



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

CAS – 008M
C.P. – P.L. 34
Centres médicaux
spécialisés
VERSION RÉVISÉE

Mémoire

de la Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROJET DE LOI N° 34

LOI MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS
LÉGISLATIVES CONCERNANT LES CENTRES
MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ET LES
LABORATOIRES D'IMAGERIE MÉDICALE
GÉNÉRALE

Présenté à la Commission des affaires sociales

Le 26 mai 2009

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
I) Le contexte antérieur aux projets de loi n° 33 et n° 34.....	5
1. <i>Les objectifs poursuivis par le ministère de la Santé et des Services sociaux</i> .	5
2. <i>Les objectifs poursuivis par la FMSQ</i>	6
II) La mise en œuvre des solutions proposées par le ministère de la Santé : le projet de loi n° 33.....	8
1. <i>Les propositions élaborées par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans le projet de loi n° 33</i>	8
2. <i>La position de la FMSQ face au projet de loi n° 33</i>	9
III) Les suites proposées par le ministre de la Santé et des Services sociaux après l'adoption du projet de loi n° 33.....	11
IV) Les mesures imposées aux médecins qui devront œuvrer dans un centre médical spécialisé : une lourdeur organisationnelle et bureaucratique inutile.....	13
1. <i>Les mesures imposées par le projet de loi n° 33</i>	14
2. <i>Les mesures imposées par le Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>	17
3. <i>Les mesures imposées par le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dans un centre médical spécialisé</i>	18
4. <i>Les mesures imposées par le Règlement sur les frais exigibles pour la délivrance ou le renouvellement d'un permis de centre médical spécialisé</i>	19
5. <i>Les mesures imposées dans divers documents publiés par le ministre de la Santé sur son site Internet</i>	19
6. <i>Les nouvelles mesures imposées par le projet de loi n° 34</i>	23
V) Un écart entre les objectifs fixés et les résultats engendrés par les projets de loi n° 33 et n° 34	26
1. <i>La première contradiction : l'objectif accessibilité mis de côté!</i>	26

2. <i>La deuxième contradiction : l'objectif ouverture au secteur privé</i>	29
3. <i>La troisième contradiction : l'objectif qualité/sécurité surévalué</i>	31
4. <i>Une autre contradiction : la « méthode Lean » préconisée par le ministre</i>	35
VI) De la nécessité de corriger le tir	38
CONCLUSION	40
BILIOGRAPHIE.....	42

INTRODUCTION

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° 34 *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale*.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 35 spécialités médicales représentant plus de 8 000 médecins spécialistes de toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire.

La mission de la Fédération est de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres, dans le respect des droits des Québécois à obtenir des soins médicaux de qualité. Cette mission ne peut s'accomplir pleinement sans une participation aux décisions entourant l'organisation des soins de santé. À ce titre, la Fédération a eu le privilège de rencontrer cette commission à plusieurs reprises pour exprimer son soutien ou ses recommandations sur diverses mesures, telles que l'accessibilité aux soins par les patients, et elle a toujours manifesté sa disponibilité et son désir de collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'organisation, la planification et la prestation des soins médicaux au Québec.

C'est dans ce cadre que nous intervenons devant la Commission des affaires sociales. Le projet de loi n° 34 aborde des sujets d'importance pour le réseau de santé et de services sociaux et tente d'harmoniser l'actuelle *Loi sur la santé et les services sociaux* avec les changements apportés lors de l'adoption du projet de loi n° 33 en décembre 2006 par votre commission.

Nous avons déjà eu l'occasion de vous présenter nos inquiétudes relativement au projet de loi n° 33 et aux dispositions qui concernent les centres médicaux spécialisés. Nous tenons aujourd'hui à vous exprimer clairement nos préoccupations et nos objections quant aux développements que ce projet de loi a connus depuis son adoption et quant aux orientations qui sont prises par le ministre autant dans son application que dans le projet de loi n° 34.

I) Le contexte antérieur aux projets de loi n° 33 et n° 34

Pour pouvoir analyser les impacts des projets de loi n° 33 et n° 34, il importe en premier lieu de rappeler le contexte ayant mené à leur élaboration. Car si ces projets de loi poursuivaient des objectifs louables, force est de constater que l'on s'en est passablement éloigné.

1. Les objectifs poursuivis par le ministère de la Santé et des Services sociaux

En juin 2005, la Cour suprême du Canada a rendu une décision dans la célèbre affaire Chaoulli. Les appelants, le docteur Jacques Chaoulli, et un patient, monsieur Georges Zeliotis, demandaient à la Cour suprême de se prononcer à savoir si des patients québécois qui sont prêts à payer pour avoir accès à des soins de santé, inaccessibles dans le réseau public en raison de l'existence de listes d'attente, peuvent en être empêchés par l'État au motif invoqué par ce dernier à l'effet que cette prohibition viserait à protéger l'intégrité de notre système de santé public. La preuve présentée à la Cour suprême était à l'effet qu'en raison de l'interdiction de souscrire à une assurance, la plupart des Québécois n'avaient d'autre choix que d'accepter les délais de notre système de santé ainsi que les conséquences que ces délais pouvaient avoir sur leur santé physique et psychologique. Dans ces circonstances, la Cour suprême du Canada statua à l'effet que l'interdiction posée par la *Loi sur l'assurance maladie* de souscrire à des assurances privées pour obtenir des services couverts par le régime public d'assurance maladie contrevenait à la *Charte des droits et libertés de la personne* puisque les délais d'attente connus par notre régime de santé public pouvaient avoir pour effet de constituer une atteinte au droit à la vie et à la sécurité de la personne.

Dès lors, le gouvernement se devait de proposer des solutions pour se conformer d'une façon ou d'une autre aux conclusions de la Cour suprême. Pour répondre au jugement Chaoulli, le gouvernement du parti Libéral publia en 2006 un document de consultation intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. On invitait la population à venir alimenter la réflexion du gouvernement tant sur la recherche de solutions pour préserver et améliorer notre système de santé public que pour répondre au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli.

Le gouvernement de monsieur Charest se positionnait alors en faveur d'une certaine garantie d'accès aux soins pour les patients tout en permettant une ouverture au secteur privé:

« En ce qui concerne l'arrêt Chaoulli, le gouvernement réagit à la décision de la Cour suprême en instaurant progressivement une garantie d'accès aux services dans le système public mariée à une ouverture au secteur privé dans le domaine de certaines chirurgies courantes. Ainsi, tout en permettant aux citoyens de souscrire à des assurances privées pour l'obtention de certains services, nous leur

disons qu'ils seront traités dans le privé, aux frais du public, si l'attente devait se prolonger au-delà d'un délai convenu¹. »

De façon parallèle, le gouvernement soumettait par ailleurs quelques propositions en faveur de l'optimisation de la qualité et de la sécurité des services de santé. Il proposait alors notamment le développement des mesures de prévention des infections nosocomiales et des orientations en matière d'agrément des établissements de santé.

Ainsi, appelé à agir pour répondre au jugement de la Cour suprême du Canada, le gouvernement du Québec se fixait essentiellement trois objectifs quant à notre système de santé :

- Améliorer l'accessibilité et l'efficience des soins de santé offerts par notre système de santé public;
- Ouvrir la porte à la prestation de soins offerts dans le secteur privé;
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements.

2. Les objectifs poursuivis par la FMSQ

De son côté, la FMSQ poursuivait à l'époque son rôle d'intervenante importante du réseau de la santé et continuait de collaborer à l'élaboration de propositions visant à améliorer le fonctionnement de notre réseau de santé. La Fédération militait ainsi toujours pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les patients et prônait également une plus grande efficience dans l'organisation des soins. À ce titre, la Fédération rappelait notamment le rôle essentiel des cabinets médicaux dans le réseau de la santé. Déjà, un nombre important de services y étaient dispensés, lesquels ne pourraient être pris en charge par les milieux hospitaliers. Dans une perspective visant à améliorer l'accessibilité aux soins spécialisés, il y avait lieu d'examiner de quelle façon les cabinets médicaux pourraient contribuer davantage à l'offre de service et la Fédération faisait ainsi la promotion du concept de clinique médicale affiliée.

Selon la FMSQ, les centres hospitaliers devaient être réservés de façon prioritaire à la prestation de soins aigus nécessitant une hospitalisation alors que plusieurs autres soins pouvaient être effectués hors établissement, plus efficacement et à meilleur coût. La Fédération a énoncé cette position dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux présidée par monsieur Michel Clair. Le mandat de la commission Clair consistait à tenir un débat public sur les enjeux de notre système de santé public et à proposer des solutions pour l'avenir de ce système. Dans ce contexte, la commission Clair a retenu ce concept et a proposé pour sa part un modèle d'affiliation entre les centres hospitaliers et les cabinets médicaux. De notre côté, nous

¹ Message du premier ministre Jean Charest dans le document de consultation du gouvernement *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, février 2006, p.3

avons par la suite réitéré à quelques reprises les avantages d'accorder plus de place aux cliniques médicales :

« Le docteur Howard Bergman, membre de la commission Clair, disant en l'an 2000 qu'il fallait cesser d'agir comme si un centre hospitalier était l'unique centre vers lequel on devait diriger tous les problèmes pour tenter de les régler. La FMSQ est d'accord avec cette approche et croit que les centres hospitaliers devraient être prioritairement réservés à la prestation de soins aigus de deuxième et de troisième ligne nécessitant impérativement une hospitalisation.²

Quant à la place du secteur privé devant être accordée dans notre système de santé public, la FMSQ s'est toujours dite d'avis que la performance du système public conditionnerait la prestation de services de santé au secteur privé. Elle rappelait qu'un système de santé public efficace et efficient constitue la meilleure protection contre l'invasion d'un système de santé privé. Pour notre Fédération, la promotion des cliniques médicales affiliées constituait à cet égard une première solution en faveur d'une meilleure accessibilité aux soins de santé. La FMSQ soutenait par ailleurs plusieurs autres mesures visant à améliorer l'efficacité de notre système de santé public, telles que la nécessité d'élaborer des mesures de prévention et des programmes particuliers de soins intégrés pour les affections les plus courantes.

