



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

CAS - 6 M
C.P. - P.L. 33
SERVICES DE SANTÉ

M É M O I R E

DE LA

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

***GARANTIR À NOS PATIENTS
L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX
SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS***

Réponse et commentaires au

projet de loi n° 33

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

Présenté à la Commission des affaires sociales

13 septembre 2006

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

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

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) remercie la Commission des affaires sociales de l'occasion qui lui est offerte de s'exprimer sur le projet de loi n° 33 présenté à l'Assemblée nationale par M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 34 associations affiliées représentant près de 8 000 médecins spécialistes de toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire; elle a pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts des médecins spécialistes membres des associations affiliées, sur le plan économique, professionnel, scientifique et social, dans le respect des droits des Québécois à obtenir des soins médicaux de qualité. Par son Office de développement professionnel continu, elle supervise le développement professionnel des médecins spécialistes et à ce titre a récemment obtenu du Collège des médecins du Québec son cinquième agrément quinquennal.

La Fédération a toujours été un acteur public important au niveau de l'amélioration du système de santé : elle désire à la fois faire bénéficier de son expertise et s'assurer du meilleur système de santé possible pour les patients. C'est dans ce cadre que nous intervenons de nouveau devant la Commission des affaires sociales : la FMSQ ne voulait pas manquer un rendez-vous pour exprimer son opinion et sa vision sur l'organisation des soins, malgré les circonstances...Lorsque par surcroît il est question d'accès, nous nous sentons particulièrement interpellés, notre signature étant *L'accessibilité aujourd'hui...pour la vie !*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. MÉCANISMES DE GESTION ET GARANTIE D'ACCÈS AUX SERVICES.....	2
2. LES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS.....	5
3. LES CLINIQUES MÉDICALES ASSOCIÉES	7
4. MODIFICATIONS À LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE ET MODIFICATIONS À LA LOI SUR L'ASSURANCE HOSPITALISATION	10
5. CERTAINS AUTRES ÉLÉMENTS CONTENUS AU PROJET DE LOI.....	11
CONCLUSION	12
BIBLIOGRAPHIE.....	13

INTRODUCTION

Ce projet de loi n° 33 fait suite au dépôt par le gouvernement du Québec, en février 2006, du *Document de consultation - Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, lequel document a fait l'objet de nombreuses représentations devant cette même Commission, dont la nôtre, le 4 avril 2006.

Le gouvernement du Québec se disait alors à la recherche de solutions pour, d'une part, *préserver et améliorer notre système public universel de santé et de services sociaux afin qu'il soit parmi les meilleurs au monde*; et d'autre part, *répondre au jugement de la Cour suprême du Canada* dans l'affaire Chaoulli et Zélotis. De plus, le document de consultation de février 2006 et l'actuel projet de loi n° 33 donnent tous deux suite au document *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, résultant de la réunion des premiers ministres à Ottawa en septembre 2004; ils donnent suite également aux engagements pris par l'ensemble des provinces, incluant le Québec, à la Conférence annuelle des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la santé (Ontario – les 22 et 23 octobre 2005).

Dans le *Document de consultation Garantir l'accès*, on pouvait lire que *le gouvernement propose une solution axée avant tout sur l'amélioration de l'accès aux services médicaux et hospitaliers publics*¹. En s'inspirant des expériences étrangères, il convie l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux à mettre en place un mécanisme qui offrira une **garantie d'accès**¹ aux services, en adaptant ses façons de faire en conséquence. Les notes explicatives du projet de loi n° 33 le présentent d'ailleurs comme étant destiné à améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés. Nous avons examiné le projet sous l'angle de ceux qui donnent les soins et non de ceux qui écrivent les projets de loi, afin que ceux qui reçoivent les soins y trouvent leur compte.

Nous ne pouvons que saluer l'objectif visé par ce projet de loi. Toutefois, notre analyse des mécanismes et dispositions que prévoit le projet pour atteindre cet objectif nous porte à croire que l'objectif ne sera pas atteint et que ce projet de loi, tel que présenté et compris, ne nous semble être le bon remède.

Nous présenterons nos commentaires autour des cinq grands éléments suivants que l'on retrouve dans le projet de loi :

1. Les mécanismes de gestion et de garantie d'accès aux services
2. Les centres médicaux spécialisés
3. Les cliniques médicales affiliées
4. Les modifications aux lois (AM et AH)
5. Certains autres éléments contenus au projet de loi

¹ Les caractères gras sont de nous

1. MÉCANISMES DE GESTION ET DE GARANTIE D'ACCÈS AUX SERVICES

L'objectif énoncé de ce projet de loi est d'assurer une garantie d'accès aux patients québécois pour l'obtention de divers services médicaux spécialisés. Deux moyens d'action sont prévus :

- l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés dans chacun des centres hospitaliers.
- le pouvoir d'intervention du ministre, par le biais de directives, afin de favoriser l'accès à certains services médicaux. Ces mécanismes particuliers d'accès s'appliquent essentiellement à *une arthroplastie-prothèse totale de la hanche ou du genou et une extraction de la cataracte[...]*

D'emblée, on peut affirmer que contrairement à ce qui a été annoncé, on ne retrouve aucune garantie d'accès dans ce projet de loi. Nos commentaires sont les suivants.

