CSSS - 005M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

Regroupement provincial
des comités des usagers
Santé et services sociaux
RPCU

Projet de loi nº 20

L'accès à un médecin : les usagers le demandent

Projet de loi 20, Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

24 février 2015

Table des matières

Le RPCU 5

Avant-propos 7

Introduction 9

1. Le projet de loi 20 11

Pourquoi agir? Se comparer et se désoler, des chiffres qui parlent 11

2. La performance du réseau québécois 11

Un disfonctionnement global 12
L'inaccessibilité aux soins 12
L'inaccessibilité aux médecins 12
Mauvaise organisation des cabinets des médecins 13

3. La performance du système 13

Moins de disponibilité des médecins du Québec 14
Le paradoxe du médecin entrepreneur 14

4. La prise en charge d'usagers 15

La naïveté de l'usager 17
L'organisation du travail 19
Le financement à l'activité 19

5. La procréation assistée 21

À qui s'adressent les services? 21
Où les services devraient-ils être disponibles? 22

Conclusion 23

Annexe 25

Le RPCU

Le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) du réseau de la santé et des services sociaux représente les 8 000 000 usagers du réseau. Il est le porte-parole des 600 comités des usagers et de résidents des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

Les comités des usagers et les comités de résidents sont présents dans tous les établissements du réseau de santé et de services sociaux en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). La mission des comités des usagers et de résidents est de défendre les droits des usagers et de travailler à améliorer la qualité des services offerts aux usagers de leur établissement. Les valeurs du RPCU, qui guident ses prises de position, incluent l'engagement, le respect et la solidarité.

86 % des comités des usagers et de résidents du Québec sont membres du RPCU.

Le RPCU défend également les droits des personnes aînées et des jeunes.

Avant-propos

Avant même d'entamer son mémoire, le Regroupement provincial des comités des usagers du réseau de la santé et des services sociaux tient à réitérer son admiration pour le travail des médecins, tant les omnipraticiens que les spécialistes. Le RPCU tient à souligner leur travail et leur dévouement. Nous tenons aussi à dire notre admiration pour tout le personnel du milieu de la santé et des services sociaux, tant les infirmières, les professionnels, les préposés que les techniciens.

L'objet de cette commission parlementaire ne porte pas sur leur dévouement, mais sur l'organisation du travail que tout gouvernement doit mettre en place pour protéger la santé et la sécurité de la population. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'a bien dit. Il incombe aux États de mettre en place des systèmes de soins qui favorisent la santé des populations. Dans la *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques*, l'OMS demande aux dirigeants et aux décideurs à tous les niveaux gouvernementaux d'atteindre les objectifs gouvernementaux afin que tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément-clé de l'élaboration des politiques.

C'est donc dans cet esprit que le RPCU se présente devant cette commission.

Le projet de loi 20 contient aussi des dispositions concernant la procréation assistée. Le RPCU est d'avis que ces dispositions législatives auraient dû faire l'objet d'un projet de loi particulier.

Introduction

Les différentes réformes qui se sont succédées au Québec depuis les vingt dernières années n'ont pas donné tous les résultats attendus. En effet, aucune n'est allée assez loin pour revoir l'organisation du travail de ceux qui donnent les soins, les médecins.

Il aurait été facile pour nous, usagers du réseau de la santé et des services sociaux, d'écrire notre mémoire en ne reproduisant que les échanges entendus dans les lignes ouvertes ou lus dans les lettres de courriers aux lecteurs de nos journaux.

Qu'aurions-nous appris? L'insatisfaction générale des usagers du Québec dans l'inaccessibilité aux soins de santé et aux médecins de famille. Nous aurions constaté, sans surprise, l'exaspération et l'incompréhension des usagers lorsqu'ils attendent de longues heures aux urgences ou dans les cliniques médicales sans rendez-vous. Nous aurions entendu impuissants ces bébés congestionnés en pleurs. Nous aurions pleuré avec les personnes âgées qui attendent d'entrer en CHSLD ou qui se cassent une hanche car elles tombent en se rendant aux toilettes.