EN BREF

Le contexte antérieur aux projets de loi n° 33 et n° 34 :

- **Afin de donner suite au jugement Chaoulli, le gouvernement du parti Libéral s'est donné l'objectif d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, tout en ouvrant une porte à une prestation de soins à être offerte par le secteur privé;**
- **De son côté, tout en favorisant un système public fort, la FMSQ militait en faveur d'une meilleure accessibilité aux soins pour les patients et rappelait que les cabinets de médecins, lesquels sont partie intégrante du réseau de soins publics, pouvaient y contribuer davantage. On peut ainsi y dispenser plusieurs services de manière plus efficiente et réserver de façon prioritaire les centres hospitaliers pour la prestation de soins plus aigus nécessitant une hospitalisation.**

² 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'efficience et de qualité*, 4 avril 2006, p.7

II) La mise en œuvre des solutions proposées par le ministère de la Santé : le projet de loi n° 33

1. Les propositions élaborées par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans le projet de loi n° 33

De façon à répondre aux exigences établies par le jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli et mettre en œuvre les objectifs qu'il s'était fixés dans le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, le ministre de la Santé et des Services sociaux présenta en juin 2006 un projet de loi portant le numéro 33. De prime abord, le projet de loi énonçait dans ses notes explicatives que les modifications proposées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* visaient à « améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés ».

À cette fin, le projet de loi proposait en premier lieu l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés dans les centres hospitaliers. On autorise aussi le ministre de la Santé à émettre des directives afin de mettre en place des mécanismes particuliers d'accès de façon à ce qu'un service médical soit rendu accessible dans un délai raisonnable. Il s'agit là de la « garantie d'accès » promise par le gouvernement et les interventions chirurgicales considérées sont alors l'arthroplastie-prothèse totale de la hanche ou du genou et l'extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intra-oculaire.

Quant à l'ouverture au privé, le projet de loi n° 33 introduisait la possibilité, pour une personne, de conclure un contrat d'assurance couvrant le coût des services assurés requis 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 un autre traitement médical spécialisé (CMS) effectué en centre médical spécialisé et à être déterminé par règlement.

En conséquence, on introduisait le concept de centres médicaux spécialisés dans lesquels seraient effectués ces interventions chirurgicales ainsi que tout autre traitement médical spécialisé à être déterminé par règlement. Le ministre établissait ainsi un lien entre l'ouverture qu'il permettait aux services offerts par le secteur privé et l'instauration des centres médicaux spécialisés. Le projet de loi imposait toutefois diverses conditions aux médecins désirant effectuer ces interventions. On prévoyait finalement la mise en place de cliniques médicales affiliées à un centre hospitalier dans lesquelles seraient dispensés des soins aux usagers de ce centre hospitalier.

2. La position de la FMSQ face au projet de loi n° 33

En septembre 2006, la Fédération a eu l'occasion de donner son avis sur les propositions élaborées dans le projet de loi n° 33, et ce, à la lumière des objectifs que s'était préalablement fixé notre gouvernement.

Concernant le mécanisme central de gestion de l'accès proposé par le ministre, la Fédération **se disait d'avis que ce mécanisme n'offrait aucune garantie d'accès**, contrairement à ce qui avait été énoncé par le gouvernement du Québec dans son document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Le projet de loi se devait d'adresser plus précisément des solutions en vue de l'amélioration du mécanisme des listes d'attente.

En ce qui a trait aux directives qui pourraient être émises par le ministre afin de mettre en place des mécanismes particuliers d'accès, la FMSQ constatait que cette proposition laissait « **entre des mains politiques le soin de déterminer 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**³ ». À cet égard, la Fédération demandait à ce qu'on retrouve plutôt dans ce projet de loi des dispositions suivant lesquelles notre gouvernement s'engagerait à offrir une garantie d'accès aux soins.

Concernant l'ouverture du gouvernement aux services de santé par le secteur privé, notre Fédération disait comprendre le besoin d'introduire une telle ouverture pour répondre au jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli. Elle se questionnait néanmoins à savoir si l'ouverture proposée par le projet de loi n° 33 était suffisante dans le contexte où la possibilité de souscrire à une assurance pour couvrir le coût de services rendus au privé n'était (et n'est toujours) ouverte qu'à trois interventions chirurgicales.

À l'égard des centres médicaux spécialisés, la FMSQ indiquait alors que « **cette mesure n'est pas susceptible d'améliorer de manière significative l'accès aux soins et ne rejoint pas les objectifs qui sont recherchés**⁴ ». La FMSQ expliquait à ce titre que les dispositions introduisant les centres médicaux spécialisés, telles que proposées par le projet de loi n° 33, **imposaient un encadrement médical, bureaucratique et juridique énorme** aux médecins œuvrant en cabinet **qui aurait pour effet de constituer un échec planifié puisque les médecins ne seraient pas**

³ FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC. Garantir à nos patients l'accès à nos soins – réponse et commentaires au projet de loi n° 33 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 13 septembre 2006, p.3

⁴ FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC. Garantir à nos patients l'accès à nos soins – réponse et commentaires au projet de loi n° 33 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 13 septembre 2006, p.6

enclins à se soumettre à des conditions et mesures de contrôle aussi lourdes dans leur propre cabinet médical.

Quant aux cliniques médicales affiliées, nous indiquions alors que « [l]a 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 partenariat⁵** ». Encore une fois donc, notre Fédération concluait à l'échec de la mise en place des cliniques médicales affiliées selon **le modèle proposé par le ministre de la Santé du fait qu'une clinique médicale devrait dès lors être assujettie à diverses mesures de contrôle inacceptables et du fait que le modèle proposé ne laissait aucune place à la liberté contractuelle des parties.**

La FMSQ conclut donc à l'effet que le projet de loi n° 33 était « **strict et rigide, empreint de méfiance, qui dicte la pratique de la médecine et les conditions de conclusions d'ententes entre les milieux plutôt que de favoriser les conditions gagnantes pour une meilleure accessibilité⁶** » et demandait au gouvernement de repenser complètement ledit projet de loi en vue d'une meilleure accessibilité des patients aux soins spécialisés et surspécialisés tout en lui rappelant que la collaboration est de loin plus favorable à l'imposition de mesures de contrôle.

Il faut noter qu'à ce moment, l'obligation pour les médecins spécialistes d'exploiter un centre médical spécialisé était limitée à trois interventions chirurgicales. La Fédération concluait alors que les médecins n'allaient pas souscrire à ce régime. Tout en n'y voyant alors aucune mesure d'amélioration de l'accès, la FMSQ ne pouvait toutefois conclure à une diminution de celle-ci.

EN BREF

Le projet de loi n° 33 du gouvernement et la position de la FMSQ

Par le projet de loi n° 33, le gouvernement souhaitait mettre en place diverses mesures afin de garantir l'accès à certains soins spécialisés dans le système public, et ouvrir la porte au système privé. Un lien était fait entre l'ouverture permise aux services offerts par le secteur privé et l'instauration des centres médicaux spécialisés, tout en favorisant des objectifs de qualité et de sécurité des soins dans ces milieux.

⁵ FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC. Garantir à nos patients l'accès à nos soins – réponse et commentaires au projet de loi n° 33 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 13 septembre 2006, p.7

⁶ FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC. Garantir à nos patients l'accès à nos soins – réponse et commentaires au projet de loi n° 33 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 13 septembre 2006, p.12

De son côté, la FMSQ conclut à l'échec des mesures proposées par le projet de loi n° 33 en ce que ces mesures :

- **n'introduisent aucune garantie d'accès ni aucune mesure susceptible d'améliorer l'accessibilité aux soins;**
- **laissent entre des mains politiques le soin de déterminer ce qui est raisonnable ou déraisonnable en matière d'accès aux soins;**
- **imposent aux médecins en cabinet de lourdes contraintes administratives, juridiques et bureaucratiques inutiles tout en ne laissant aucune place à la liberté contractuelle;**

La FMSQ prédit alors l'échec de ces mesures tout en ne s'inquiétant alors pas de leur impact sur l'accessibilité aux soins puisqu'il n'y avait alors aucune obligation générale pour les médecins de souscrire à ce type d'organisation.

III) Les suites proposées par le ministre de la Santé et des Services sociaux après l'adoption du projet de loi n° 33

Malgré nos représentations, le projet de loi n° 33 a néanmoins été adopté à l'Assemblée nationale du Québec le 13 décembre 2006. Seules les cliniques médicales dispensant l'une ou l'autre des trois chirurgies devant être effectuées dans un centre médical spécialisé avaient alors l'obligation d'obtenir un permis délivré par le ministre de la Santé au plus tard au début juin 2007. Preuve de l'improvisation dans laquelle cette mesure avait été adoptée, la date pour obtenir un permis fut repoussée à deux reprises : d'abord en janvier 2009 puis au 30 septembre 2009.

Toutefois, les mois qui suivirent démontrèrent que le ministère de la Santé et des Services sociaux modifia complètement son approche et, du même coup, l'organisation des soins dans les cabinets médicaux en étendant de façon importante l'obligation pour les médecins d'exercer dans un contexte de « centre médical spécialisé ». **C'est ainsi qu'un règlement a été publié à la Gazette officielle du 9 juillet 2008 pour prévoir 55 autres traitements médicaux spécialisés supplémentaires pour lesquels tout l'encadrement bureaucratique et rigide des centres médicaux spécialisés devenait obligatoire!**

Pourtant, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit qu'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 celle-ci*⁷ ». Or beaucoup des traitements ajoutés au *Règlement sur les traitements médicaux dispensés dans un centre médical spécialisé* sont des interventions mineures ne suscitant que peu de risques, ne nécessitant pas d'équipement sophistiqué ou une équipe professionnelle importante, ni aucun hébergement. L'approche du ministre de la Santé visant à soumettre certaines activités médicales spécifiques aux règles élaborées pour les centres médicaux spécialisés suivant les critères que nous venons de mentionner a donc pris une tout autre tournure : il devenait dorénavant de la volonté du ministre d'assujettir plusieurs des interventions médicales effectuées en cabinet à toutes les mesures de contrôle imposées aux centres médicaux spécialisés lorsqu'elles impliquent une anesthésie générale ou régionale et ce, peu importe la lourdeur de ces interventions et l'impact de ces mesures sur l'accessibilité aux soins!

Dans ce contexte, tous les médecins dispensant en cabinet l'un ou l'autre des traitements médicaux spécialisés listés au *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dans un centre médical spécialisé* devraient obtenir, au plus tard le 30 septembre 2009, un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux et se soumettre aux diverses exigences de ce dernier!

