CAS – 006M
C.P. – P.L. 34
Centres médicaux
spécialisés
Deuxième version révisée

FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

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

MÉMOIRE

À LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

PROJET DE LOI N° 34

LOI MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES

CONCERNANT LES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ET

LES LABORATOIRES D'IMAGERIE MÉDICALE GÉNÉRALE

Le 27 mai 2009

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES **2**

INTRODUCTION **3**

RÉSUMÉ **4**

COMMENTAIRES AU SUJET DES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS **5**

- **L'intention première** **5**
- **Des moyens à revoir** **5**
- **Des partenariats souples et dynamiques** **7**
- **Le nécessaire changement de cap** **9**

COMMENTAIRES AU SUJET DES LABORATOIRES D'IMAGERIE MÉDICALE **9**

CONCLUSION **10**

INTRODUCTION

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

La FMOQ a pour mission d'étudier et de défendre les intérêts économiques, sociaux, moraux et scientifiques de ses associations constituantes et de leurs membres.

Depuis plus de quarante ans, elle négocie les conditions d'exercice et de rémunération des médecins omnipraticiens québécois auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux et conclut avec lui les ententes en ces matières dans le cadre de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*.

Depuis sa création, la FMOQ propose, entreprend et poursuit, seule ou en partenariat avec les principaux acteurs issus du monde de la santé, de nombreux travaux liés à l'exercice de la médecine, à l'organisation des soins de santé et à la place que doivent occuper les médecins omnipraticiens sur l'échiquier des services de santé au Québec. En matière d'organisation de services et de politiques liés à la qualité de notre système de santé et de services sociaux, la FMOQ a toujours été soucieuse de partager son expertise. Elle a à cœur tant l'intérêt des médecins que celui de la population en général. Elle aspire à la viabilité d'un système de santé fiable, efficace et performant.

La FMOQ remercie les membres de la Commission de lui permettre de prendre une part active à l'étude du Projet de loi n^{o} 34.

RÉSUMÉ

Ce mémoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) porte sur le Projet de loi n° 34 présenté par le ministre Yves Bolduc à l'Assemblée nationale le 24 mars 2009.

La présentation de ce projet de loi s'inscrit dans la foulée de l'adoption du Projet de loi n° 33 en 2006 (instituant notamment les centres médicaux spécialisés et les cliniques médicales associées) et dans celle de l'adoption du Projet de loi n° 95 en 2008 (portant sur l'exploitation des laboratoires d'imagerie médicale).

Lors de la présentation du Projet de loi n° 3, la FMOQ reconnaissait que les intentions gouvernementales avaient le mérite de contenir deux idées de fond intéressantes. La première, en réaction au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli, était la volonté d'instaurer des mécanismes de gestion permettant l'accès à certains soins de santé dans des délais raisonnables. La deuxième était de reconnaître que les solutions aux problèmes d'accès aux services médicaux spécialisés ne se situaient pas toutes entre les murs des centres hospitaliers et, à ce titre, qu'il y avait lieu de faire davantage de place à l'apport du secteur privé en matière de livraison de services de santé dans le cadre d'un financement public. La FMOQ partageait entièrement ces deux idées de fond. Malheureusement, la présentation du Projet de loi N° 34 nous donne l'occasion de répéter que les moyens développés par le gouvernement pour mettre en œuvre ces mécanismes d'accès sont inappropriés. La FMOQ estime qu'ils reposent essentiellement sur des mesures de contrôle démesurées qui visent davantage à rassurer le public plutôt qu'à véritablement le servir et le protéger.

La Fédération est d'avis, compte tenu des exigences structurelles, légales, administratives, financières et humaines que supposent toutes ces modifications législatives, que le modèle et l'exploitation des centres médicaux spécialisés (CMS), des centres médicaux spécialisés associés (CMSA) et des cliniques médicales associées (CMA), n'incitent pas les médecins à s'y impliquer et à y investir financièrement. Les modalités mises de l'avant par le gouvernement pour l'exploitation et le fonctionnement des CMS, des CMSA et des CMA ne sont ni souples, ni efficaces. Elles sont inflexibles et contraignantes. Elles relèvent du carcan administratif.

En ce qui concerne les laboratoires d'imagerie médicale, la Fédération profite de l'occasion que lui offre la Commission pour dénoncer la façon arbitraire et précipitée ayant entourée l'adoption du Projet de loi n° 95 en 2008 et les suites qui lui sont données dans le cadre du Projet de loi n° 34.

