuvrer au sein des centres médicaux spécialisés. Pourtant, il nous apparaît clair que leur intégration aux équipes des CMS est inévitable, notamment dans les centres hospitaliers universitaires et les centres affiliés universitaires.

Il faut accréditer les CMS comme milieux de stage

Avec l'avènement des CMS, les orthopédistes et les ophtalmologistes, qui dispensent de l'enseignement dans les centres hospitaliers universitaires et qui sont également membres d'un CMS, vont effectuer une partie des chirurgies ciblées dans les CMS, pour répondre aux objectifs d'accessibilité établis par le gouvernement et de réduction des coûts. Cela aura pour effet de diminuer la quantité de cas qui seraient effectués dans les milieux de formation usuels, si d'autres chirurgies s'y ajoutaient par réglementation. Une telle situation affecterait la qualité de la formation postdoctorale. Dans ce contexte, nous sommes d'opinion que l'affiliation universitaire devrait être accordée aux CMS/CMA, conformément à l'article 117 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Selon nous, il sera nécessaire que certaines CMA soient accréditées par le Collège des médecins du Québec, pour dispenser de l'enseignement. Si le panier des services dispensés dans les CMA venait à augmenter et à s'étendre à d'autres disciplines, grâce au pouvoir réglementaire du ministre, il sera d'autant plus important que le gouvernement s'assure que celles-ci deviennent des milieux de formation.

La Fédération des médecins résidents recommande :

- Que, si nécessaire, certaines cliniques médicales associées soient agréées par le Collège des médecins du Québec comme lieux de stage, afin que l'on puisse y dispenser l'enseignement aux médecins résidents en formation dans les disciplines concernées;
- Que l'on accorde l'affiliation universitaire aux CMS/CMA, conformément à l'article 117 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

8. Le désengagement des médecins

(L'article 43 du projet de loi, qui introduit l'article 30.1 de la Loi sur l'assurance maladie du Québec)

La Fédération des médecins résidents du Québec est en total désaccord avec l'article 43 du projet de loi n° 33, lequel empêche un médecin de démissionner de son poste « *lorsque le ministre estime que la qualité ou la suffisance des services médicaux offerts dans l'ensemble du Québec ou dans une de ses régions par les professionnels soumis à l'application d'une entente serait affectée par une augmentation du nombre de professionnels non participants (...) ¹⁷.* »

Bien que des mesures doivent être mises en place pour éviter une fuite des médecins du secteur public vers le secteur privé, nous trouvons celle-ci abusive. Elle ne laisse aucun recours aux médecins concernés, surtout que la suspension, d'une durée « *ne pouvant excéder deux ans* », peut être prolongée *sine die*, suivant les mêmes modalités pour deux années additionnelles, tant que le ministre le juge nécessaire.

Est-ce que le ministre croit vraiment que les médecins québécois vont arrêter de travailler dans le système public demain matin, alors que les conditions mises en place sont loin de favoriser un exode massif vers une pratique dans le privé? Nous nous posons de sérieuses questions sur cet article. Nous comprenons difficilement les raisons qui ont amené le ministre à l'introduire dans le projet de loi. Tel qu'écrit, cet article suggère davantage la venue éventuelle du privé au Québec.

Nous recommandons donc la suppression de l'article 43 du projet de loi n° 33.

La Fédération des médecins résidents recommande :

- Que l'article 43 du projet de loi n° 33, qui modifie l'article 30.1 de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*, soit supprimé.

¹⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Projet de loi no 33, article 43 qui introduit l'article 30.1

9. L'implication des médecins résidents au sein des DRMG

(L'article 417.1 de la LSSSS)

Lors de l'étude du projet de loi n° 83, en janvier 2005, la Fédération des médecins résidents du Québec avait demandé de pouvoir siéger au conseil d'administration des DRMG et à celui des tables régionales des chefs de département de médecine spécialisée. Les enjeux qui sont discutés à ces tables concernent les médecins résidents au premier chef, puisque les décisions qui y sont prises ont un impact, non seulement sur leur formation, mais également sur leur pratique future.

Ce privilège avait d'ailleurs été accepté par les deux fédérations médicales qui regroupent les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes, dans le cadre de l'étude du projet de loi n° 83. Ainsi, dans le mémoire qu'elle présentait alors en commission parlementaire, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) « appuyait la création des tables des chefs de département en médecine spécialisée dont les responsabilités seraient analogues à celles du DRMG ». La FMOQ suggérait par ailleurs, si cette proposition était retenue, « de prévoir, dans les régions universitaires, la présence d'observateurs, soit un résident en médecine au sein du comité de direction du DRMG et un résident en médecine spécialisée au sein de la Table des chefs de département en médecine spécialisée, tous deux représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)¹⁸ ».