D'abord, en ce qui a trait au mécanisme que l'on souhaite introduire en milieu hospitalier, on peut constater que celui-ci prend l'appellation de mécanisme de gestion de l'accès aux services plutôt que de gestion des listes d'attente. Or, il s'agit là d'une notion plus englobante et l'on peut s'inquiéter de ses visées et de son effet sur l'amélioration de l'accessibilité.

Rappelons qu'au contraire, de nombreuses mesures gouvernementales ont historiquement contribué à la diminution de l'accès aux soins et à l'allongement des listes d'attente. À titre d'exemple, la réduction des effectifs par la diminution du nombre des entrées en faculté de médecine a créé une pénurie réelle d'effectifs médicaux; les plafonnements d'activités (plafonnement des revenus) imposés aux médecins depuis plus de vingt ans et les fermetures récurrentes des unités de soins et des salles d'opération des hôpitaux, ont ajouté une pénurie artificielle de médecins en les empêchant de voir leurs patients et de pratiquer leur art. Mentionnons également la loi anti-déficit et l'imposition d'enveloppes budgétaires fermées pour la rémunération des médecins québécois. La gestion d'accès aux soins médicaux spécialisés du gouvernement a donc jusqu'à présent été plutôt à l'effet de restreindre l'offre plutôt que de satisfaire à la demande.

Nous croyons donc que le projet de loi devrait s'adresser plus précisément à l'amélioration du mécanisme des listes d'attente. À ce niveau, la FMSQ considère normal que les listes d'attente des centres hospitaliers soient constituées en fonction de critères et de normes préalablement établies entre les médecins et les administrateurs. La Fédération se demande cependant si une loi en ce sens est nécessaire. En effet, dans le cadre de la loi actuelle, il y a eu amélioration de certaines listes d'attente et parfois normalisation de l'accès aux soins, par exemple en cardiologie tertiaire, en ophtalmologie, en orthopédie et en radio oncologie. Ces travaux récents doivent s'étendre à toutes les spécialités médicales et chirurgicales qui ont des listes de patients en attente d'examen diagnostiques ou de traitements sur des listes moins médiatisées.

Également, nous sommes d'avis que la gestion des listes d'attente doit se faire dans le respect du patient et du médecin traitant. Le mécanisme devra respecter l'opinion professionnelle du médecin traitant qui devra pouvoir conserver la prérogative d'une certaine priorisation en fonction de la gravité du cas d'un malade, prenant préséance sur la simple date d'inscription d'un patient à la liste d'attente.

Finalement, il va de soi que tout mécanisme de gestion des listes d'attente doit être instauré après consultation avec les chefs de départements cliniques concernés et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement. À noter cependant qu'il s'agit encore une fois d'une nouvelle tâche déléguée au chef de département, alors que la rémunération des tâches médico-administratives n'est toujours pas réglée.

Maintenant, en ce qui a trait au pouvoir d'intervention du ministre, le projet de loi prévoit la possibilité qu'il émette des directives afin de favoriser l'accès dans un délai qu'il juge raisonnable, à certains services médicaux spécialisés dont il estime le temps d'attente déraisonnable ou sur le point de le devenir, et ce, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement. Or, force est de constater qu'il s'agit là dans l'ensemble de concepts des plus flous.

Rien dans ce projet de loi ne garantit une amélioration de l'accès aux soins médicaux spécialisés et surspécialisés. Nulle part dans le projet de loi n° 33 peut-on constater l'engagement du gouvernement à rendre les services médicaux spécialisés accessibles à la population dans des délais spécifiques. Nulle part peut-on constater l'obligation du gouvernement de donner à un centre hospitalier les ressources nécessaires à cette garantie. L'article 431.2 ne présente que des idées générales où on laisse entre des mains politiques le soin d'estimer ce qui est raisonnable ou déraisonnable, de déterminer quels sont les services médicaux spécialisés qui seront visés et les mesures nécessaires qui devront être mises en place.

Nous voudrions plutôt retrouver ici des dispositions claires par lesquelles le gouvernement du Québec s'engage à garantir des soins et à respecter ses engagements sur les stratégies énumérées à la Conférence annuelle des ministres de la santé (Toronto – octobre 2005).