La Fédération a bien tenté de collaborer à ce processus tout en souhaitant s'assurer que ses impacts ne s'avèreraient pas négatifs pour l'organisation des soins et leur accessibilité pour la population. Toutefois, il appert aujourd'hui que les orientations du ministre sont beaucoup plus larges que prévues initialement. Depuis l'adoption du projet de loi n° 33, le ministre a adopté ou modifié des règlements pour ajouter des conditions à la délivrance d'un permis et a publié sur son site Internet des documents faisant état de plusieurs conditions additionnelles en ce qui a trait aux normes et autres conditions que doit remplir un médecin avant que le ministre décide s'il lui délivre ou non un permis de centre médical spécialisé. Le ministre a également fait des sorties publiques qui démontrent qu'il entend exercer son pouvoir discrétionnaire de façon non objective.

Le projet de loi n° 34, proposé aujourd'hui par le ministre de la Santé et des Services sociaux, vise par ailleurs à ajouter d'autres exigences auxquelles devront se conformer les médecins qui œuvreront dans un centre médical spécialisé.

Dans ce contexte, la Fédération ne peut que dénoncer ces orientations du ministre. En plus d'engendrer des impacts négatifs sur l'organisation et l'accessibilité aux soins, plusieurs des mesures mises de l'avant portent atteinte aux droits des médecins et des patients.

⁷ Article 333.1 alinéa 2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, tel qu'adopté par le projet de loi n° 33 (2006, chapitre 43)

EN BREF

**Les suites proposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux
depuis l'adoption du projet de loi n° 33**

- **Alors que l'obligation d'exercer en centre médical spécialisé est limitée à 3 interventions médicales, le ministre a ajouté 55 traitements médicaux spécialisés à la liste des traitements visés;**
- **Plusieurs des traitements médicaux spécialisés ajoutés ne tiennent pas compte de tous les critères que le ministre doit prendre en compte au sens de la Loi aux fins de déterminer un traitement médical spécialisé, tels les risques généralement associés à un traitement, l'importance du personnel et de l'équipement nécessaires pour le dispenser de même que la durée d'hébergement requise;**
- **Les orientations du ministre font ainsi en sorte de modifier complètement la portée des modifications introduites dans le projet de loi 33, imposant ainsi à plusieurs médecins des contraintes administratives lourdes et inutiles;**
- **Des règles supplémentaires auxquelles devront se soumettre les médecins dans un centre médical spécialisé ne cessent d'être exigées par le ministre par l'entremise de règlements et documents qu'il publie sur son site Internet et de nouvelles exigences sont maintenant proposées par le projet de loi n° 34;**
- **Les orientations du ministre ont ainsi pour effet d'affecter l'accessibilité aux soins pour les patients québécois en plus d'attaquer à plusieurs égards les droits fondamentaux des médecins d'exercer leur profession et les droits des patients d'avoir accès à des soins de santé.**

IV) Les mesures imposées aux médecins qui devront œuvrer dans un centre médical spécialisé : une lourdeur organisationnelle et bureaucratique inutile

Telles qu'exposées, les règles relatives aux centres médicaux spécialisés généreront de lourdes contraintes bureaucratiques, organisationnelles et administratives. Aux fins des présentes, il importe d'en faire une énumération exhaustive pour bien illustrer l'ampleur de ces exigences et toutes les problématiques qui en résulteront pour les médecins concernés.

1. Les mesures imposées par le projet de loi n° 33 (adopté le 13 décembre 2006)

De façon chronologique, les premières mesures imposées aux médecins dans un centre médical spécialisé découlent d'abord du projet de loi n° 33. Ainsi, en vertu du projet de loi n° 33 :

- Un médecin doit obtenir un permis de centre médical spécialisé délivré par le ministre de la Santé;
- Ce permis n'est délivré par le ministre que si ce dernier estime que l'intérêt public le justifie;
- Le permis délivré à un médecin n'est valide que pour une période de cinq ans;
- Un médecin qui sollicite un permis doit remplir les conditions et fournir les renseignements et documents prescrits par règlement du ministre;
- Un médecin peut voir son permis de centre médical spécialisé révoqué ou suspendu par le ministre en diverses circonstances;
- Un médecin participant au régime de la RAMQ ne peut exploiter un centre médical spécialisé qu'avec d'autres médecins participant au régime de la RAMQ;
- Un médecin non participant au régime de la RAMQ ne peut exploiter un centre médical spécialisé qu'avec d'autres médecins ne participant pas au régime de la RAMQ;
- L'exploitant d'un centre médical spécialisé doit s'assurer que les médecins qui y exercent leur profession sont exclusivement des médecins participant au régime de la RAMQ ou uniquement des médecins n'y participant pas;
- Un médecin qui exploite un centre médical spécialisé formé de médecins participant au régime de la RAMQ et qui dispense des services non assurés doit s'assurer que toute personne qui y reçoit une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé y obtienne également tous les services préopératoires, postopératoires, de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires;
- Le médecin qui exploite un centre médical spécialisé peut se faire réclamer du gouvernement le coût d'un service préopératoire, postopératoire, de réadaptation ou de soutien à domicile;
- Seul un médecin qui dispense des services médicaux nécessaires pour effectuer une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé peut exercer sa profession dans un centre médical spécialisé (N.B. – Le projet de loi n° 34 propose toutefois de supprimer cette exigence);

- Un médecin qui exploite ou œuvre dans un centre médical spécialisé est sujet à des amendes s'il contrevient aux règles dictées par le ministre (125 \$ à 7 000 \$ selon le cas);
- Un médecin doit obtenir un agrément des services dispensés dans le centre auprès d'un organisme reconnu par le ministre;
- Le ministre peut demander à un ordre professionnel un avis sur la qualité et la sécurité des services professionnels dispensés par les membres de cet ordre dans le centre médical spécialisé;
- Le ministre peut demander à un ordre professionnel un avis sur les normes à suivre pour relever le niveau de qualité et de sécurité des services professionnels dispensés par les membres de cet ordre dans un centre médical spécialisé;
- Plus de 50 % des droits de vote du centre médical spécialisé doivent être détenus par des médecins membres du Collège des médecins du Québec lorsque l'exploitant du centre est une personne morale ou une société;
- Les affaires d'un centre médical spécialisé exploité par une personne morale ou une société doivent être administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne formé en majorité de médecins membres du Collège des médecins du Québec;
- Les médecins siégeant sur le conseil d'administration ou le conseil de gestion interne d'un centre médical spécialisé doivent en tout temps constituer la majorité du quorum d'un tel conseil;
- Le producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service reliés au domaine de la santé et des services sociaux ne peuvent détenir directement ou indirectement d'actions du capital-actions d'une personne morale exploitant un centre médical spécialisé si un tel service peut être requis par la clientèle du centre avant la dispensation d'un service médical, lors de sa dispensation ou à la suite de celle-ci;
- Un médecin doit être nommé directeur médical dans le centre;
- Le directeur médical du centre est responsable d'organiser les services médicaux dans le centre, de s'assurer de la qualité et de la sécurité de ces services, de voir à la mise en place et au respect de procédures médicales normalisées et de prendre toute autre mesure nécessaire au bon fonctionnement du centre;
- Le pouvoir d'inspection du ministre dans un centre lui permet de pénétrer, d'examiner, de tirer copie de tout document et d'exiger tout renseignement;

- Un centre médical spécialisé formé de médecins ne participant pas au régime de la RAMQ ou un centre médical spécialisé formé de médecins participant à la RAMQ et offrant des services non assurés ne peut conclure une entente avec un établissement pour la dispensation de services aux usagers de cet établissement qu'après l'autorisation du ministre;
- Le ministre peut, par règlement, déterminer qu'un traitement médical spécialisé ne peut être dispensé que dans le cadre d'une entente d'association entre ce centre médical spécialisé et un centre hospitalier.

Dans ce dernier cas, le centre médical spécialisé devra se soumettre, en plus des règles propres aux centres médicaux spécialisés, à toutes les règles imposées aux cliniques médicales affiliées telles qu'élaborées par le projet de loi n° 33, lesquelles prévoient notamment que :

- L'entente entre un centre médical spécialisé et un centre hospitalier doit être proposée par une agence au ministre;
- Avant d'accepter la proposition de l'agence, le ministre doit :
 - o être d'avis qu'elle est de nature à améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés concernés;
 - o être d'avis qu'elle n'affectera pas la capacité de production du réseau public de santé;
 - o tenir compte des gains d'efficience et d'efficacité conséquents à la mise en œuvre de cette proposition;
 - o tenir compte du meilleur rapport qualité/coût;
- L'entente entre une clinique médicale affiliée et un établissement doit prévoir plusieurs éléments qui sont listés à la loi, dont :
 - o le nombre minimal et maximal de services médicaux spécialisés pouvant être dispensés annuellement dans la clinique;
 - o le montant unitaire versé par l'agence pour couvrir les frais reliés à chaque service médical spécialisé dispensé dans la clinique;
 - o des mécanismes de surveillance permettant à l'établissement de s'assurer de la qualité et de la sécurité des services dispensés dans la clinique;
 - o les sommes qui peuvent être exigées d'un usager dans la clinique;

- Les services faisant l'objet de l'entente sont soumis à la procédure d'examen des plaintes de l'établissement qui dirige l'usager vers la clinique;
- L'entente a une durée de cinq ans et il n'est pas possible pour la clinique médicale associée d'y mettre fin avant l'arrivée du terme, de la modifier ou de la renouveler sans l'autorisation du ministre;
- Une agence ou le ministre peuvent de leur côté mettre fin à l'entente lorsqu'ils ont des motifs de croire que la qualité ou la sécurité des services médicaux spécialisés dispensés dans la clinique médicale associée ne sont pas satisfaisantes ou qu'un médecin qui y exerce sa profession ne se conforme pas aux dispositions qui lui sont dictées;
- Tous les médecins qui exercent leur profession dans une clinique médicale associée doivent être des médecins participant au régime de la RAMQ;
- Les seules sommes d'argent qui peuvent être réclamées d'un usager qui obtient un service dans une clinique médicale associée sont celles qu'aurait normalement exigées l'établissement partie à l'entente;
- Tout médecin qui dispense dans une clinique médicale associée des services médicaux spécialisés prévus dans une entente doit préalablement être titulaire d'une nomination lui permettant d'exercer sa profession dans un centre hospitalier selon l'appréciation faite par le directeur des services professionnels et remplir toutes les obligations rattachées à la jouissance des privilèges qui lui sont accordés;
- L'exploitant de la clinique médicale associée doit remettre à l'établissement signataire une liste des médecins qui dispenseront des services médicaux spécialisés, la tenir à jour et informer sans retard le directeur général de l'établissement de toute modification;
- Aux fins de la rémunération du médecin, les services dispensés dans le cadre de l'entente sont réputés avoir été rendus dans l'établissement qui dirige l'usager vers la clinique médicale associée.