Par le biais de son mémoire, la FMOQ entend donc aller au-delà d'une simple analyse article par article du Projet de loi n° 34. Les préoccupations qu'elle veut exprimer ont une portée beaucoup plus large.

COMMENTAIRES AU SUJET DES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

L'intention première

En adoptant le Projet de loi n° 33 en décembre 2006, le gouvernement du Québec instituait le concept de centre médical spécialisé (CMS) et de cliniques médicales associées (CMA). Les CMS visent à permettre à des médecins, dans un cadre de fonctionnement réglementé, de dispenser à leur clientèle, hors établissement, les services médicaux nécessaires pour effectuer une arthroplastie-prothèse 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. Les cliniques médicales associées (CMA), pour leur part, peuvent être un cabinet privé, un laboratoire ou un CMS qui procurent des services aux usagers d'un établissement du territoire via une entente de services.

Par le biais des nouvelles dispositions réglementaires, le gouvernement, à prime abord, espérait donc améliorer l'accessibilité à certains services médicaux spécialisés affectés de délais déraisonnables, et ce, au bénéfice du plus grand nombre possible de Québécois.

Des moyens à revoir

Chaque fois que l'occasion lui en fut donnée dans le passé, la FMOQ a fait valoir toute l'importance de développer des partenariats publics privés souples et efficaces. L'analyse du *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé* a malheureusement amené la FMOQ à conclure que les objectifs du gouvernement étaient sans doute plus flous et qu'ils pourraient difficilement être atteints. Pire, la Fédération croit que l'ensemble du dispositif législatif pourrait même aller jusqu'à affecter l'accessibilité, pourtant déjà instable, de certains services médicaux rendus en cabinet privé.

Afin de bien mettre en lumière nos préoccupations, il convient de rappeler que selon la législation et la réglementation, ceux qui voudront exploiter un CMS devront notamment:

- prendre connaissance d'un aide-mémoire concernant le *Règlement sur la délivrance des permis ;*
- vérifier s'ils répondent aux conditions requises pour l'obtention d'un permis ;
- compléter le formulaire de demande de permis ;
- compléter un document de renseignements complémentaires à fournir pour l'analyse de la demande ;

- compléter un engagement ;

- adresser toute la documentation en format papier à l'attention d'un répondant de l'agence de la santé du territoire ;

- attendre le résultat de l'analyse que fera l'agence de la santé et des services sociaux du territoire où sera exploité le CMS ;

- attendre, dans le cas où la demande est approuvée, que le dossier soit acheminé au Service des affaires corporatives et institutionnelles du ministère de la Santé et des Services sociaux ;

- attendre que la Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU) du ministère de la Santé et des Services sociaux analyse le dossier et qu'elle fournisse au ministre une recommandation quant à l'intérêt public de donner suite ou non à la demande ;

- analyser le résultat préliminaire que la DGSSMU leur fera parvenir quant à leur démarche ;

- prévoir, avant la délivrance du permis, une visite d'inspection du lieu où sera exploité le CMS.

- attendre une recommandation favorable consécutive à l'inspection ;

- payer les frais exigibles pour la délivrance d'un permis de CMS ;

- obtenir dans un délai de trois ans à compter de la délivrance du permis, un agrément des services qui seront dispensés dans le CMS auprès d'un organisme d'agrément reconnu par le ministre et conserver cet agrément en tout temps par la suite ;

- revoir son organisation interne de manière à se doter d'une structure hiérarchisée à la tête de laquelle un directeur médical devra veiller à organiser les services dans le CMS.

Qui plus est, si le CMS convient d'une entente de services avec un établissement du territoire, ils devront se muter obligatoirement en centre médical spécialisé associé, un CMSA. Les normes additionnelles suivantes s'appliqueront alors de façon impérative :

- il sera impossible pour un médecin d'exercer dans ce centre sans être titulaire d'une nomination dans l'établissement ;

- les médecins du CMSA devront satisfaire entièrement aux besoins de l'établissement où ils détiennent des privilèges avant de voir à se préoccuper des besoins de la clinique,

selon l'appréciation discrétionnaire du directeur des services professionnels de l'établissement ;

- l'exploitant du CMSA aura la responsabilité de surveiller chaque médecin y œuvrant afin de s'assurer que ceux-ci respectent à la lettre leurs obligations hospitalières ;

- les tarifs des honoraires des médecins, de même que les tarifs associés aux frais qui pourraient être facturés aux patients, seront ceux ayant cours en établissement ;

- malgré le libellé de l'article 34 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), qui prévoit que les médecins d'une clinique parties à une entente avec un établissement ne sont pas soumis au régime des plaintes de cet établissement, le régime de plaintes applicable aux médecins du CMSA sera celui de l'établissement ;