Concernant le temps d'attente[...] compte tenu des standards d'accès généralement reconnus, il est impératif de convenir de la définition et de l'application de ces normes : elles ne peuvent être établies d'autorité par le ministre ou par son représentant. Ces délais d'une attente maximale doivent être déterminés par un tiers :

- soit en consensus par un regroupement de plusieurs intervenants de médecins et d'administrateurs, comme dans le *Western Canada Waiting List Project de 2001*,
- soit par les sociétés savantes nationales et internationales mandatées à cet effet. À titre d'exemple, mentionnons le *Rapport final de l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun (août 2005)*, cette alliance regroupant sept associations nationales de médecins du Canada, dont six de médecins spécialistes,
- soit sur des critères objectifs économiques. Ainsi, le *Journal de l'Association médicale canadienne*, édition du 23 mai 2006, présente un modèle mathématique de listes d'attente idéales où les coûts du système de soins et les coûts sociaux reliés à l'attente sont réduits au minimum. L'auteur (Schaafsma, un économiste de l'Université de Victoria de Colombie-Britannique) rappelle qu'un traitement indûment retardé coûte très cher au patient (coût du traitement des symptômes, perte de productivité et de revenus pendant l'attente, résultat sous-optimal, etc.) et au système de soins (hospitalisation et réadaptation plus longues et complications plus fréquentes). À titre d'exemple, l'auteur voit comme idéal un temps d'attente de 5-6 semaines pour une arthroplastie de la hanche, améliorant les résultats et réduisant les dépenses.

Par ailleurs, le ministre s'impose l'obligation d'obtenir *l'autorisation du gouvernement*, avant de *prendre toute mesure nécessaire pour que soit mis en place[...] des mécanismes particuliers d'accès[...]* Ceci nous semble être une lourdeur qui rendra tout le processus a fonctionnel. Doit-on vraiment enchâsser dans une loi une telle obligation ? L'offre d'un traitement d'exception, dans le cadre d'une incapacité à répondre à une demande dans les délais prescrits, et la décision de procéder à de tels soins devraient découler d'une entente prise entre un patient, son médecin traitant, un établissement et l'agence. Rappelons que la crise récente de l'accès aux traitements de radio-oncologie a été gérée à l'intérieur du cadre législatif existant, par une volonté politique et un investissement en efforts et en argent.

En résumé, les deux mesures gouvernementales que sont *l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés[...] et les mécanismes particuliers* ne font pas la preuve d'une garantie d'accès.

2. LES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS (CMS)

Suite à l'arrêt Chaoulli et dans le *Document de consultation* de février 2006, l'objectif consiste à accorder une certaine place au secteur privé, ceci afin de donner aux patients une soupape puisque le régime public de soins avait été perçu par la Cour suprême du Canada comme ne remplissant pas ses promesses. Or, la lecture de l'article 11 du projet de loi n° 33 révèle qu'il s'agit d'une ouverture minimale, réductrice, imposant un carcan bureaucratique énorme. Il s'agit plutôt d'un resserrement par rapport à ce qui est possible maintenant.

Dans un CMS, pourraient être dispensés, selon certains critères et dans un lieu hors établissement, *tous les services médicaux nécessaires pour effectuer une arthroplastie-prothèse totale de la hanche ou du genou, une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intra-oculaire, ou tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement du ministre*. Y a-t-il nécessité de créer un nouveau concept de cabinet de médecins pour pouvoir favoriser l'accessibilité ? La création de CMS, tel que proposée, est-elle susceptible d'améliorer l'accès aux soins ? Nous ne le croyons pas, du moins dans l'immédiat et pour les trois pathologies choisies.

On peut d'emblée se demander pourquoi introduire dans la loi une limitation à trois types de chirurgie et si cette façon de procéder respecte les exigences de la Cour : faudra-t-il en référer au ministre et à des modifications réglementaires à chaque fois qu'une liste d'attente s'allongera ou se tarira pour une intervention chirurgicale donnée ? Et étant donné que les listes d'attente peuvent varier considérablement d'une région administrative à une autre, voire même d'un centre hospitalier à un autre dans une même région, pourquoi les traitements médicaux spécialisés autorisés dans un CMS devraient-ils être déterminés par le ministre plutôt que par les agences régionales de développement en concertation avec les tables régionales de chefs de départements ?

Également, il nous apparaît que dans son choix des trois services visés, le ministre soit en contradiction avec ses propres balises. Car, dit le projet, *Aux fins de déterminer un traitement médical spécialisé, le ministre doit prendre en compte notamment les risques généralement associés à ce traitement, l'importance du personnel et de l'équipement nécessaires pour le dispenser de même que, le cas échéant, le type d'anesthésie normalement utilisé lors du traitement et la durée de l'hébergement habituellement requise à la suite de celui-ci (Art. 11 333.1, 2^e alinéa)*. Ce libellé résume pourquoi le CMS présenté ne correspond pas aux attentes des médecins spécialistes : d'une part, les arthroplasties sont en général des chirurgies trop lourdes pour être pratiquées en CMS et d'autre part, l'extraction de la cataracte est une chirurgie qui ne justifie pas l'encadrement médical, administratif et juridique que l'on cherche à imposer avec le CMS.