2. Les mesures imposées par le Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (adopté le 17 octobre 2007)

À la suite de l'adoption du projet de loi n° 33, le *Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux* fut modifié pour ajouter certaines règles relatives aux centres médicaux spécialisés. En vertu de ce règlement, le médecin (ou la personne morale ou la société qui requiert un permis et ses administrateurs ou associés) qui sollicite un permis auprès du ministre de la Santé :

- doit être solvable;

- ne doit pas avoir été déclaré coupable, dans les trois ans précédant la demande, d'une infraction à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- ne doit pas avoir été titulaire d'un permis qui, dans les trois ans précédant la demande, a été révoqué ou non renouvelé;
- ne doit pas avoir été déclaré coupable, dans les cinq ans précédant la demande, d'un acte criminel relié à l'exercice des activités pour lesquelles un permis est demandé ou, ayant été déclaré coupable, doit avoir obtenu la réhabilitation ou le pardon;
- ne doit pas, dans les 3 ans précédant la demande, avoir vu son droit d'exercer la médecine limité ou suspendu ou avoir fait l'objet d'une radiation temporaire;
- doit détenir un contrat d'assurance responsabilité d'au moins 1 000 000 \$ par réclamation établissant une garantie contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité qu'il peut encourir en raison d'une faute ou d'une négligence commise dans l'exploitation du centre médical spécialisé;
- doit s'engager par écrit à maintenir en vigueur un pareil contrat pendant toute la durée du permis;
- lorsque le requérant est une personne morale ou une société, aucun des administrateurs de la personne morale ou de la société ne doit avoir été, dans les trois ans précédant la demande, déchu de ses fonctions comme membre du conseil d'administration d'un établissement.

3. Les mesures imposées par le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dans un centre médical spécialisé (adopté le 18 juin 2008)

Depuis la publication le 9 juillet 2008 à la Gazette officielle du Québec du *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, s'ajoutent les règles suivantes :

- un médecin ne peut pratiquer aucun traitement médical spécialisé ailleurs que dans un centre médical spécialisé ou un établissement hospitalier;
- un médecin ne peut pratiquer un traitement médical spécialisé que s'il est indiqué expressément au permis qui lui est délivré;
- 55 traitements médicaux spécialisés supplémentaires sont soumis aux règles relatives aux centres médicaux spécialisés;
- tout traitement qui n'est pas listé au règlement constitue également un traitement médical spécialisé lorsqu'il est dispensé sous anesthésie générale ou sous

anesthésie régionale du type tronculaire ou du type bloc à la racine d'un membre (N.B. – Le projet de loi n° 34 propose de supprimer cette règle);

- un traitement médical spécialisé dont la durée d'hébergement postopératoire habituellement requise est de plus de 24 heures de même que l'arthoplastie-prothèse de la hanche ou du genou ne peuvent être dispensés que dans un centre médical spécialisé formé de médecins ne participant pas au régime de la RAMQ.

4. Les mesures imposées par le Règlement sur les frais exigibles pour la délivrance ou le renouvellement d'un permis de centre médical spécialisé (adopté le 25 juin 2008)

Dans la même Gazette officielle du 9 juillet 2008, le ministre publiait également le *Règlement sur les frais exigibles pour la délivrance ou le renouvellement d'un permis de centre médical spécialisé*, prévoyant :

- que le coût pour la délivrance ou le renouvellement d'un permis de centre médical spécialisé, initialement fixé à 500 \$ par le projet de loi n° 33, serait dès lors de 2 500 \$;
- que dans le cas d'un permis permettant l'hébergement de la clientèle du centre médical spécialisé, le montant est porté à 5 000 \$;
- que les frais exigibles seraient indexés le 1^{er} janvier de chaque année;
- dans la Gazette officielle du 9 mai 2009, les frais exigibles ont été augmentés à la suite de cette indexation, à 2 590 \$ (et à 5 170 \$ dans le cas d'un permis autorisant l'hébergement).

5. Les mesures imposées dans divers documents publiés par le ministre de la Santé sur son site Internet

Depuis la mise en place des centres médicaux spécialisés, le ministre de la Santé ne cesse par ailleurs de publier divers documents sur son site Internet pour ajouter diverses exigences. On y trouve ainsi notamment :

- un document intitulé *Normes applicables à un centre médical spécialisé en vue d'assurer la qualité et la sécurité de la prestation de soins et services* dans lequel on trouve des normes à être respectées par le centre médical spécialisé concernant :
 - o le consentement;
 - o les droits et obligations des usagers;
 - o la tenue de dossier;

- les ressources matérielles et humaines requises en fonction des types de chirurgies effectuées;
- l'évaluation préopératoire;
- l'anesthésie;
- la pharmacie;
- la nécessité de signer une entente avec un établissement en cas d'urgence;
- le suivi et les soins postopératoires;
- La salle de réveil;
- les lits d'hébergement;
- le départ du patient;
- la stérilisation des instruments médicaux;
- la prévention des infections et l'asepsie;
- l'hygiène et la salubrité des lieux;
- Le code vestimentaire;
- les prélèvements, les analyses et l'utilisation de cellules, tissus et organes ainsi que l'utilisation des produits sanguins et les analyses biomédicales;
- la gestion des plaintes;
- la gestion des risques;
- la gestion des déchets biomédicaux;
- les registres;
- les situations d'urgence;
- les politiques, les procédures d'urgence et les mesures de sécurité;
- la sécurité en matière de radiation ou de radioprotection;

- les normes pour la construction du bloc opératoire.
- un document intitulé *Rapport sur les normes de sécurité et de qualité pour les visites d'appréciation des centres médicaux spécialisés* (et une *Grille d'analyse* résumant les items du rapport) dans lequel sont indiqués tous les points qui seront vérifiés lors d'une visite d'appréciation préalablement à la délivrance d'un permis par le ministre de la Santé. À cet égard, il est spécifié que la personne qui procédera à la visite d'appréciation vérifiera :
 - si le centre possède le manuel *Normes de pratiques recommandées, lignes directrices et énoncés de position pour la pratique en soins infirmiers et périopératoires* de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada;
 - si le centre possède le guide d'exercice du Collège des médecins du Québec *La chirurgie en milieu extrahospitalier*;
 - les compétences de tout le personnel en place ainsi que la formation continue suivie par ce personnel (colloque, congrès et autre);
 - l'existence d'un registre d'entretien et de suivi pour tous les équipements;
 - si les recommandations du fabricant ont été conservées;
 - si le centre utilise des feuilles de compte rendu opératoire leur permettant de documenter les implants et prothèses, les comptes et recombptes, etc.;
 - si le centre utilise des feuilles de notes de l'infirmière;
 - l'existence d'une procédure de rappel des équipements et instruments;
 - l'existence d'une procédure écrite sur le traitement des incidents;
 - l'existence d'un registre sur les incidents et accidents;
 - si le centre utilise des feuilles d'anesthésie;
 - l'existence d'un protocole sur l'hyperthermie maligne;
 - l'existence d'un protocole sur les allergies au latex;
 - si le centre possède une trousse de réanimation et son contenu;
 - si la gestion de la pharmacie est assurée par un pharmacien;

- l'existence d'une politique sur les narcotiques et drogues contrôlées prévoyant la mise en place d'une armoire à narcotiques verrouillée, un registre et un décompte des items s'y trouvant, etc.;
- l'existence de procédures écrites pour la prévention des infections;
- les fonctions du responsable de la prévention des infections;
- la procédure écrite pour l'entretien et le fonctionnement des stérilisateurs;
- les fonctions du responsable de l'hygiène et de la salubrité;
- l'existence de la stérilisation « flash », de la stérilisation effective à la vapeur et de la stérilisation à l'oxyde d'éthylène;
- la réutilisation de matériel médical à usage unique;
- l'existence d'un programme d'entretien préventif des équipements;
- l'existence d'une procédure écrite pour l'entretien et le fonctionnement des stérilisateurs;
- l'existence d'une procédure écrite de rappel pour la stérilisation;
- la fonction du responsable d'hygiène et de salubrité et sa formation;
- l'existence d'un programme d'entretien et de suivi des locaux approuvé par la direction;
- l'utilisation de détergents, de désinfectants et d'équipements approuvés par le responsable de l'hygiène et de la salubrité;
- la présence de stations de lavage de mains;
- la présence de locaux adéquats et en quantité suffisante;
- l'existence d'une procédure écrite en matière d'hygiène et de salubrité;
- dans le cas d'un laboratoire de biologie médicale, l'existence d'un permis délivré par le ministère de la Santé;
- l'existence d'une politique écrite sur la gestion des produits sanguins connue et appliquée;
- l'existence d'une politique et de procédures écrites pour toute réaction fébrile, allergique ou hémolytique;

- l'utilisation de contenants appropriés pour les déchets biomédicaux;
 - l'existence d'une entente avec un exploitant autorisé;
 - l'existence d'un protocole écrit pour les transferts urgents vers un centre hospitalier;
 - l'existence de zones de circulation restreinte identifiées dans le centre;
 - le respect du Code national du bâtiment en vigueur, notamment quant au changement d'air, à la pression différentielle, à la température et à l'humidité relative;
 - si le centre tient un registre hebdomadaire de fonctionnement des systèmes;
 - les critères de départ d'un patient;
 - les consignes données au patient lors du congé;
 - l'existence d'une procédure en cas de panne électrique.
- Un document intitulé *Normes applicables à un centre médical spécialisé en vue d'assurer la qualité et la sécurité de la prestation de soins et de services d'interruption volontaire de grossesse* dans lequel on liste des normes spécifiques à ce dernier type d'intervention.
- Un document intitulé *Renseignements complémentaires à fournir pour l'analyse de la demande de permis de centre médical spécialisé* dans lequel doit notamment être indiqué le nom de tout le personnel du centre médical spécialisé (personnel médical, employés, etc.) ainsi que d'autres informations les concernant et dans lequel on demande de décrire quel sera l'impact prévisible de l'embauche du personnel requis par le CMS sur le réseau public de santé, et ce, tant sur le plan des effectifs médicaux et du personnel clinique non médical que sur le plan de l'organisation des services cliniques. À ce dernier titre, il est indiqué que le médecin doit présenter des justifications appropriées.