- les médecins parties à l'entente ne pourront suggérer de modifications à celle-ci, la renouveler ou y mettre fin avant terme sans l'accord du ministre, et ce, même si le ministre n'est pas l'un des signataires de l'entente ;

- l'agence, de son côté, aura toute la latitude voulue pour mettre un terme à l'entente si elle estime que la qualité des services n'est pas satisfaisante, ou encore, à titre d'exemple, si elle estime que l'exploitant du centre n'assume pas adéquatement son rôle de surveillant à l'égard des tâches hospitalières des médecins ;

- l'entente obligera le centre à se conformer à une tenue de livres et à une gestion des systèmes d'information qui ne sont pas nécessairement les siennes ;

On comprendra donc que l'opération visant à permettre à un cabinet privé de se qualifier à titre de CMS, de CMA ou de CMSA n'est pas simple et qu'elle suppose une importante lourdeur administrative et organisationnelle.

La liberté contractuelle, s'il en est, est réduite à sa plus simple expression puisque le contenu obligatoire des ententes est déterminé dans la loi. On calque ni plus ni moins la pratique de la médecine hospitalière pour l'étendre dans les cabinets privés.

Des partenariats souples et dynamiques

Plutôt que de mettre en place un véritable partenariat entre un établissement et une clinique médicale, la FMOQ estime que l'imposant et pénible dispositif législatif a pour effet de créer un contexte contractuel au sein duquel l'établissement contrôlera tout. Les médecins devront désormais assujettir leur pratique en cabinet privé à une série d'exigences fixées par l'agence et par l'établissement. Est-ce vraiment nécessaire pour assurer la qualité des actes qui seront

pratiqués dans ces cabinets ? Est-ce nécessaire pour prétendument protéger le public ? Nous ne le croyons pas. La Fédération estime que ces mesures de contrôle n'ont pas leur place.

De telles contraintes n'ont pas été requises pour l'implantation des groupes de médecine de famille du Québec (GMF) et aucun GMF n'aurait vu le jour si on avait voulu imposer pareilles mesures aux médecins.

Dans cette perspective, on peut donc comprendre toute l'exaspération que provoquent ces dispositions bureaucratiques et ces coûts supplémentaires auprès des médecins.

Il y a fort à parier que le choix de bien des médecins ne sera pas celui d'entreprendre les démarches qui leur permettraient de faire de leurs cabinets des CMS, des CMA ou des CMSA. Bien au contraire, face à ces irritants administratifs majeurs et conscients que des sanctions pénales et administratives sont rattachées au non-respect de la réglementation, plusieurs pourraient plutôt choisir plus simplement de ne pas ou de ne plus offrir les services visés.

Il y a donc un risque très important de nuire à la conclusion d'entente visant la bonne coordination des services dans un territoire avec le CSSS local, minant du même coup l'objectif d'accessibilité notamment recherché par le gouvernement.

À titre d'exemple, les interruptions volontaires de grossesses (IVG), qui sont offertes depuis plusieurs années en clinique, font souvent l'objet d'ententes de services bien structurées avec l'agence régionale et le CSSS du territoire. Ces ententes permettent aux représentants du CSSS de s'assurer sur place des conditions dans lesquelles les services d'IVG de premier trimestre sont réalisés et de faire par écrit les constatations et les recommandations qu'ils estiment appropriées à l'Agence. Le *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un CMS* risque de compromettre l'accessibilité à ces services pour des milliers de femmes. En effet, nombre de médecins concernés par cette pratique pourraient décider de délaisser ce type de pratique, les contraintes, l'environnement organisationnel et administratif, de même que les coûts afférents, devenant du jour au lendemain inutilement lourds, complexes et décourageants.

On peut certes trouver louable l'objectif du gouvernement de vouloir permettre, à des fins d'accessibilité, que des interventions majeures de type arthroplastie-prothèse par exemple, puissent être effectuées hors établissement dans un environnement contrôlé et sécuritaire. Malheureusement, les dispositions législative et réglementaire fauchent trop large.

Le gouvernement préfère agir par coercition et autoritarisme plutôt que de concentrer ses efforts sur des mesures propres à assurer une participation positive des médecins dans un climat de confiance. Nous sommes très loin de l'esprit d'association et de la saine et juste collaboration entre établissements et médecins du territoire que laissait entrevoir la création des CSSS et des réseaux locaux de services en 2005. La formule actuelle des CMS, des CMA et des CMSA traduit une fort mauvaise conception de l'apport du secteur privé au régime public.