En d'autres mots, l'arthroplastie-prothèse totale de la hanche ou du genou, nécessitant impérativement un hébergement de 48 à 96 heures et une longue réadaptation, n'est certes pas la chirurgie à pratiquer idéalement en CMS; les chirurgiens orthopédistes, comme groupe, préfèrent la pratiquer en centre hospitalier. Nous citons un passage de leur mémoire d'avril 2006 concernant les « cliniques affiliées spécialisées » : *Les orthopédistes se faisaient l'idée de cliniques permettant des chirurgies moins invasives, ne nécessitant pas d'hospitalisation et permettant de libérer du temps opératoire dans les centres hospitaliers principaux*. À l'opposé, l'extraction de la cataracte est une technique chirurgicale pratiquée sur base ambulatoire sans hébergement : pourquoi alors requérir un pareil encadrement bureaucratique. Le concept de CMS est donc inadapté, et pour l'arthroplastie, et pour l'extraction de la cataracte.

De plus, comme nous l'avons mentionné, les maigres bénéfiques qui peuvent profiter à ces cliniques au niveau du financement sont assujettis à diverses conditions et mesures de contrôle qui font en sorte de rendre aléatoire et très peu probable la mise sur pied de tels centres. Mentionnons entre autre que le CMS :

- *Doit obtenir un permis délivré par le ministre au coût de 500 \$;*
- *Doit nommer un directeur médical;*
- *Doit obtenir un agrément des services auprès d'un organisme reconnu;*
- *Voit y exercer exclusivement des médecins participants ou non participants;*
- *Est également assujetti aux conditions de CMA si il est constitué de médecins participants*
- *Peut être l'objet d'un avis du CMQ sur la qualité des services dispensés, sur la compétence des médecins qui les dispensent ou sur les normes à suivre pour relever le niveau de qualité*
- *Est sujet à des amendes s'il contrevient aux règles précédentes (150 \$ à 6 000 \$ selon le cas);*

Enfin, d'autres contraintes sont imposées au CMS :

- *Il est responsable de tous les soins préopératoires, postopératoires, de réadaptation et de soutien à domicile (non participants);*
- *Les possibilités de recours en subrogation pour le préjudice causé sont élargies;*
- *Le pouvoir d'inspection du ministre prévu à la Loi s'appliquera dans les CMS, ce qui lui permet de pénétrer, examiner, tirer copie, etc., dans un lieu qui ne lui appartiendrait pas;*
- *Le permis peut être révoqué ou suspendu par le ministre en diverses circonstances;*
- *Le ministre peut [...] ordonner d'apporter les correctifs nécessaires dans le délai qu'il fixe.*

En résumé, la proposition d'un *régime juridique d'exercice d'activités médicales dans des centres médicaux spécialisés* nous apparaît être, dans sa présentation actuelle, un échec planifié. Il n'existe aucun intérêt pour les médecins à s'engager dans cette voie coûteuse, risquée, limitée dans le temps, soumise à l'arbitraire, que les médecins soient participants ou non participants. Les chances sont minces que voient le jour quelques CMS tels que définis dans le projet de loi n° 33. Par conséquent, cette mesure n'est pas susceptible d'améliorer de manière significative l'accès aux soins et ne rejoint pas les objectifs qui sont recherchés.

Si dans le futur on élargissait le nombre et le type de soins qui pourraient y être dispensés, le concept du CMS, autorisant l'hébergement, s'avérerait alors un outil valable. Il permettrait par exemple d'y pratiquer des chirurgies moins lourdes que les arthroplasties mais nécessitant une courte période d'hospitalisation.

3. LES CLINIQUES MÉDICALES ASSOCIÉES (CMA)

Nous comprenons que l'article 12 du projet de loi n° 33 crée la notion de CMA dans le but d'améliorer l'accessibilité en permettant à un établissement de s'associer à une clinique médicale pour y faire dispenser certains services médicaux pour ses usagers. La Fédération propose depuis plusieurs années le modèle de « cabinet affilié » et devrait pouvoir se réjouir que le gouvernement se propose d'enfin accepter ce concept et sa mise en application. Mais la Fédération ne peut être favorable au projet de loi dans sa présentation de la clinique médicale associée, imposant de lourdes et inacceptables contraintes administratives qui rendent encore une fois aléatoire le développement de ce type de partenariat.

La FMSQ croit au « cabinet affilié » ou à la CMA; depuis plusieurs années, elle répète que les centres hospitaliers devraient être prioritairement réservés à la prestation de soins aigus de deuxième et de troisième ligne nécessitant impérativement une hospitalisation. Ainsi, nous voyons les cabinets affiliés (correspondants aux nouvelles CMA) comme des lieux de dispensation de tous services médicaux et chirurgicaux, diagnostiques et thérapeutiques, dont le faible degré de difficulté et de lourdeur permet une prestation hors établissement. À titre d'exemple, mentionnons l'endoscopie et l'imagerie diagnostique des patients ambulatoires, les chirurgies mineures sous anesthésie locale sans hébergement et même certaines chirurgies plus lourdes possibles en mode ambulatoire, se pratiquant sous anesthésie générale mais sans besoin d'hébergement.