Nous avons lu, dans les mêmes journaux, les états d'âme des médecins outrés que l'on veuille leur imposer un cadre de travail. Nous avons entendu leurs cris parce que l'on croit qu'ils sont paresseux alors qu'ils travaillent si fort. Blessures d'amour propre, beaucoup d'émotions et peu de rationnel.

Nous avons même eu droit à la lettre de Jeanne, un bébé de 9 mois, qui demandait d'avoir sa maman tout le temps, même si cette dernière est médecin. Nous sommes certains que le bébé de la travailleuse en usine demande la même chose, mais sa maman ne peut pas se permettre de ne travailler que 87 jours par année, comme nous le dit Jeanne pour sa maman.

Des états d'âme et des soupirs ne feront rien changer pour l'accès des usagers au réseau de la santé et des services sociaux. Il nous faut donc des mesures. De quoi parlons-nous ici? De l'accessibilité aux soins avec un meilleur accès à un médecin, et non de sentiments.

1. Le projet de loi 20

Pourquoi agir? Se comparer et se désoler, des chiffres qui parlent

Le Regroupement provincial des comités des usagers a consulté différentes études qui ont mesuré la performance du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Ces enquêtes comparent le Québec aux autres provinces canadiennes et à une trentaine de pays à travers le monde. Pour établir notre diagnostic, le RPCU s'est principalement attardé à trois enquêtes : l'*Indice-santé Canada*, le *Commonwealth Fund* et le *Sondage national des médecins*. Nous avons aussi consulté les analyses du Commissaire à la santé et au bien-être qui sont très éclairantes ainsi que les données de la RAMQ.

2. La performance du réseau québécois

Il faut reconnaître que, comparée aux autres provinces canadiennes, la performance du système de santé québécois est moins bonne que l'ensemble des provinces. Le Québec se classe malheureusement au huitième rang des provinces canadiennes quant à la performance globale de son système de santé selon l'*Indice-santé Canada*.

Au niveau international, la situation n'est guère mieux. Le Commissaire à la santé et au bien être a participé aux enquêtes effectuées par le *Commonwealth Fund*. Ces enquêtes sont faites auprès des usagers du système de santé et auprès des médecins qui travaillent en première ligne. Selon ces données, le Québec se classe parmi les systèmes les moins performants pour sept des dix composantes. Il n'est performant que dans un secteur, et dans la moyenne pour les deux autres.

Cette même étude révèle que, de leur côté, les médecins portent un jugement encore plus sévère. Selon eux, le système de santé québécois se classe parmi les moins performants des provinces canadiennes sur toutes les composantes des systèmes de soins analysées.

On doit malheureusement admettre que la performance du système québécois est faible, sinon très faible. Les usagers le savent puisqu'ils le vivent à tous les jours. Les différents classements internationaux le prouvent car le Canada se classe au 28e rang des 30 des

pays sondés quant à sa performance globale de son système de santé. Et le Québec est parmi les moins performants des provinces canadiennes comme nous l'avons vu précédemment.

Les études nous indiquent que, malheureusement, les problèmes viennent tant du disfonctionnement global que de l'inaccessibilité aux soins, de l'inaccessibilité aux médecins et de la mauvaise organisation des cabinets de médecins.

Un disfonctionnement global

Selon ces différentes enquêtes, la mauvaise performance du système québécois touche en premier lieu son fonctionnement global. Les Québécois ne croient pas pouvoir recevoir les traitements les plus efficaces en cas de maladie. On porte ainsi un jugement sévère sur la qualité des soins reçus dans les cabinets et les cliniques médicales. Pour leur part, les médecins sont peu satisfaits de la qualité de leur pratique et ils croient que la qualité des services s'est détériorée au cours des dernières années. À qui la faute?