6. Les nouvelles mesures imposées par le projet de loi n° 34 (présenté à l'Assemblée nationale du Québec le 24 mars 2009)

Le projet de loi n° 34, dont est actuellement saisie votre commission, ajoute enfin diverses règles à la liste des exigences auxquelles devra se soumettre tout médecin dans un centre médical spécialisé, en prévoyant notamment que :

- Un médecin ne peut pratiquer un traitement médical spécialisé non prévu au *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé* ailleurs que dans un centre hospitalier lorsque ce traitement est effectué sous anesthésie générale ou sous anesthésie régionale du type tronculaire ou du type bloc à la racine d'un membre;
- Un médecin n'a pas le droit d'être rémunéré pour un service assuré qu'il a fourni dans un centre médical spécialisé exploité sans permis;
- Un médecin qui exploite un centre médical spécialisé doit s'assurer que les services médicaux dispensés dans ce centre respectent les standards de qualité et de sécurité généralement reconnus;
- Un médecin qui exploite un centre médical spécialisé doit être choisi parmi les médecins qui y exercent leur profession;
- Le conseil d'administration d'un centre médical spécialisé doit être formé en majorité de médecins qui y exercent leur profession;
- Le directeur médical du centre médical spécialisé doit être choisi parmi les médecins qui y exercent leur profession;
- Un médecin qui exploite un centre médical spécialisé doit transmettre au ministre et à l'agence de son territoire un rapport annuel de ses activités;
- Les actionnaires d'une personne morale ou les associés d'une société qui exploite un centre médical spécialisé ne peuvent, par convention, restreindre le pouvoir des administrateurs de cette personne morale ou de cette société;
- Le nombre de lits d'un centre médical spécialisé ne peut être supérieur à cinq;
- Le ministre peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler un permis lorsque l'exploitant du centre médical spécialisé ne maintient pas son contrôle sur l'exploitation du centre;
- Le médecin participant au régime de la RAMQ peut bénéficier d'une clause grand-père quant à l'interdiction d'exercer sa profession dans un centre médical spécialisé formé de médecins ne participant pas au régime de la RAMQ s'il remplit diverses conditions.

La FMSQ est sidérée par le nombre gigantesque de mesures imposées aux centres médicaux spécialisés et par les resserrements constants adoptés par le ministre de la Santé.

Tel que mentionné plus loin dans notre mémoire, la Fédération convient que certaines de ces mesures peuvent s'avérer justifiées. Ce que nous reprochons toutefois est

l'importance du fardeau imposé aux médecins pratiquant ces interventions et le fait que ce fardeau leur soit imposé de façon législative plutôt que de faire l'objet d'ententes négociées. Nous devons rappeler que tous les groupes de médecins de famille (GMF) et les cliniques réseau ont été introduits par le biais d'ententes négociées et qu'aucune disposition législative semblable n'a été mise en place pour ces entités. Nous défions tous les membres de la commission de trouver une seule référence à celles-ci dans les lois et règlements en vigueur dans le domaine de la santé! En procédant par entente, on s'est ainsi assuré de la collaboration des intervenants et du succès de cette entreprise. Pourquoi agir de façon différente pour les cabinets de médecins qui dispensent des services spécialisés?

Comme nous le verrons maintenant, en plus de porter atteinte aux droits des médecins et d'engendrer des coûts importants que le ministre ne s'est pas encore engagé à assumer, ces mesures s'avèrent inutiles et inadéquates et ne contribuent aucunement aux objectifs visés.

EN BREF

Des mesures qui imposent une lourdeur organisationnelle et bureaucratique inutile

- De par les orientations qu'il poursuit, le ministre de la Santé impose aux médecins l'obligation d'exercer dans une structure de centre médical spécialisé s'ils souhaitent continuer de dispenser certains soins en cabinet privé;
- Ce faisant, le ministre impose aux médecins une panoplie de mesures diverses qui auront pour effet de chambouler l'organisation des soins dans les cabinets médicaux;
- Ces règles sont imposées et portent ainsi atteinte aux droits des médecins et de leurs patients;
- Alors que la FMSQ rappelle que les cliniques médicales peuvent jouer un rôle important dans la dispensation des soins en raison d'une meilleure efficacité qu'en centre hospitalier, le ministre vient anéantir cette efficacité en souhaitant faire d'eux des mini-hôpitaux et en leur imposant diverses règles strictes;
- Alors que pour les groupes de médecins de famille et les cliniques réseau d'omnipraticiens qui ont été mis en place de façon consensuelle par le biais d'ententes négociées, on impose un encadrement juridique rigide pour les centres médicaux spécialisés et les cliniques médicales affiliées, niant ainsi tout le bienfait d'une collaboration avec les médecins concernés.

V) Un écart entre les objectifs fixés et les résultats engendrés par les projets de loi n° 33 et n° 34

Alors que le gouvernement devrait mettre en place des mesures susceptibles d'atteindre les objectifs visés, force est de constater que la grande majorité des mesures prévues aux projets de loi n° 33 et n° 34 et aux règlements adoptés a tout l'effet contraire. Ceci constitue sans aucun doute la principale conclusion que l'on doit tirer de l'analyse de tout cet exercice qui démontre finalement plusieurs contradictions!

1. La première contradiction : l'objectif accessibilité mis de côté!

L'objectif premier visé à l'époque par le gouvernement était l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les patients. Or, cet objectif n'est clairement pas rencontré.

Non seulement l'accessibilité aux soins médicaux ne sera pas améliorée, mais les mesures proposées par le ministre de la Santé y nuiront grandement.

Nous nous retrouvons donc ici la première contradiction avec les objectifs fixés. Alors que la FMSQ propose des solutions depuis plusieurs années visant à améliorer l'accessibilité des patients aux soins de santé grâce à une meilleure contribution des cabinets médicaux, les résultats suscités par la mise en place des centres médicaux spécialisés selon les conditions qui leur sont imposées auront l'effet tout contraire : ils nuiront à l'accès aux soins spécialisés et surspécialisés et à l'efficacité des cabinets médicaux.

Comme nous le mentionnions plus tôt, beaucoup de traitements médicaux spécialisés se sont ajoutés à la liste des traitements qui devront être obligatoirement dispensés dans un centre médical spécialisé. Un très grand nombre de cabinets médicaux sont donc touchés par ces nouvelles mesures. Devant la lourdeur des exigences organisationnelles et bureaucratiques à remplir, plusieurs médecins auront soit le choix de s'y soumettre à compter du 30 septembre 2009, soit de renoncer à pratiquer en cabinet les activités qui devront être effectuées dans un centre médical spécialisé.

À cet égard, plusieurs membres de notre Fédération nous ont déjà manifesté leur intention d'opter pour cette dernière option étant donné la lourdeur des mesures imposées par le ministre de la Santé, et ce, face au bon vouloir de ce dernier d'accorder ou non à un médecin un permis de centre médical spécialisé. Plusieurs exigences imposées par le ministre semblent par ailleurs en pratique inatteignables dans plusieurs cabinets alors que beaucoup de ces exigences ne peuvent être remplies que par des structures qui ont une taille et des ressources de niveau hospitalier ne serait-ce que quant à l'équipement exigé, aux effectifs disponibles sur place, aux normes du bâtiment, etc.⁸

À titre d'exemple, les interruptions volontaires de grossesses effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier devront obligatoirement être effectuées dans un centre médical spécialisé, et ce, peu importe le type d'anesthésie utilisé lors de ce type d'intervention. Rappelons, à cet égard, qu'en août 2006, l'Honorable Nicole Bénard de la Cour supérieure du Québec accueillait un recours collectif pour le remboursement, par le gouvernement, des sommes ayant été déboursées par des patientes qui ont eu recours à une interruption de grossesse, dont le coût est normalement couvert par notre régime de santé public, alors que nos établissements hospitaliers étaient et sont toujours dans l'impossibilité de dispenser ces services dans les délais requis et que les cabinets médicaux ne peuvent subsister sans exiger de ces patientes des frais additionnels pour ces interventions. Puisque l'État tolérait que les cabinets facturent des frais aux patientes recourant à une interruption volontaire de grossesse en raison de la nécessité pour ces cabinets de leur facturer des frais, la Cour supérieure exigea du gouvernement

⁸ Voir les *Normes applicables à un centre médical spécialisé* publiées sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/download.php?f=0d792a234683e5b25ac066e986d2679a>

qu'il rembourse ces frais aux patientes. Or, alors que la contribution gouvernementale est des plus limitées, plusieurs des exigences imposées aux centres médicaux spécialisés engendreront des frais supplémentaires. Dans ces circonstances, et alors que ces interventions devront obligatoirement se faire en centre médical spécialisé avec toutes les mesures bureaucratiques et de contrôle qui s'ensuivent, nous pouvons déjà prédire que plusieurs médecins décideront de ne plus offrir ce service en cabinet. Si, comme l'exposait l'Honorable Bénard de la Cour supérieure, les centres hospitaliers ne peuvent dispenser ces traitements dans les délais requis et que les médecins en cabinet renoncent à cette pratique pour éviter d'avoir à devenir un centre médical spécialisé, nous ne pouvons que nous inquiéter à savoir comment une patiente pourra obtenir ce service dans les délais requis.

Il en sera de même pour plusieurs autres interventions médicales. Mentionnons, à titre d'exemple, les diverses tumeurs bénignes et malignes qui sont actuellement traitées en cabinet et qui cesseront de l'être en raison des règles imposées. L'abandon de ces traitements dans les cabinets médicaux aura pour effet d'allonger les listes d'attentes en milieux hospitaliers et de nuire à l'accessibilité aux soins.

Malheureusement, ce sont les patients qui en subiront d'abord les conséquences en premier.