La clinique médicale affiliée constitue un lieu de travail plus efficace, plus efficient, plus personnel et plus convivial : on la voit surtout comme propriété des prestataires qui l'administrent, qui investissent dans leurs équipements, qui engagent un personnel qu'ils considèrent comme une ressource précieuse dont ils peuvent exiger et aussi récompenser un rendement. Le cabinet privé de professionnel permet au médecin de disposer d'un lieu de pratique non soumis aux aléas hospitaliers hors de son contrôle, tel les réductions récurrentes d'activités par manque de personnel, la fermeture de plateaux techniques ou d'unités de soins. Ce transfert d'activités aurait des retombées positives en rendant des services à meilleur coût et en soulageant d'autant les centres hospitaliers qui pourraient consacrer leurs ressources à la prestation de services plus lourds.

Le concept en soi est donc souhaitable. Le projet de loi n° 33 offre la possibilité pour les CMA d'obtenir une source de financement additionnel auprès d'une agence de la santé et des services sociaux. Cependant, ce bénéfice est assujéti à diverses conditions ou mesures de contrôle imposées directement par la Loi elle-même et ne laissant ainsi aucune place pour la liberté contractuelle des parties. À ce titre, mentionnons entre autres les éléments suivants :

- Une entente ne peut se faire que sur proposition de l'agence et que si le ministre estime qu'elle est de nature à améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés concernés et qu'elle n'affectera pas la capacité de production du réseau public.
- Le choix de la clinique doit être fait selon le meilleur rapport qualité/coût.

- L'entente à être signée doit prévoir divers éléments prévus à la loi :
 - i) La nature des services médicaux spécialisés qui seront dispensés;
 - ii) Le nombre minimal et maximal de services dispensés annuellement;
 - iii) Le montant unitaire versé par l'agence pour couvrir chaque service;
 - iv) Les mécanismes de surveillance de la qualité/sécurité des services médicaux;
 - v) Les sommes qui peuvent être exigées d'un usager;
 - vi) Les exigences en matière de tenue de livres.
- Les services faisant l'objet de l'entente seront soumis à la procédure d'examen des plaintes de l'établissement qui dirige l'utilisateur vers la CMA ou à celle de l'agence.
- Tous les médecins qui exercent dans une CMA doivent être participants.
- Les seules sommes d'argent qui peuvent être réclamées d'un usager sont celles qui auraient normalement été exigées par l'établissement.
- Tout médecin qui œuvre dans une CMA doit :
 - i) Être titulaire d'une nomination lui permettant d'exercer sa profession dans l'établissement auquel cette CMA est associée.
 - ii) Satisfaire entièrement aux besoins du centre hospitalier selon l'appréciation faite par le DSP.
 - iii) Remplir en tout temps les obligations rattachées à la jouissance des privilèges qui lui sont accordés.
- L'exploitant d'une CMA ne doit pas permettre qu'un médecin ne se conforme pas à la disposition ci-dessus mentionnée. Il doit également remettre au DG et tenir à jour une liste de tous les médecins qui exercent dans la CMA.
- Il faut l'autorisation du ministre pour mettre fin à l'entente avant l'arrivée de son terme, la modifier ou la renouveler.
- L'agence peut toutefois mettre fin d'elle-même à l'entente lorsqu'elle a des motifs raisonnables de croire que la qualité ou la sécurité des services médicaux spécialisés dispensés dans la CMA n'est pas satisfaisante ou que son exploitant ou un médecin qui y exerce ne se conforme pas à l'une des obligations ci-dessus mentionnées.

Le projet de loi a pour effet de traiter ces nouvelles cliniques médicales associées de façon plus rigide que les GMF et les cliniques réseaux. Ainsi, l'association d'un établissement à une clinique médicale ne pourra se réaliser que sur *décision du ministre*, sous forme d'un contrat d'adhésion. Pourquoi, comme dans le cas des GMF, à l'intérieur de la loi actuelle, l'association d'un établissement et d'une clinique médicale ne se ferait-elle pas une entente de gré à gré sur base d'une offre de services de la part d'une clinique à un établissement ou à une agence qui l'aurait sollicitée par appel d'offre ou ferait preuve d'un besoin ?

Dans l'esprit de décentralisation des agences de la santé et des services sociaux, ne serait-il pas suffisant qu'une telle décision d'association entre un établissement et une clinique médicale puisse se faire régionalement par acceptation par l'agence, responsable du budget dans sa région, sans besoin d'un mécanisme ministériel central ? D'autant plus que l'article 108 de l'actuelle Loi sur les Services de santé et des Services sociaux prévoit déjà qu'*un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente [...]*

Autre interrogation. Si une entente de services entre un établissement et une CMA vise à soulager l'établissement, pourquoi imposer une obligation de diriger à un établissement un patient qui sera subséquemment référé par l'établissement à une CMA ? Pourquoi alors ne pas permettre une entente de services entre une GMF ou une clinique réseau d'omnipraticiens avec une CMA de médecins spécialistes ? De plus, est-ce qu'un mécanisme d'autorisation ministérielle, centralisé, peut mieux que les acteurs locaux évaluer *le meilleur rapport qualité/coûts* ? (349.2) *L'autorisation du ministre*, requise partout, est un geste de centralisation qui risque de paralyser le processus.