L'inaccessibilité aux soins

Les résultats des études citées touchent aussi à d'autres aspects qui affectent les usagers pour l'obtention des services. L'accessibilité aux soins est la première visée. Le Québec semble détenir la palme mondiale des délais d'attente tout genre confondu : attente pour un rendez-vous avec un médecin de famille, attente pour un rendez-vous avec un médecin spécialiste, attente aux urgences avant d'être vu.

L'inaccessibilité aux médecins

Les résultats des études concernent aussi la continuité des soins, plus particulièrement le faible taux d'accès des usagers à un médecin de famille ou à une source de soins. Ils concernent aussi la coordination des soins : le Québec est parmi les endroits au monde où les médecins de famille sont les moins informés de l'état de leur patient à la suite d'une consultation, d'une hospitalisation ou d'une visite par les médecins spécialistes, dans les centres hospitaliers et dans les urgences. Les résultats traitent aussi à la qualité des soins.

Le Québec est l'un des endroits où les guides de pratiques pour le traitement de maladies chroniques sont les moins systématiquement utilisés et où les mécanismes d'identification et de gestion des événements indésirables sont les moins présents et utilisés.

Mauvaise organisation des cabinets des médecins

L'organisation des cabinets de médecins et des cliniques médicales obtient aussi des résultats mitigés. Au Québec, les professionnels autres que des médecins ne suivent pas ou ne prodiguent pas des soins aux patients entre les visites médicales. De même, les nouvelles technologies de l'information sont aussi les moins utilisées. Cette faible utilisation est constatée autant pour les dossiers médicaux informatisés que pour les requêtes et l'obtention électronique des résultats des examens de laboratoires, le courriel pour communiquer avec les patients et l'informatique pour gérer les pratiques et les cliniques des médecins. Ils concernent enfin l'adoption de mesures reconnues pour améliorer la performance clinique des cabinets.

3. La performance du système

Le RPCU a aussi voulu connaître la performance du réseau car cette donnée est importante pour l'accessibilité. Nous avons consulté principalement deux études qui se sont penchées sur l'évolution de la performance du système de santé du Québec. La première vient du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Selon l'étude du commissaire, la performance relative du Québec s'est améliorée au cours des derniers dix ans en ce qui a trait à l'atteinte des buts, à savoir l'amélioration de la santé de la population et la production des services aux citoyens. Elle a toutefois diminué en ce qui concerne l'acquisition des ressources financières et humaines et la réponse aux besoins de services de la population.

La deuxième étude consultée est le *Sondage national des médecins* réalisée conjointement par l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. En comparant les réponses des médecins aux sondages entre 2007 et 2010, il est possible de dégager une certaine évaluation des médecins sur l'évolution de la performance du système de santé québécois.

Moins de disponibilité des médecins du Québec

Nous comprenons que la disponibilité des médecins du Québec a diminué depuis 2007, surtout en ce qui concerne le nombre d'heures consacrées aux soins directs aux patients. Cette diminution est deux fois plus importante que dans l'ensemble du Canada. Elle est susceptible de se poursuivre dans un proche avenir : trois fois plus de médecins québécois entendent diminuer leurs heures de pratique que ceux qui disent vouloir les augmenter.

Cette tendance se confirme d'après les chiffres de la Régie de l'assurance maladie du Québec, lesquels indiquent que de nombreux médecins pratiquent à mi-temps malgré les incitatifs financiers offerts. Nous pouvons même affirmer que les médecins rendaient en moyenne 7 % moins de services médicaux en 2012 qu'en 1990.

Pourtant, le paradoxe qui découle de ces études est que le nombre de médecins a augmenté au Québec, en chiffres absolus, mais que le nombre d'actes a diminué. Le RPCU croit donc qu'il faut agir pour contrer cette tendance.

Plusieurs associations de médecins contestent ces chiffres. Pourtant, 25 % des Québécois n'ont toujours pas accès à un médecin de famille et les attentes pour les services sont toujours aussi longues.