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) abondait dans le même sens, en proposant que soit inséré à l'article faisant état de la composition du comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, le texte qui suit : « dans les régions où il y a une faculté de médecine, s'ajoutent au comité de direction un membre nommé par le doyen de la faculté de médecine ainsi qu'un résident en médecine, ce dernier participant à titre d'observateur¹⁹. »

¹⁸ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. *Mémoire à la Commission parlementaire des affaires sociales relativement au projet de loi 83 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Janvier 2005, p. 11.

¹⁹ Fédération des médecins spécialistes du Québec. *Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales relativement au projet de loi 83 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Le 28 janvier 2005, p. 20.

Le législateur avait retenu la proposition de la FMSQ en incluant, à l'article 417.12 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 2^e alinéa, sous « Autres membres », le texte suivant : « *De plus, doit s'ajouter à ce comité de direction, lorsqu'il y a sur le territoire d'une agence une faculté de médecine, un membre nommé par le doyen de la faculté de médecine ainsi qu'un résident en médecine à titre d'observateur* ». Toutefois, la recommandation de la FMOQ n'avait pas été retenue.

Dans cette perspective, la Fédération des médecins résidents du Québec réitère sa requête pour qu'un article 14.1 soit ajouté au projet de loi n° 33, pour modifier l'article 417.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, en y ajoutant l'alinéa qui suit :

« Autres membres

De plus, doit s'ajouter à ce comité de direction lorsqu'il y a sur le territoire d'une agence une faculté de médecine, un résident en médecine à titre d'observateur ».

La Fédération des médecins résidents recommande :

- Que le législateur ajoute au projet de loi n° 33 un article 14.1, pour modifier l'article 417.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, en y ajoutant l'alinéa qui suit :

« **Autres membres**

De plus, doit s'ajouter à ce comité de direction lorsqu'il y a sur le territoire d'une agence une faculté de médecine, un résident en médecine à titre d'observateur ».

10. Liste des recommandations

Recommandation # 1

- Que le législateur établisse un mécanisme régional qui ferait en sorte d'harmoniser les procédures quant aux délais d'attente sur le territoire de chaque agence et que celles-ci soient uniformisées à partir de directives ministérielles;

Recommandation # 2

- Que les délais médicalement requis soient établis en collaboration avec les sociétés savantes concernées, qu'ils fassent l'objet d'une réglementation et qu'ils soient rendus publics;

Recommandation # 3

- Que les délais préalables à l'inscription des patients sur la liste d'attente du centre hospitalier soient pris en compte dans l'établissement des délais médicalement requis, en fonction de l'état de santé du patient, et fassent partie de l'épisode de soins;

Recommandation # 4

- Que l'article 16 du projet de loi n^o 33, qui introduit l'article 431.2, soit modifié afin de faire en sorte que la réglementation, qui sera adoptée, établisse des normes spécifiques, afin que tous les intervenants aient la même notion d'épisode de soins et les mêmes délais d'attente maximaux, lorsqu'ils établiront leurs mécanismes de gestion des listes d'attente.

Recommandation # 5

- Qu'au-delà du processus prévu à la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, un processus de plainte spécifique aux délais d'attentes/garanties d'accès soit mis sur pied, sur une base locale et régionale, et que des délais précis, applicables à tous, soient établis, afin d'éviter tout dérapage dans la gestion des listes d'attente, en lien avec les délais médicalement acceptables.

Recommandation # 6

- Que la surveillance de la qualité de l'acte médicale et des services dispensés par les centres médicaux spécialisés participants soit confiée au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des établissements avec lesquels ceux-ci ont signé une entente, lorsqu'ils sont chapeautés par une CMA.

Recommandation # 7

- Que le projet de loi n° 33 soit modifié par l'insertion, à l'article 12, qui introduit l'article 349.9 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, du texte qui suit :
« L'agence peut, avant de mettre fin à une entente, ordonner à la clinique médicale associée d'apporter les correctifs nécessaires dans le délai qu'elle fixe ».

Recommandation # 8

- Que, si nécessaire, certaines cliniques médicales associées soient agréées par le Collège des médecins du Québec comme lieux de stage, afin que l'on puisse y dispenser l'enseignement aux médecins résidents en formation dans les disciplines concernées;

Recommandation # 9

- Que l'on accorde l'affiliation universitaire aux CMS/CMA, conformément à l'article 117 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Recommandation # 10

- Que l'article 43 du projet de loi n° 33, qui modifie l'article 30.1 de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*, soit supprimé.

Recommandation # 11

- Que le législateur ajoute au projet de loi n° 33 un article 14.1, pour modifier l'article 417.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, en y ajoutant l'alinéa qui suit :
« Autres membres
De plus, doit s'ajouter à ce comité de direction lorsqu'il y a sur le territoire d'une agence une faculté de médecine, un résident en médecine à titre d'observateur ».