Sur le remboursement des frais d'opération d'un cabinet, le projet de loi est peu explicite. Les cabinets assument déjà une partie du rôle des établissements et sont sous financés. Il faudrait donc prévoir une source de financement de ces coûts, qui seront sans doute inférieurs à ceux du réseau public, si jamais ceux-ci parviennent à être établis. Cette voie implique une augmentation importante du financement pour les cabinets affiliés de médecins (augmentation des composantes techniques actuellement prévues à l'entente, remise à l'ordre du jour des frais accessoires exigibles des patients), afin de leur donner les ressources nécessaires pour assumer les dépenses d'exploitation qui présentement ne sont pas assumées. Le récent jugement de l'Honorable Nicole Bénard dans l'affaire de l'Association pour l'accès à l'avortement c. Québec fait valoir que l'État doit adéquatement prendre en compte les frais d'exploitation des cabinets offrant des services médicaux assurés.

En résumé, nous avons demandé depuis plusieurs années que le gouvernement fasse preuve d'une volonté de favoriser la conclusion d'ententes entre cabinets et les milieux hospitaliers, de permettre aux cabinets et cliniques médicales de contribuer à l'amélioration de l'accès aux services. Dans sa forme actuelle, il est peu ou non susceptible d'atteindre son objectif de mettre en place des conditions favorables à l'amélioration de l'accès : en ce sens, le projet de loi est un échec. Il ne favorise pas une collaboration départageant les responsabilités et les types de services entre les cliniques médicales et les CH en fonction des capacités et missions respectives de chacun. Le projet de loi prévoit un carcan juridique incroyable pour les médecins, lequel sera un empêchement à une plus grande participation des cabinets à l'amélioration de l'accès aux services. Parce que les dispositions du projet de loi imposent un cadre juridique lourd et rigide pour éventuellement créer une structure déjà possible à mettre sur pied plus facilement et avec une meilleure garantie de succès dans le cadre législatif actuel, ce projet de loi constitue un recul et non une avancée. Rappelons qu'à l'inverse, les GMF et les cliniques réseaux ont été créées par une entente négociée de gré à gré, tout en jouissant d'un financement intéressant et non rattaché à des contraintes fixées dans une loi.

4. MODIFICATIONS À LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE et MODIFICATIONS À LA LOI SUR L'ASSURANCE HOSPITALISATION

Rappelons que l'arrêt de la Cour suprême du Canada, en juin 2005 dans l'affaire Chaoulli, statuait que les délais d'attente pour des soins médicaux brimaient les droits à la vie et à la sécurité garantis par l'article 7 de la Charte canadienne et les droits à la vie et à l'intégrité de la personne protégés par l'article 1 de la Charte québécoise. Par conséquent, l'arrêt de la Cour suprême contestait l'article 15 de la Loi sur l'assurance maladie et l'article 11 de la Loi sur l'assurance hospitalisation, jugeant injustifiée la prohibition faite aux Québécois de pouvoir souscrire à une assurance privée afin d'obtenir des services médicaux déjà assurés.

On comprend le besoin d'introduire la soupape présentée dans le projet de loi, on peut se questionner si elle est ou non suffisante.

Il y a maintenant plus de 40 ans que les Québécois sont habitués à un système public d'assurance hospitalisation et que les médecins québécois sont habitués à une rémunération garantie par l'assurance maladie. Il n'y aura pas de retour en arrière. Dans tous les mémoires qu'elle a présentés devant cette Commission parlementaire, la FMSQ a à chaque fois réaffirmé sa confiance dans un système de soins publics et son désir de le voir fonctionner adéquatement. Dans leurs mémoires présentés en avril 2006, les médecins spécialistes en ophtalmologie et en orthopédie sont venus également vous confirmer leur adhésion et leur croyance dans un système public fort et fonctionnel.

Or le projet de loi actuel modifie timidement la Loi sur l'assurance maladie en ouvrant au privé, un mode d'exception, trois interventions qui sont actuellement déjà offertes sur petite échelle dans le privé et que les associations de médecins spécialistes impliquées ne désirent pas davantage voir transférées du public vers le privé.

L'arrivée possible des CMA ne signifie pas non plus que les médecins spécialistes veuillent désertir les hôpitaux. L'assise principale de la médecine spécialisée restera le milieu hospitalier. Tout ne peut pas se faire dans les cabinets affiliés. Il y aura toujours de nombreuses interventions qui devront se faire en milieu hospitalier et qui ne se prêtent pas à ces activités en cabinets privés. Il faut les préserver. Il faut continuer les investissements nécessaires en milieu hospitalier.

C'est la performance du système public qui conditionnera la prestation privée de soins. Un système public de soins de santé efficace et efficient, sans problème d'accès indu, constitue la meilleure protection contre l'envahissement d'un système privé parallèle; au contraire, il y aura des pressions pour qu'un système privé parallèle prenne la relève si le système public ne remplit pas ses promesses.