Puisque ce sont également les médecins, que l'on traite à nouveau de hors-la-loi, en leur interdisant de dispenser ces soins dans un autre cadre, en leur interdisant d'être rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, en leur imposant de lourdes amendes, etc. On ne peut que reprocher cette tendance de vouloir imposer des mesures punitives aux médecins. Et, à ce niveau, il nous faut rejeter l'adoption de l'article 333.1.1 lequel aurait pour effet d'empêcher la dispensation de certains services en cabinet, même si ceux-ci ne sont pas visés au règlement. Ceci aura aussi pour conséquence d'affecter l'accessibilité à ces soins dans l'attente de leur ajout au règlement.

EN BREF

La première contradiction : l'objectif de l'accessibilité mis de côté!

- **Devant des exigences organisationnelles et bureaucratiques aussi lourdes à remplir et face aux frais supplémentaires qui seront engendrés par ces exigences, plusieurs médecins nous ont manifesté leur intention de renoncer à pratiquer en cabinet les activités qui devront être effectuées dans un centre médical spécialisé;**
- **Alors que l'objectif premier cherché par le gouvernement était l'amélioration de l'accessibilité aux soins, l'abandon de ces traitements dans les cabinets médicaux aura pour effet d'allonger les listes d'attente en milieux hospitaliers et de nuire à l'accessibilité aux soins;**

➤ **Malheureusement ce sont les patients qui en subiront d'abord les conséquences.**

2. La deuxième contradiction : l'objectif d'ouverture au secteur privé

Le gouvernement se devait de trouver des solutions en vue d'offrir une plus grande ouverture à la place du secteur privé dans la dispensation de soins de santé, et ce, pour donner suite au jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli. Or, l'examen des mesures mises de l'avant démontre plutôt un manque de cohésion et l'absence de plan d'ensemble. On constate au contraire que le gouvernement tire dans toutes les directions, ayant parfois des mesures qui tantôt restreignent, tantôt peuvent étendre l'ouverture du secteur privé.

Avant d'aborder les mesures prévues, en premier lieu il importe en premier lieu de dissiper tout malentendu sur la notion du « secteur privé ». En effet, trop souvent divers intervenants se méprennent sur la signification à donner à cette notion et y incluent tous les cabinets médicaux de médecins. Or, il faut rappeler que la presque totalité des cabinets médicaux, souvent appelés les « cabinets privés de médecins », est en fait des cabinets qui dispensent aux patients des soins qui sont financés par le système public. Ils sont un rouage essentiel de notre réseau de santé et on se doit d'en assurer la viabilité et la pérennité à défaut de quoi l'accessibilité aux soins sera affectée de façon importante. Or, les mesures prévues s'attaquent souvent à ces cabinets sans discernement.

Il en est ainsi lorsque le gouvernement pose l'interdiction pour des médecins participants d'exercer leur profession avec des médecins non participants. En effet, cette nouvelle mesure ne s'inscrit en rien avec les divers objectifs poursuivis par le gouvernement. En restreignant leur mode de pratique actuel, on attaque de plein fouet l'autonomie professionnelle des médecins et leurs droits fondamentaux. Une clause dite « grand-père » est proposée par le gouvernement. Or, celle-ci ne s'applique que dans certaines circonstances et suivant des conditions strictes qui s'avèrent inacceptables et qui ont pour effet de violer l'équité intergénérationnelle, privant ainsi les nouveaux médecins de la même opportunité de pratique.

Il en est de même de l'obligation qui est faite aux médecins non participants ou à ceux qui dispensent des services non assurés d'offrir à leurs patients tous les services préopératoires, postopératoires, de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires à leur rétablissement, et ce, sans que le financement de ces services puisse être assumé par le système public. Doit-on considérer cette mesure comme une plus grande ouverture au privé? Il s'agit certainement d'un fardeau plus lourd pour les médecins, lesquels sont formés pour dispenser des services médicaux alors que l'on cherche ainsi à en faire des dispensateurs d'une gamme beaucoup plus large de soins de santé. Or, cette mesure ne répond encore une fois à aucun des objectifs poursuivis et on ne saurait imposer un tel fardeau aux médecins.

Qu'en est-il finalement de l'intention à donner au ministre quant à l'ajout de 55 traitements spécialisés devant être effectués en centre médical spécialisé? Le projet de loi n° 33 établissait un lien important entre les traitements effectués en centre médical spécialisé et ceux pour lesquels une garantie d'accès devait s'appliquer dans le régime public et, à défaut, la possibilité pour les patients de souscrire à une assurance privée pour obtenir ces traitements dans le secteur privé. Le ministre a-t-il l'intention de s'engager à ce que les patients obtiennent accès à ces services dans un délai précis? C'est, quant à nous, impératif! Dans le cas où cette garantie d'accès n'est pas respectée, le ministre a-t-il l'intention de permettre aux patients de souscrire une assurance privée? C'est la conséquence qui découle de la garantie d'accès. Qui plus est, pour que ces services soient dispensés dans un centre médical spécialisé, il faut que ces centres puissent disposer d'un financement public stable. Pour faire suite aux demandes répétées de la Fédération en ce sens, le ministre a-t-il finalement l'intention de négocier la mise en place d'une rémunération adéquate de ces services en cabinets et en CMS? Il s'agit là, quant à nous, de conséquences logiques qui découlent de l'ajout de ces traitements à la liste prévue. À défaut de quoi, le gouvernement ne peut obliger les médecins à obtenir un permis de CMS et doit permettre à ceux qui le souhaitent de continuer à dispenser les traitements visés sans leur imposer de règles autres que celles portant sur le contrôle de la propriété et de l'exploitation du cabinet et ce qui concerne l'agrément des services qui y sont dispensés.

EN BREF

La deuxième contradiction : l'objectif d'ouverture au secteur privé

- **Les solutions proposées par le gouvernement en vue d'une ouverture plus grande à la place du privé font état d'un manque de cohésion et de l'absence d'un plan d'ensemble alors que certaines mesures qui tantôt restreignent, tantôt peuvent étendre l'ouverture du secteur privé;**
- **L'interdiction pour certains médecins participants d'exercer leur profession avec des médecins ne participant pas au régime de la RAMQ ne répond à aucun des objectifs poursuivis et porte atteinte aux droits des médecins;**
- **Il en est de même pour l'obligation imposée à un médecin non participant ou à un médecin offrant des services non assurés d'offrir à leurs patients tous les services préopératoires, postopératoires, de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires à leur rétablissement. Si le gouvernement souhaite restreindre le droit des patients à des services publics, il n'a pas à obliger les médecins à offrir des services autres que médicaux;**
- **Alors que le projet de loi n° 33 établissait un lien entre les traitements effectués en centre médical spécialisé et ceux pour lesquels une garantie d'accès devait s'appliquer dans le régime public, il faut s'interroger sur l'intention du ministre d'offrir une garantie d'accès aux 55 traitements spécialisés ajoutés à la liste et, à défaut, de permettre aux patients de souscrire à une assurance privée pour couvrir le coût de ces traitements;**
- **Afin de couvrir les frais découlant de la prestation de ces soins, il faut également insister sur la responsabilité du gouvernement de mettre en place une rémunération adéquate pour tous les services dispensés dans un centre médical spécialisé, à défaut de quoi on ne saurait obliger les médecins à adhérer à de telles structures rigides et lourdes.**

3. La troisième contradiction : l'objectif qualité/sécurité surévalué!

Le ministre de la Santé invoque que les règles imposées aux centres médicaux spécialisés permettront d'assurer une pratique sécuritaire dans les cabinets de médecins. La Fédération a toujours été en faveur de mesures visant une médecine en cabinet des plus sécuritaires et a déjà eu l'occasion d'indiquer son accord à collaborer à la mise en place de mesures pouvant favoriser un tel objectif.

Il y a donc entre nous partage de l'objectif visé. Il en est toutefois autrement quant aux façons de favoriser l'atteinte de cet objectif.

En effet, de l'ensemble des mesures imposées par le gouvernement, il n'y a principalement que les trois séries de mesures suivantes qui s'inscrivent dans cet objectif et auxquelles la Fédération souscrit :

- Les mesures visant à assurer que les médecins détiennent la propriété des cabinets médicaux et contrôlent les décisions qui y sont prises;
- Les mesures visant à assurer que l'organisation des cabinets relève d'un médecin qui agit à titre de directeur médical;
- Les mesures visant à obliger les cabinets médicaux à obtenir un agrément des services qui y sont dispensés, et ce, par un organisme compétent et reconnu en la matière.

Voilà les seules mesures qu'il faut saluer. Il importe de retirer les autres qui ne constituent qu'un leurre, qui donnent des pouvoirs discrétionnaires aux politiciens, minent la collaboration avec les intervenants du réseau, qui attaquent les droits des médecins et qui imposent une lourdeur bureaucratique inutile.

La délivrance d'un permis par le ministre

À ce niveau, la principale mesure ayant ces effets est l'obligation qui est faite aux médecins d'obtenir un permis du ministre de la Santé, les exigences qui sont imposées pour l'obtenir et, encore pire, la discrétion qui est donnée au ministre de le consentir ou non, de le révoquer ou de le modifier. Autant d'éléments qui n'assureront aucunement une pratique plus sécuritaire, mais qui ont plutôt pour effet de mettre encore entre les mains de politiciens des pouvoirs sur la dispensation des soins de santé.