Le paradoxe du médecin entrepreneur

Plusieurs usagers du réseau de la santé et des services sociaux sont outrés lorsqu'un médecin se présente en tribune publique affirmant « Moi, en tant que petite entreprise… ». De tels propos ne sont pas sans faire « siller les oreilles ».

Le propre de l'entreprise privée est de développer des services et de faire des profits. Il y a certes quelques médecins qui prônent la simplicité volontaire, mais c'est loin d'être la majorité.

En 1962, la Saskatchewan a mis sur pied un régime d'assurance maladie universel provincial afin d'offrir des services médicaux à tous ses habitants. En 1966, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur les soins médicaux*, qui prévoyait le remboursement ou le partage de la moitié des coûts assumés par les provinces et les territoires pour les services

médicaux offerts par un médecin à l'extérieur des hôpitaux. Au cours des six années suivantes, toutes les provinces et tous les territoires se sont dotés d'un régime d'assurance universel qui s'appliquait aux services offerts par les médecins. Le Québec y a adhéré à son tour.

En 1984, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi canadienne sur la santé*. Cette loi a consolidé les principes de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation en établissant des critères concernant la transférabilité, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et la gestion publique. La loi contient également des dispositions interdisant la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs pour la prestation de services assurés.

Lorsque les gens ont besoin de soins de santé, ils se tournent le plus souvent vers des services de soins de santé primaires, lesquels constituent le premier point de contact avec le système de soins de santé. En général, les soins de santé primaires ont une double fonction. D'abord, ils permettent de fournir directement les services de santé de première ligne. Ensuite, ils permettent de coordonner les services de soins de santé fournis aux patients pour assurer la continuité des soins et faciliter le cheminement au sein du système de soins de santé lorsque des soins plus spécialisés sont nécessaires (de la part des spécialistes ou dans les hôpitaux par exemple).

De façon générale, les médecins en cabinet privé sont ceux qui dispensent ces services de première ligne. Ils sont rémunérés à l'acte, selon des barèmes qui détaillent chaque service ainsi que la rémunération accordée pour chaque service. Ces barèmes sont négociés entre le gouvernement du Québec et les associations.

À notre grand étonnement, aucune contrainte n'est liée avec l'acte dispensé. Ainsi, selon les chiffres du Collège des médecins, nous aurions 19 540 médecins au Québec. Ce serait donc 19 540 petites entreprises privées qui offriraient des services au gouvernement du Québec sans aucune coordination. Cela ne fait aucun sens.

4. La prise en charge d'usagers

Le projet de loi 20 propose d'organiser les services afin que les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes qui font partie du réseau de la santé et des services sociaux du Québec s'engagent à suivre un certain nombre d'usagers.

Le projet de loi demande aux médecins d'assurer le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients et d'exercer un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisées par une agence parmi les activités médicales prévues.

Le Regroupement provincial des comités des usagers déplore que l'on en soit venu à devoir légiférer pour s'assurer que chaque usager ait accès à un médecin. Les associations médicales veulent proposer certaines solutions : des heures d'ouverture plus longues, visites à domicile, etc. À notre avis, ces solutions ne sont malheureusement pas suffisantes car elles n'abordent pas le vrai problème de l'accessibilité à un médecin, seulement des réaménagements qui ne demandent aucun changement.

Nous en revenons donc aux bonnes vieilles théories économiques qui disent que l'on doit d'abord satisfaire les besoins économiques d'un individu. Au-delà d'un certain seuil, ce n'est plus le salaire ou la rémunération qui compte. D'autres critères comme la qualité de vie, l'accomplissement personnel ou les valeurs personnelles entrent en ligne de compte.

Ainsi un médecin qui ne travaillerait qu'à mi-temps pourrait facilement avoir un revenu de plus de 150 000 $ par an, ce qui est nettement au dessus de la moyenne de la population. Si un deuxième revenu est disponible pour le couple, nous pouvons parler d'une situation financière très enviable pour ce couple.