5. AUTRES MESURES PRÉVUES À LA LOI QUI ONT UN IMPACT SUR L'EXERCICE DES MÉDECINS

Encore une fois, rappelons que l'objectif du projet de loi est d'améliorer l'accessibilité aux soins médicaux spécialisés et surspécialisés. Or, on ne peut que se questionner et être choqué de voir ici plusieurs autres dispositions qui ne sont aucunement en lien avec l'objectif, qui ne visent à régler aucun problème réel actuel mais qui ne font que rajouter un encadrement et des règles pour l'exercice de la médecine au Québec. En voici des exemples :

- *Un établissement public ou privé conventionné ne peut louer ses installations à un professionnel non participant sans avoir préalablement obtenu l'autorisation du ministre : et pourquoi pas, si c'est dans l'intérêt de l'accès aux services, les heures d'utilisation des installations des établissements étant notoirement courtes ?*
- *Un établissement ne peut conclure d'entente concernant la dispensation, la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de santé ou de services de télésanté avec l'exploitant d'un CMS où exercent exclusivement des non participants ou avec un professionnel non participant sans avoir obtenu l'autorisation préalable du ministre.*
- *Lorsqu'un médecin cesse sans l'autorisation du CA d'exercer sa profession dans un centre hospitalier sans avoir donné un préavis de 60 jours, le conseil d'administration avise la Régie de ce départ et lui indique la période pour laquelle ce professionnel devient non participant. Durant cette période, un médecin ne peut exercer dans un CMS où exercent exclusivement des non participants.*
- Le médecin doit afficher le tarif des frais accessoires et services non assurés qu'il peut réclamer du patient et il lui est interdit de réclamer toute autre somme que celles affichées (amende de 500 \$ à 5 000 \$ selon le cas).
- Le ministre peut empêcher un médecin de devenir non participant. Il s'agit là d'une mesure contraire aux droits et libertés des médecins et qui se doit d'être retirée. La situation actuelle ne commande aucune mesure aussi draconienne et le projet de Loi ne met en place aucun élément qui pourrait encourager davantage la non participation, bien au contraire. Dans le cadre de la Loi actuelle, le ministre dispose déjà de tous les outils nécessaires afin de prévenir les dérapages qui pourraient, le cas échéant, être reliés à la non participation et il n'y a pas lieu d'en faire davantage.

En conclusion, nous ne voyons pas à quelles problématiques répondent ces dispositions du projet de loi et quel est leur rapport avec l'objectif de la loi qui est d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés. Par ailleurs, le projet de loi ne manque pas de nouvelles obligations et mesures punitives envers les médecins, mesures qui ne sont en rien susceptibles d'améliorer les soins.

CONCLUSION

La Fédération voit plutôt favorablement une meilleure gestion des listes d'attentes. Le mécanisme prévu à la Loi se doit donc d'être précisé davantage à ce niveau. Nous croyons que l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité et un financement adéquat du système public seraient les meilleurs gages d'un accès aux soins en temps opportun dans le centre choisi par le patient et où pratique son médecin. La Fédération insiste pour que des garanties d'accès soient offertes aux patients. Ceci implique que le gouvernement prenne un engagement clair à cet effet et que les délais médicaux acceptables ne soient pas fixés par décret ministériel mais par consensus des sociétés savantes ou par un modèle scientifique objectif. Ainsi, elle ne voit pas comment les mesures annoncées par ce projet de loi garantissent une amélioration de l'accès aux soins.

La Fédération accueille favorablement l'ouverture du ministre à favoriser la participation des cliniques médicales associées, mais non dans le cadre juridique lourd et rigide présenté ici. Ce partenariat devrait découler d'ententes locales ou régionales plutôt que d'autorisations ministérielles. Elle voit par ailleurs peu d'avenir pour les centres médicaux spécialisés.

Nous croyons inutile de renforcer les règles d'étanchéité entre les médecins participants et non participants : la Fédération s'objecte à ce que soit retirée la petite liberté encore concédée aux médecins, c'est-à-dire celle qu'ils ont de pouvoir ne pas participer au régime public, privilège dont se sont prévalus très peu de médecins québécois depuis la création du régime. C'est un faux problème maintenant et pour le futur prévisible.

Enfin, quant aux minimes modifications apportées à la Loi sur l'assurance maladie et à la Loi sur l'assurance hospitalisation, on peut se demander si elles correspondent aux modifications demandées.

Au total, le projet de loi est décevant, plutôt destiné à satisfaire des impératifs juridiques et politiques; du point de vue médical, il n'apporte rien qui ne soit possible dans le cadre de la loi actuelle, si ce n'est une volonté politique manquante.

C'est un projet de loi strict et rigide, empreint de méfiance, qui dicte la pratique de la médecine et les conditions de conclusion d'ententes entre les milieux plutôt que de favoriser les conditions gagnantes pour une meilleure accessibilité. Si les GMF et les cliniques réseaux avaient été créés dans un encadrement pareil, elles seraient aujourd'hui peu nombreuses. Ce projet de loi est à refaire complètement et s'inscrit dans l'habitude de ce gouvernement d'imposer des cadres plutôt que de favoriser la collaboration, la participation et la négociation.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la préparation de ce mémoire, les documents suivants ont été consultés.