Le nécessaire changement de cap

Compte tenu de ce qui précède, nous invitons donc à nouveau le gouvernement à revoir en substance l'ensemble du cadre législatif, réglementaire et administratif qu'il a modélisé à la suite des consultations inhérentes à la publication de son document « *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* » en 2005.

Bien que certains puissent penser que les médecins spécialistes soient davantage visés par les dispositions portant sur les CMS, les CMA et les CMSA en raison de la nature spécialisée des soins qui y seront dispensés, la FMOQ n'en craint pas moins des dérives. Nombre de médecins omnipraticiens exercent en partenariat avec des spécialistes au sein des mêmes cabinets. La Fédération est soucieuse de préserver l'autonomie professionnelle des médecins et elle est désireuse d'encourager le dynamisme et les initiatives dans ce secteur d'activités. Dans cette mesure, elle s'objectera à toute tentative d'appliquer le cadre dénoncé dans le présent mémoire à l'ensemble de la première ligne.

COMMENTAIRES AU SUJET DES LABORATOIRES D'IMAGERIE MÉDICALE

En adoptant précipitamment et sans consultation le Projet de loi n° 95 le 20 juin 2008, le gouvernement établissait que l'exploitation commerciale d'un laboratoire d'imagerie médicale générale ne peut être confiée qu'à un médecin radiologiste ou à une société contrôlée majoritairement par de tels médecins. Selon le gouvernement, ce projet de loi visait à éviter que le marché et l'exploitation de l'imagerie médicale ne tombe entre des mains étrangères. L'objectif est certainement louable et la Fédération ne le conteste pas.

Il fut toutefois rapidement signalé au gouvernement que ce projet de loi avait été adopté sans recul adéquat et sans prendre en considération que plusieurs laboratoires d'imagerie étaient exploités par des médecins omnipraticiens québécois dans de nombreuses régions du Québec. Du jour au lendemain, ces exploitants furent avisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux qu'ils ne se conformaient plus désormais à la loi et qu'ils devaient voir à transférer, dans les limites des nouvelles dispositions législatives, l'exploitation de leurs laboratoires d'imagerie à des médecins radiologistes.

Dans la plupart des cas, les laboratoires en question ne constituent que des supports à la pratique quotidienne des médecins omnipraticiens et n'impliquent que des examens radiologiques de base (poumons, sinus et extrémités par exemple). Ces examens sont appréciés des patients parce qu'ils les obtiennent immédiatement. Ils améliorent la qualité et la rapidité des services qui leur sont offerts lorsqu'ils consultent leurs médecins.

L'adoption à la vapeur du Projet de loi n° 95 oblige ces médecins omnipraticiens à trouver des médecins radiologistes intéressés à exploiter à leur compte les laboratoires visés. Selon

l'importance du volume d'examens dans chaque situation, l'exercice peut être ou ne pas être concluant. Dans le cas où aucun radiologiste ne se montre intéressé, le cabinet devra se résoudre à interrompre le service, privant ainsi des milliers de patients d'un service de proximité. Ces derniers devront donc se déplacer pour se rendre dans un centre d'imagerie privé exploité par des radiologistes ou alors aller grossir les rangs de ceux et celles qui, dans les salles d'attentes des établissements environnants, attendent des heures pour obtenir des soins.

Comme elle l'a souvent fait dans le passé, la FMOQ dénonce ce type de bouleversement législatif unilatéral qui, sous le couvert d'une bonne intention, provoque un cafouillis administratif dont les patients, au bout du compte, feront les frais.

En ce qui concerne le contenu comme tel du Projet de loi n° 34 quant aux laboratoires d'imagerie médicale générale, la Fédération n'y voit, à l'instar des normes applicables pour les CMS, que des mesures additionnelles de contrôle assorties de nouvelles obligations et de nouvelles sanctions.

CONCLUSION

Pour la FMOQ, le Projet de loi n° 34 s'inscrit dans la foulée d'un processus ayant débuté maladroitement avec les Projets de loi n° 33 et 95. Le projet de loi n° 34 constitue donc un exercice législatif contre-productif. Il n'ajoute strictement rien au droit existant si ce n'est d'augmenter les irritants administratifs et pénaux que doivent subir les médecins et, par ricochet, les patients.

La Fédération ne croit pas que la protection du public et que l'amélioration des services qui lui sont destinés y gagnent en plus-value. Bien au contraire, la Fédération est d'avis que les mesures législatives concernées n'amélioreront pas l'organisation des services de santé au Québec. Elle invite le gouvernement à revoir la conception des modèles mis de l'avant.