Cela étant dit, le RPCU croit que le gouvernement du Québec est en droit d'exiger un certain nombre d'actes pour les entreprises qui font affaire avec lui, de déterminer les conditions liées au traitement et de faire une distinction entre travail à temps plein et travail à mi-temps. Cela fait partie de tous les contrats, et cela devrait aussi faire partie des contrats avec les médecins.

Le RPCU ne veut pas entrer dans le débat à savoir si un médecin devrait suivre 1500 ou 1267 ou même 798 patients. Néanmoins, il nous semble encore une fois que, dans notre grande naïveté, certains chiffres ne mentent pas. Nous avons donc fait une hypothèse.

La naïveté de l'usager

Les usagers sont très naïfs : ils croient que tout travail mérite salaire. Mais lequel? Il faut d'abord préciser que selon Emploi et Développement social Canada, les Canadiens travaillent en moyenne 36,6 heures par semaine alors que les Québécois travaillent 35,4 heures par semaine. Les Canadiens n'ont en moyenne que deux semaines de vacances par année.

Nous nous sommes montrés très conservateurs en faisant l'hypothèse suivante pour les médecins : si un médecin travaillait 45 semaines par année à raison de 30 heures par semaine, il travaillerait ainsi 1350 heures par année. En comparaison, comme nous l'avons vu, un travailleur québécois moyen travaille 35,4 heures par semaine durant 50 semaines par année, ce qui représente 1770 heures.

Comparaison entre le nombre d'heures travaillées par les Québécois en moyenne et celui proposé par le RPCU pour les médecins

	Nombre de semaines	Total annuel
Québécois :	50 semaines par année à raison de 35,4 heures par semaine	1770
Médecins :	45 semaines par année à raison de 30,0 heures par semaine	**1350**

Comme le médecin doit faire en moyenne 12 heures semaines d'activité médicale particulière (AMP), il y a consacre 540 heures par année. Il travaillera donc en cabinet privé 810 heures par année.

Répartition des heures de travail des médecins en AMP et en cabinet privé

Par semaine	Total annuel
12 heures par semaine d'activité médicale particulière	540
18 heures par semaine en cabinet privé	**810**
Total de 30 heures par semaine	1350

Il pourra voir facilement 500 patients à raison d'une heure chacun. Ces patients, qui nécessitent une heure du temps du professionnel, peuvent être des patients souffrant de maladie chronique, de personnes âgées, des personnes qui ont des besoins particuliers ou qui nécessitent un examen annuel.

Pour les 310 heures restantes, le médecin pourrait voir 4 usagers à l'heure, soit 1240 personnes.

Répartition des 810 heures de travail en cabinet privé des médecins selon le nombre de patients vus à l'heure

Nombre de patients vus à l'heure	Total annuel
1 patient par heure (500 heures x 1 patient)	500
4 patients à l'heure (810 heures - 500 heures = 310 heures) x 4 patients	1240
Nombre de patients vus par année	**1740**
Taux moyen de patients vus par semaine en cabinet privé durant 45 semaines	39

Ainsi un médecin en ne travaillant que 18 heures en cabinet, s'il est bien organisé, pourrait facilement suivre chaque année 1740 personnes.

Voila où nous conduit notre naïveté. Par conséquent, le RPCU croit que le projet de loi 20 est réaliste et ne conduit pas à des contraintes trop grandes pour les médecins. D'ailleurs, dans une lettre envoyée à tous les médecins, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr Gaétan Barrette, donnait des assurances aux médecins dans la façon dont seront appliquées les nouvelles règles.

Nous demandons donc instamment aux associations médicales et au ministre de la Santé et des Services sociaux d'entamer des négociations afin que les usagers du réseau de la Santé et des Services sociaux en aient pour leur argent et que surtout que l'on règle, une fois pour toutes, l'accessibilité à un médecin de famille.

Ce n'est plus seulement une question d'argent actuellement, mais d'organisation des services. Nous croyons que le ministre de la Santé et des services sociaux doit intervenir.