L'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun. Il est grand temps d'agir ! Pour une meilleure gestion des temps d'attente grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires. Ottawa: août 2005. Disponible: URL.

http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Release/pdf/2005/French/wta-final-f.pdf

Association des médecins ophtalmologistes du Québec. Mémoire relatif à la réponse du gouvernement Charest au jugement Chaoulli et au plan visant à garantir l'accès aux soins de santé à la population dans le cadre de la consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé « Garantir l'accès, un défi d'équité, d'efficience et de qualité ». Montréal, 2006.

Association d'orthopédie du Québec. *Mémoire de l'Association d'orthopédie du Québec dans le cadre de la consultation sur les propositions contenues dans le document « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité »*. Montréal : 2006.

Association pour l'accès à l'avortement c Québec (P.G.), Cour supérieure ; cause numéro 500-06-000158-028, Montréal : août 2006

Bégin JF. «Les usagers des services de santé en sont satisfaits», sondage Léger & Léger. *La Presse*, jeudi 17 août 2000.

British Columbia Medical Association. *Waiting too long: reducing and better managing wait times in BC – A policy paper by BC's physicians*. Vancouver : BCMA; 2006.

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec (Comité Ménard). *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations : rapport et recommandations*. Québec : Juillet 2005.

Conférence annuelle des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la santé. Communiqué. Toronto: 22 et 23 octobre 2005. Disponible :
URL: http://www.scics.gc.ca/cinfo05/830866004_f.html

Couillard P. Pour un meilleur système de santé : adapter nos pratiques, affirmer nos principes. *L'Actualité médicale* 15 mars 2006; 27(9) :4.

Fédération des médecins spécialistes du Québec. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé public au Québec, présentation de la FMSQ devant la Commission Arpin*. Montréal : FMSQ; 22 janvier 1999.

Fédération des médecins spécialistes du Québec. Provost J. *Organisation des services médicaux au Québec – Flexibilité qualitative, intégration globale et regroupement des ressources : pour votre santé, notre compétence; pour votre bien-être, notre engagement*. Montréal : FMSQ; 1999.

Fédération des médecins spécialistes du Québec. Mémoire relatif au financement et à l'organisation des services de santé et des services sociaux dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Montréal : FMSQ; 2000.

Fédération des médecins spécialistes du Québec. Garantir à nos patients l'accès à nos soins – réponse et commentaires au Document de consultation Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité. Montréal : FMSQ; 2006.

Gouvernement de l'Alberta. Health policy framework. Alberta: 2006.

Gouvernement du Québec. Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité et de qualité. Document de consultation. Québec: MSSS; 2006.

Ingelhart JK. Revisiting the Canadian health care system. N Engl J Med, 2000;342(26): 2007-12.

Institut canadien d'information sur la santé. Les soins de santé au Canada : un premier rapport annuel. Ottawa : ICIS; 2000.

Institut canadien d'information sur la santé. Les soins de santé au Canada. Ottawa : ICIS; 2001.

Institut canadien d'information sur la santé. Les soins de santé au Canada. Ottawa : ICIS; 2002.

Institut canadien d'information sur la santé. Les soins de santé au Canada. Ottawa : ICIS; 2003.

Institut canadien d'information sur la santé. Les soins de santé au Canada. Ottawa : ICIS; 2004.

Institut canadien d'information sur la santé. Tendances et dépenses nationales de santé, 1975-2001. Ottawa : ICIS; 2000.

Lamarche P, Conrandriopoulos AP. Les propositions du livre blanc : un pas vers l'amélioration de la cohérence du système de santé ? – Rapport à la Commission parlementaire des Affaires sociales sur la proposition gouvernementale Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité. Montréal : Université de Montréal, GRIS; 2006.

Méthot D. Québec répond au jugement Chaoulli. L'Actualité médicale 5 juillet 2006;27(23); 3-6.

Méthot D. Les chirurgiens généraux réagissent à la garantie d'accès : « Il faudra un changement de mentalité dans les hôpitaux ». L'Actualité médicale 15 mars 2006; 27(9);6.

Méthot D. Les orthopédistes accueillent favorablement le plan de Québec. L'Actualité médicale 15 mars 2006;27(9); 6.

Organisation de coopération et de développement économiques. Le projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants – études thématiques. Paris : OCDE; 2004.

Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Genève : OMS; juin 2000.

Pelletier MY. Mémoire à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale dans le cadre de la publication du document gouvernemental intitulé: Garantir l'accès, un défi d'équité, d'efficience et de qualité. Québec : 2006.

Schaafsma J. Are there better ways to determine wait times? CMAJ 2006;174(II):1551-2

Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Un plan décennal pour consolider les soins de santé. Ottawa: Réunion des premiers ministres; 13 au 16 septembre 2004. Disponible : URL: http://www.scics.gc.ca/confer04_f.html

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

Tél. : (514) 350-5000
Tél. : (514) 350-5175

Courriel : communications@fmsq.org