La pratique de la médecine est déjà sujette à un ensemble de conditions strictes

À cet égard, rappelons que pour pouvoir pratiquer la médecine, un médecin doit obtenir un permis de pratique qui lui est délivré par son ordre professionnel, le Collège des médecins du Québec, après avoir rempli toutes les conditions déterminées par ce dernier en vue d'une pratique médicale sécuritaire. Ainsi, un médecin a droit d'obtenir un permis de pratique seulement après avoir suivi une formation postdoctorale comprenant un ensemble de stages et réussi les examens exigés par le Collège des médecins du Québec. Cette évaluation faite par le Collège des médecins semble suffisante lorsqu'un médecin œuvre en établissement hospitalier. Dans ces circonstances, **nous ne pouvons cibler aucune raison valable qui expliquerait le fait qu'un médecin soit maintenant soumis à l'obligation d'obtenir un second permis pour pratiquer certaines activités professionnelles en cabinet.**

Certains pourraient être tentés de prétendre qu'il en est ainsi pour les laboratoires de radiologie. Or, il importe de préciser qu'on ne peut effectuer une telle analogie puisque dans ce cas, l'obtention d'un permis s'explique plutôt en raison des risques associés à la radioprotection. Qui plus est, il faut rappeler qu'à l'instar des groupes de médecine familiale et des cliniques réseau, **les exigences qui ont été mises en place dans ce domaine n'ont pas été imposées, mais effectuées en collaboration avec les intervenants impliqués.**

Le contrôle de la qualité de la pratique ne relève pas du ministre

Au surplus, ce n'est ni le rôle du ministère de la Santé ni le rôle de son ministre de surveiller la qualité de la pratique médicale, mais bien celui du Collège des médecins du Québec dont la mission consiste à « *promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois* ». Le Collège des médecins possède tous les pouvoirs nécessaires en vue d'enquêter, d'évaluer la qualité de la profession médicale et d'imposer des conditions en vue de corriger toute pratique déviante. Le code de déontologie des médecins dicte par ailleurs au médecin plusieurs règles en vue d'une pratique de qualité et le Collège des médecins du Québec publie plusieurs guides d'exercice dans cet objectif. À cet égard, mentionnons par exemple que le Collège des médecins a déjà publié un Guide d'exercice sur la chirurgie en milieu extrahospitalier dans lequel on trouve diverses règles relatives à la sélection des patients, à la prévention des infections et l'asepsie, aux mesures de sécurité, etc.⁹

Le ministre impose plusieurs règles inutiles

D'autres règles imposées par le ministre ne concordent par ailleurs en rien avec cet objectif de qualité et de sécurité. Pensons à ce titre aux règles prévues aux règlements adoptés et qui posent diverses conditions quant aux médecins aptes à demander un permis de centre médical spécialisé. **On y retrouve diverses exigences qui aurait pour effet d'empêcher un médecin d'exercer en centre médical spécialisé alors qu'il peut le faire en milieu hospitalier!** Il en est de même pour diverses normes exigées par le ministre et qui imposent aux centres médicaux spécialisés des exigences autant et parfois plus sévères qu'en milieu hospitalier! Il s'agit là, encore une fois, d'illustrations de situations où le ministre excède les limites de sa compétence.

La loi oblige les cabinets à obtenir un agrément d'un organisme reconnu

La procédure d'agrément des services constitue en elle-même la meilleure garantie de qualité et de sécurité des soins. Ces organismes d'agrément représentent la meilleure ressource ayant l'expertise et la compétence pour satisfaire à ce travail. La délivrance d'un permis par le ministre n'y ajoute rien d'autre qu'une lourdeur inutile.

Le ministre a-t-il l'intention de développer une nouvelle horde de fonctionnaires pour dédoubler le travail qui est déjà effectué par les organismes d'agrément? Les critères

⁹ La chirurgie en milieu extrahospitalier, Guide d'exercice. Collège des médecins du Québec, mai 2005

utilisés seront-ils les mêmes? Déjà, nous pouvons constater que les personnes retenues par le ministre pour accomplir ce travail ne bénéficient pas toutes de la même compétence et ne le font pas selon des critères uniformes. Déjà, cette procédure envoie des messages contradictoires auprès des divers cabinets de médecins. Assistons-nous, encore une fois, à la mise en place de mesures bureaucratiques qui auront pour effet d'accaparer des ressources budgétaires qui devraient plutôt être orientées à la dispensation de soins pour les patients?

Le ministre ne doit pas disposer d'un pouvoir discrétionnaire de délivrer un permis

Selon quel principe le ministre devrait-il disposer d'un pouvoir discrétionnaire quant à l'émission des permis? Une fois que les conditions prévues à la Loi sont remplies, et que le centre médical spécialisé est la propriété de médecins qui en contrôlent l'organisation, qu'un organisme d'agrément compétent et impartial certifie la qualité et la sécurité des services qui y sont dispensés, en quoi la discrétion du ministre devrait-elle s'appliquer?

Au cours des dernières années, de tels discrétions et pouvoirs pour le ministre n'ont contribué qu'à restreindre l'accessibilité aux soins pour les patients, et ce, par la mise en place de restrictions budgétaires pour les hôpitaux, de quotas pour certaines opérations, etc. D'ailleurs, plusieurs organismes militent en faveur d'une dépolitisation des décisions en matière de dispensation des soins. Une telle discrétion donnée au ministre ne fait qu'évoquer à nouveau le spectre de décisions politiques partisans ou non objectives. Déjà, le ministre a pris position en disant qu'il ne donnerait pas de permis de CMS en ophtalmologie au CHUM ou au Centre hospitalier de Saint-Jérôme. Alors que le projet de loi n° 34 n'est pas encore adopté et que la date d'obtention d'un permis n'est prévue qu'au 30 septembre 2009, on peut donc facilement convenir que cette décision anticipée ne repose aucunement sur des critères de qualité ou de sécurité des soins!

EN BREF

La troisième contradiction : l'objectif qualité/sécurité surévalué!

- **La FMSQ a toujours été en faveur de mesures visant à favoriser la qualité et la sécurité des soins et en ce sens nous appuyons les mesures qui s'inscrivent dans cet objectif, soit celles visant :**
 - **à assurer que les médecins détiennent la propriété des cabinets médicaux et contrôlent les décisions qui y sont prises;**
 - **à assurer que l'organisation des cabinets relève d'un médecin qui agit à titre de directeur médical;**

➤ **à obliger les cabinets médicaux à obtenir un agrément des services.**

- **Toutefois, nous rejetons les mesures qui obligent les médecins à obtenir un permis additionnel décerné par le ministre pour exercer leur profession puisque ceci ne contribue en rien à une meilleure qualité ou sécurité des soins cette prérogative ne relève pas du ministre. Au surplus, les conditions prévues au règlement pour la délivrance d'un tel permis s'avèrent injustifiées;**
- **De plus, alors que les services dispensés en cabinet doivent faire l'objet d'un agrément par un organisme reconnu, il n'appartient pas au ministère de la Santé de doubler ce processus en exigeant également diverses normes à être rencontrées;**
- **Nous nous opposons aussi à ce que le ministre dispose d'un pouvoir discrétionnaire de délivrer un permis de CMS puisqu'une fois les critères de qualité et de sécurité rencontrés et l'agrément des services obtenus d'un organisme compétent, le ministre n'a pas de discrétion à exercer.**

4. Une autre contradiction : la « méthode Lean » préconisée par le ministre

Dès la confirmation de son élection, le ministre de la Santé Yves Bolduc dévoilait son intention d'appliquer la méthode de gestion de la compagnie Toyota, aussi appelée « méthode Lean », à certains éléments de notre système de santé public. La « méthode Lean » repose sur deux concepts de base :

Le respect des personnes

La philosophie de gestion appliquée par Toyota s'appuie en effet sur le respect des personnes et du travail d'équipe ; ce sont les acteurs en place qui sont les mieux placés pour trouver des solutions aux problèmes. Le ministre Bolduc déclarait « Le premier principe, c'est que les gens sont mis à contribution pour trouver des idées. Contrairement à ce qu'on peut penser, même si c'est de la fabrication d'autos, c'est une approche humaniste ».

Or, il faut se remémorer que la Fédération, qui représente plus de 8 000 médecins spécialistes sur le terrain, a été la première à préconiser de revoir le rôle des cabinets de médecins, et ce, afin de favoriser une plus grande efficacité et accessibilité aux soins. De voir que le modèle a été redéfini complètement et qu'il a l'effet contraire de celui escompté en dit gros sur l'intention du gouvernement d'écouter les gens sur le terrain. Alors que, dès la présentation du projet de loi n° 33, la Fédération a de nouveau répété que les orientations mises en place étaient inadéquates et vouées à l'échec. Cela en dit encore gros sur l'écoute des gens sur le terrain.

Alors que les concepts de groupe de médecins de famille et de clinique réseau ont été développés avec les médecins omnipraticiens dans un contexte de collaboration, tout en favorisant l'amélioration de l'organisation des services médicaux généraux, force est de constater que le modèle des centres médicaux spécialisés et des cliniques médicales affiliées imposé aux médecins spécialistes est beaucoup plus rigide. Ainsi, les groupes de médecine familiale sont mis en place au moyen d'une entente négociée de gré à gré avec le ministre. Au lieu d'être imposées, les conditions auxquelles doivent se soumettre les groupes de médecine familiale sont négociées et chacune des parties collabore et participe à la mise en place d'une entente satisfaisante. Le modèle de convention entre un groupe de médecine familiale et le ministre de la Santé repose sur le principe en vertu duquel les médecins jouissent à la fois d'une autonomie professionnelle et juridique lorsqu'ils exercent leurs activités en cabinet.

Or, le modèle proposé pour la médecine spécialisée laisse de côté toute place à la liberté contractuelle et fait complètement fi de l'autonomie professionnelle des médecins. Depuis toujours, un médecin spécialiste qui obtient son certificat de pratique peut décider de pratiquer la médecine, soit en centre hospitalier, soit en cabinet ou dans ces deux lieux à la fois. Depuis la mise en place des mesures relatives aux centres médicaux spécialisés, la pratique d'un médecin en cabinet est sujette au bon vouloir du ministre de la Santé lorsqu'un traitement médical spécialisé est pratiqué dans ce cabinet. S'ensuivront alors toutes les mesures de contrôle que détient le ministre à l'égard des centres médicaux spécialisés et, le cas échéant, aux cliniques médicales associées. **A-t-on oublié que les médecins sont des travailleurs autonomes? Ils n'ont jamais été et ne seront jamais des employés de l'État** bien que les dispositions relatives aux centres médicaux spécialisés et aux cliniques médicales affiliées semblent suggérer le contraire. En voulant surveiller plusieurs activités effectuées en cabinet, le ministre fait par ailleurs état de méfiance injustifiée face à l'intégrité professionnelle des médecins.

Si les groupes de médecine familiale avaient été créés dans un contexte d'encadrement tel qu'il en est pour les cliniques médicales affiliées et les centres médicaux spécialisés, ces groupes de médecine familiale seraient aujourd'hui très peu nombreux. **En dictant aux médecins spécialistes leur pratique en cabinet et en faisant fi de la liberté contractuelle et de l'autonomie professionnelle, l'instauration des centres médicaux spécialisés et des cliniques médicales affiliées est ainsi vouée à l'échec.** Or, imposer un cadre plutôt que favoriser la collaboration et la participation des médecins ne fait qu'apporter un climat conflictuel et ne s'inscrit aucunement dans la philosophie de gestion de Toyota.