L'organisation du travail

Une fois cette démonstration faite, nous devons maintenant aborder l'organisation du travail. Il faut que les médecins apprennent à mieux travailler ensemble et à mieux organiser leurs services. Pour y parvenir, l'ensemble du travail doit être mieux coordonné.

Le travail au sein d'un groupe de médecine familiale est essentiel pour la prise en charge des usagers. Il serait dès lors possible que la tâche de travail de suivre un certain nombre de patients soit une responsabilité collective. Ce serait au GMF d'avoir la responsabilité finale du suivi, le médecin étant un élément de cet ensemble. Ainsi, les clientèles particulières et les personnes avec des maladies chroniques pourraient trouver leur place dans cet ensemble.

Nous n'avons pas pris en compte les activités médicales particulières. Nous sommes convaincus qu'elles seront considérées dans la charge de travail.

Naturellement, il faudrait du personnel autre que médical, comme des infirmières, des techniciens, d'autres professionnels et du soutien administratif. Il existe actuellement de beaux exemples qui pourraient inspirer le réseau.

De son côté, le ministère pourrait orchestrer les services pour l'ensemble du territoire.

Le financement à l'activité

Le Regroupement provincial des comités des usagers croit que la rémunération des médecins à l'acte a fait son temps. Il faudra que le ministre propose, le plus rapidement possible, une nouvelle forme de rémunération pour les médecins qui inclurait le financement à l'activité en plus du financement à l'acte.

L'AQESSS avait d'ailleurs proposé dans le passé un financement axé sur l'activité.
Le financement axé sur l'activité est un mode d'allocation des ressources financières au sein du système de santé. Il distribue l'argent en fonction du volume et du type de services

offerts par chaque CISSS. Les ressources sont ajustées pour tenir compte de la complexité des soins prodigués aux patients, ainsi que de la condition, de l'âge et du sexe de ceux-ci. En résumé, il permet aux établissements d'obtenir le financement nécessaire pour mieux répondre aux besoins de leurs patients

Le financement axé sur l'activité permettrait de mieux connaître les coûts et les résultats des interventions et accorderait la priorité aux choix et aux besoins des usagers. Les consultations pourraient être payées le même montant aux médecins partout dans la province, sauf dans certaines régions isolées où les prix sont en général plus élevés. Il n'y aurait donc plus de différences significatives dans le financement des régions.

Nous croyons sincèrement que ce financement jumelé également au financement à l'acte pourrait être avantageux pour tous.

5. La procréation assistée

Le Regroupement provincial des comités des usagers identifie deux enjeux principaux dans ce débat :

- à qui s'adressent les services?
- où les services devraient-ils être disponibles?

À qui s'adressent les services?

Il est clair que les services doivent être disponibles aux femmes qui, sans intervention, ne pourraient procréer.

Le but premier est la procréation, c'est-à-dire permettre l'enfantement par une femme par des moyens d'assistance qui lui permettent de le faire. Par conséquent, nous ne pouvons pas revenir sur cette assistance comme société.

Le RPCU le précise car il y a eu un débat à ce sujet qui a fait rage en France. En effet, on y confond procréation assistée et fertilisation artificielle qui s'adresse principalement aux femmes qui souhaitent avoir un enfant sans le recours à un partenaire.

Pour le RPCU, ce débat est depuis longtemps dépassé et ne doit pas être pris en considération. Bien que la fertilisation artificielle soit un moyen utilisé par la procréation assistée, cela ne constitue pas l'objet de ce projet de loi.

Il faudrait cependant s'interroger sur les possibilités de succès de la procréation. Y a-t-il des cas limites qui ont peu ou pas des succès d'obtenir un enfantement? Le projet de loi donne certaines balises, comme un âge minimum et un âge maximum où cette activité peut s'exercer. À notre avis, seuls des experts pourraient nous dire si cela est raisonnable. Nous présumons que ces avis ont été sollicités pour ainsi apporter des balises.

Où les services devraient-ils être disponibles?