L'élimination des processus inutiles

Sur ce deuxième principe, le ministre Bolduc déclarait que « *Ce qu'on fait, c'est qu'on travaille avec les gens pour éliminer les délais, éliminer les processus inutiles. Et puis l'autre élément c'est que ça se fait sur le terrain* ».

Lorsqu'on impose toute une série de nouvelles règles pour l'obtention d'un permis, alors que le Collège des médecins du Québec est l'organisme compétent à cet égard, on ajoute plutôt que d'éliminer des processus inutiles.

Lorsqu'en plus de confier à un organisme d'agrément compétent la tâche de s'assurer du respect des normes de qualité et de sécurité dans les cabinets, le ministre met en place toute une procédure pour la délivrance de permis de CMS, on ajoute plutôt que d'éliminer des processus inutiles.

Lorsque l'on impose diverses règles qui ne sont aucunement reliées aux objectifs recherchés, on ajoute plutôt que d'éliminer des processus inutiles.

Nous pouvons constater que les dispositions relatives aux centres médicaux spécialisés vont à l'encontre de la « méthode Lean ». Elles ont pour effet de dicter la pratique de la médecine plutôt que de favoriser la collaboration et la participation dans le respect de l'autonomie professionnelle. Elles auront pour conséquence de nuire à l'accessibilité aux soins de santé spécialisés et surspécialisés en plus d'imposer de lourdes contraintes organisationnelles et bureaucratiques aux cabinets médicaux. Et les principaux intéressés le disent et souhaitent que ces règles soient revues.

La plupart des mesures contestées ont été mises en place par le prédécesseur du ministre actuel. Dans un contexte où celui-ci était en conflit avec les médecins spécialistes. Alors que la Fédération répète aujourd'hui que les modifications envisagées par le projet de loi n° 34 sont de façon générale inadéquates, le ministre Bolduc appliquera-t-il sa propre philosophie de gestion et écoutera-t-il les médecins spécialistes, les gens sur le terrain ? Nous le souhaitons ardemment, pour le bien-être des patients.

EN BREF

Une autre contradiction : la « méthode Lean » préconisée par le ministre

- **La FMSQ propose des solutions qui militent en faveur d'une meilleure efficacité et d'une meilleure accessibilité aux soins et répète depuis la présentation du projet de loi n° 33 que les orientations mises en place sont inadéquates et vouées à l'échec. Malgré cela, et contrairement au premier principe de base de la « méthode Lean » qui vise le respect des personnes sur le terrain par leur mise à contribution, les autorités du ministère de la Santé font la sourde oreille;**
- **Alors que les « groupes de médecins de famille » et les « cliniques réseau » respectent le premier concept de la « méthode Lean » en favorisant un contexte de collaboration et de négociation, le modèle proposé à la médecine spécialisée laisse de côté toute place à l'approche**

consensuelle et fait fi de l'autonomie professionnelle des médecins;

- **Contrairement à la « méthode Lean », plutôt que d'éliminer des processus inutiles, les autorités du ministère en rajoutent en mettant en place toute une série de mesures pour la délivrance d'un permis de centre médical spécialisé. Il en est de même lorsqu'en plus de confier à un organisme compétent la tâche de s'assurer de l'agrément des services qui y sont rendus, le ministre procède également à sa propre évaluation de ces centres avant de leur émettre un permis.**

VI) De la nécessité de corriger le tir

Comme nous l'avons vu, plusieurs des mesures prévues par le projet de loi n° 33 et n° 34 et les règlements afférents ne contribuent pas aux objectifs recherchés ou nuisent à ceux-ci. Il est encore temps pour agir et il faut que le gouvernement, le ministre de la Santé et des Services sociaux et les députés de l'Assemblée nationale apportent les modifications nécessaires à cette fin.

La FMSQ a déjà exprimé son accord avec les mesures concernant la qualité et la sécurité des soins. Il importe toutefois de corriger les autres mesures qui ne contribuent aucunement à une meilleure qualité ou accessibilité des soins et qui ont plutôt pour effet d'imposer des mesures bureaucratiques inutiles, de miner la collaboration des médecins, d'attaquer leurs droits et leur autonomie professionnelle, de donner des pouvoirs discrétionnaires au ministre et de réduire l'accès de la population à nos soins.

À cette fin et de façon plus spécifique, la FMSQ demande :

- De revoir la liste des traitements spécialisés à la lumière des critères prévus par la loi et obtenir les intentions du ministre quant à l'accessibilité à ces services;
- D'abroger toutes les mesures concernant l'émission de permis de centre médical spécialisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Sont ainsi visés les divers articles prévus à cet effet dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que les règlements concernant la délivrance de permis de centre médical spécialisé. À défaut, il importe à tout le moins :
 - de revoir les conditions de délivrance de permis qui sont prévues au règlement et qui discriminent les médecins exerçant en cabinet par rapport à leurs confrères exerçant en milieu hospitalier;
 - de mettre de côté la mise en place d'un processus d'appréciation de la qualité par le ministre et l'imposition de normes spécifiques et laisser cette tâche aux organismes d'agrément qui sont compétents en la matière;
 - d'abroger la discrétion du ministre de décerner un permis de centre médical spécialisé et prévoir l'octroi automatique de ce permis aux

médecins qui exercent dans un centre qui respecte les conditions relatives à la propriété et à l'exploitation du centre et qui a obtenu un agrément d'un organisme reconnu;

- de repousser la date limite d'obtention d'un permis d'au moins 6 mois après l'adoption du projet de loi n° 34;
- D'abroger l'interdiction pour les médecins participants et non participants d'exercer dans un même centre et ainsi ne créer qu'un seul type de CMS;
- De retirer l'obligation pour les médecins non participants ou ceux qui dispensent des services non assurés d'offrir à leurs patients tous les services préopératoires, postopératoires, de réadaptation ou de maintien à domicile et de leur donner plutôt l'obligation d'informer leurs patients et abroger en conséquence, l'article 78.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux;
- D'abroger l'interdiction de dispenser en cabinet un traitement spécialisé non prévu au règlement;
- De mettre en place une rémunération adéquate pour les traitements dispensés en CMS et en cabinet privé;
- De mettre de côté l'adoption de mesures punitives contre les médecins;
- De favoriser l'approche consensuelle et de revoir avec la Fédération, par le biais d'ententes négociées, toutes les mesures concernant les cliniques médicales associées.

En conséquence,

- Les articles 2, 5, 8, 11, 12, 14, 19, 30 et 31 du projet de loi n° 34 devraient être abrogés;
- Les articles 6, 9 (1^{er} alinéa), 15 et 29 devraient être modifiés;
- D'autres articles devraient être introduits, abrogés ou modifiés pour donner suite aux modifications demandées par la FMSQ;
- La FMSQ n'a pas de commentaires relativement aux autres articles du projet de loi n° 34;

CONCLUSION

Depuis plusieurs années, tant les médecins spécialistes que le gouvernement se sont fixé des objectifs en vue d'une meilleure efficacité de notre système de santé. À cet égard, nous avons tous deux proposé des solutions en faveur d'une meilleure accessibilité aux soins de santé et d'une dispensation de soins plus efficace. Le gouvernement du Québec est allé plus loin en s'engageant à ouvrir la porte à une dispensation plus grande de soins au privé et en faveur d'une plus grande qualité des soins. Nous espérons alors, à la venue du projet de loi n° 33 et aujourd'hui à la venue du projet de loi n° 34, que des mesures seraient mises de l'avant en faveur de l'atteinte de tous ces objectifs. Force est néanmoins de constater que non seulement les mesures introduites par le projet de loi n° 33 et maintenant celles proposées par le projet de loi n° 34 ne répondent pas à ces objectifs mais qu'elles ont au contraire pour effet d'y nuire.

Tel que nous avons pu l'exposer, la FMSQ a toujours été en faveur de mesures visant une médecine en cabinet des plus sécuritaires. À cet égard, nous sommes donc disposé à collaborer à la mise en place de mesures pouvant favoriser cet objectif et sommes en accord avec les propositions élaborées tant par le projet de loi n° 33 que par le projet de loi n° 34 et qui visent à favoriser une pratique sécuritaire en cabinet dont :

- Les mesures visant à assurer que les médecins détiennent la propriété des cabinets médicaux et contrôlent les décisions qui y sont prises;
- Les mesures visant à assurer que l'organisation des cabinets relève d'un médecin qui agit à titre de directeur médical;
- Les mesures visant à obliger les cabinets médicaux à obtenir un agrément des services qui y sont dispensés, et ce, par un organisme compétent et reconnu en la matière.

Nous sommes toutefois en désaccord avec les mesures qui ne contribuent aucunement à une meilleure qualité ou accessibilité des soins et qui ont plutôt pour effet d'imposer des mesures bureaucratiques inutiles, de miner la collaboration des médecins, d'attaquer leurs droits et leur autonomie professionnelle, de donner des pouvoirs discrétionnaires au ministre et de réduire l'accès de la population à nos soins. Dans ce contexte, nous sommes d'avis que l'Assemblée nationale devrait retenir les orientations que nous avons exprimées et apporter les modifications requises.

En agissant de la sorte, on évitera les processus inutiles et les résultats attendus seront davantage en lien avec les objectifs recherchés. On assurera aussi le respect des droits des médecins et l'accessibilité des patients à leurs soins. À défaut, le gouvernement portera l'odieux de remettre en question la collaboration des médecins spécialistes lesquels n'auront d'autres choix que de s'opposer par tous les moyens aux mesures contestées.

En effet, il faut s'interroger sérieusement sur cette propension récente du gouvernement de vouloir contrôler de façon discrétionnaire la dispensation des soins en cabinet. La Fédération s'inquiète ainsi des autres ambitions du ministre à cet égard, notamment en ce qui a trait au projet de loi portant le numéro 26 – *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* alors que le ministre entend à nouveau se donner plusieurs pouvoirs discrétionnaires et imposer encore une fois une multitude d'exigences aux centres de procréation assistée!

BIBLIOGRAPHIE

Collège des médecins du Québec, *La chirurgie en milieu extrahospitalier* : guide de pratique. Montréal : CMQ, mai 2005

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'efficience et de qualité* ». Montréal : FMSQ, 4 avril, 2006

Fédération des médecins spécialistes du Québec. Garantir à nos patients l'accès à nos soins – réponse et commentaires au projet de loi n° 33 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Montréal : FMSQ, 13 septembre, 2006

Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité : document de consultation. Québec : MSSS, Février 2006.

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