Le gouvernement du Québec a beaucoup investi pour que la procréation assistée soit un succès. Il a notamment investi dans des infrastructures et des installations.

Il est clair que l'on doit s'assurer que les infrastructures mises en place doivent être utilisées avant d'avoir recours à d'autres formes de soutien. Les cliniques privées ne devraient pas être privilégiées et le recours à ces cliniques devrait être limité.

La demande n'est pas si grande pour que le secteur public ne puisse pas y répondre. Le RPCU croit donc que ce serait une avenue à envisager sérieusement.

Conclusion

Malgré notre admiration pour le travail des médecins, des états d'âme et des soupirs ne feront rien changer pour l'accès des usagers au réseau de la santé et des services sociaux.

On comprend que la disponibilité des médecins du Québec a diminué depuis 2007, surtout en ce qui concerne le nombre d'heures consacrées aux soins directs aux patients. Cette diminution est deux fois plus importante que dans l'ensemble du Canada. Elle est susceptible de se poursuivre dans un proche avenir : trois fois plus de médecins québécois entendent diminuer leurs heures de pratique que ceux qui disent vouloir les augmenter. Il faut donc agir.

Le Regroupement provincial des comités des usagers croit raisonnable le projet de loi 20.

Le Regroupement provincial des comités des usagers du réseau de la santé et des services sociaux déplore toutefois que l'on en soit venu à devoir légiférer pour s'assurer que chaque usager ait accès à un médecin. Il incite fortement toutes les parties à retourner à la table de négociation pour en arriver à une entente qui favorisera l'accès des usagers à un médecin. C'est cela que les usagers ont besoin.

Le RPCU recommande au ministre de mettre en place le financement à l'activité.

En ce qui a trait à la procréation assistée, elle devrait être réservée à permettre l'enfantement par une femme par des moyens d'assistance sans confondre procréation assistée et fertilisation artificielle.

Ce que l'usager comprend de la charge de travail du médecin, selon le projet de loi nº 20

Comparaison entre le nombre d'heures travaillées par les Québécois en moyenne et celui proposé par le RPCU pour les médecins

	Nombre de semaines	Total annuel
Québécois :	50 semaines par année à raison de 35,4 heures par semaine	1770
Médecins :	45 semaines par année à raison de 30,0 heures par semaine	**1350**

Répartition des 1350 heures de travail des médecins en AMP et cabinet privé

Par semaine	Total annuel
12 heures par semaine d'activité médicale particulière (12 heures x 45 semaines)	540
18 heures par semaine en cabinet privé (12 heures x 45 semaines)	**810**
Total de 30 heures par semaine	1350

Répartition des 810 heures de travail en cabinet privé des médecins selon le nombre de patients vus à l'heure

Nombre de patients vus à l'heure	Total annuel
1 patient par heure (500 heures x 1 patient)	500
4 patients par heure (810 heures - 500 heures = 310 heures) x 4 patients	1240
Nombre de patients vus par année en cabinet privé	**1740**
Taux moyen de patients vus par semaine en cabinet privé durant 45 semaines	39

Illustration de l'une des 45 semaines de travail pour un médecin – À titre d'exemple

Jour	Nombre d'heures travaillées	Lieu	Nombre de patients vus par jour
Lundi	6 heures	AMP	—-
Mardi	6 heures	AMP	—-
Mercredi	6 heures	Cabinet privé	**6** patients d'une heure
Jeudi	6 heures	Cabinet privé	**5** patients d'une heure **4** patients de 15 min.
Vendredi	6 heures	Cabinet privé	**24** patients de 15 min.
TOTAL	30 heures		39 patients

Regroupement provincial
des comités des **usagers**
Santé et services sociaux

Regroupement provincial des comités des usagers
C.P. 60563, succursale Sainte-Catherine Est
Montréal (Québec) H1V 3T8
Téléphone : 514 436-3744
Télécopieur : 514 439-1658
info@rpcu.qc.ca
www.rpcu.qc.ca