



**COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité
au service du public*

CSSS - 007M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

Projet de loi n° 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**

**Mémoire présenté à la
Commission de la santé et des services sociaux**

24 février 2015

*Le Collège des médecins est l'ordre professionnel des médecins québécois.
Sa mission : Une médecine de qualité au service du public.*

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

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de vous présenter ses observations relativement au projet de loi n° 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.*

Introduction

Le projet de loi n° 20 s'inscrit dans une vaste réforme du système de santé comprenant plusieurs projets de loi passés et à venir. Il y a trois semaines, le Collège des médecins du Québec a rendu public, à l'occasion d'une conférence de presse, ses commentaires et ses préoccupations sur ce qui est actuellement connu de cette réforme. Le document qui en faisait état est joint en annexe.

Dans les trois dernières semaines, nous avons eu confirmation des prochaines étapes :

- le financement des établissements par activité;
- la révision de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- le déploiement et la mise en place de supercliniques;
- de nouveaux rôles pour les infirmières et d'autres professionnels de la santé.

Du même coup, le ministre partage une partie de son échéancier et assure que les améliorations souhaitées aux services seront pleinement visibles dans cinq ans.

Nul doute que la collaboration de tous dans la réalisation d'un chantier d'une telle ampleur sera nécessaire et que les conditions facilitant cette collaboration devront être présentes, notamment l'écoute, le soutien au changement, l'esprit de collaboration et le maintien de la motivation de tous.

On ne peut qu'avoir des doutes sur la réalisation de ces conditions dans la conjoncture actuelle où l'on ne peut ignorer les tensions existant entre l'État et ses employés, les professionnels de la santé dont les médecins, les bouleversements liés aux déménagements des grands hôpitaux universitaires à Montréal, l'implantation de nouvelles structures consécutives à l'adoption du projet de loi n° 10, les changements des modes de financement des établissements, le tout dans un contexte plus global de réduction et de contrôle des dépenses de l'État.

Comment ignorer ce tableau global quand vient le temps pour un ordre professionnel comme le Collège des médecins du Québec dont la mission est la protection du public, de commenter avec les informations très limitées actuellement disponibles, un projet de loi de nature coercitive pour la profession médicale?

Nous tenterons quand même de le faire en formulant davantage de questions que de suggestions, puisque nous ne connaissons pas le règlement annoncé découlant de la loi.

Nous commenterons également le deuxième volet du projet de loi touchant la procréation médicalement assistée.

1- Premier volet : l'accessibilité aux services médicaux

Si l'accessibilité aux médecins est un problème réel, surtout et particulièrement en première ligne, il est faux de croire que la responsabilité repose uniquement sur les médecins. L'État et les parties négociantes aux ententes ont également leur part de responsabilité. Par conséquent, il est illusoire de croire et de laisser croire que d'agir uniquement contre les médecins, et les médecins de famille en particulier, réglerait le problème. La situation devant laquelle nous nous retrouvons est le résultat de nombreuses mesures incitatives et coercitives, déterminées par des décideurs au-dessus des médecins sur le terrain.

Les articles 3 et 4 du projet de loi établissent le principe de l'obligation de quotas, du nombre minimal de patients et du nombre minimal d'heures, ainsi que les activités de médecine de famille obligatoires à couvrir en établissement, en plus des obligations de suivi en cabinet.

Il n'y a aucune information sur les modalités d'application annoncées dans un futur règlement du gouvernement qu'on persiste à ne pas rendre public. Ce règlement contiendrait une « grille » d'équivalence, qui permettrait de préserver une couverture adéquate de tous les services « particuliers » offerts par les médecins de famille

(clientèles lourdes, enseignement, soins de fin de vie, traitement des toxicomanies, personnes souffrant de problèmes de santé mentale, couverture des services d'urgence et hospitaliers en région, etc.) tout en augmentant l'accessibilité en temps réel de l'évaluation, de la prise en charge et du suivi des problèmes courants et des maladies chroniques. Cette grille, qui ressemble de plus en plus à une formule magique, suscite notre curiosité et notre appréhension. Elle vise à n'en pas douter à augmenter le volume d'activités.

Sera-t-elle véritablement un outil permettant de rendre compte équitablement des besoins de la clientèle et des impératifs de qualité auxquels les médecins seront soucieux de se conformer?

Sera-t-elle une formule permettant, par ses nombreuses et inévitables exceptions, d'échapper aux contraintes prévues au projet de loi en cas de non-respect ?

Sera-t-elle suffisamment robuste pour résister à une interprétation aléatoire lors d'une éventuelle contestation judiciaire d'une application des pénalités monétaires prévues?

Sera-t-elle « la » solution miracle à laquelle personne n'avait pensé ou la déception plus vraisemblable d'une autre mesure improvisée dont les effets bénéfiques ou pervers n'ont pas été adéquatement évalués, comme beaucoup d'interventions antérieures mises de l'avant par l'État?

Ou ne sera-t-elle finalement, qu'une couche de complexité additionnelle à l'application des ententes médicales déjà trop complexes, et qu'il faudra un jour penser à simplifier?

À notre avis, comme nous l'avons dit, les solutions aux problèmes complexes du système de santé doivent davantage faire appel à la collaboration qu'à la coercition.

Plutôt que de punir, ce qui pourrait être une mesure de dernier recours pour les cas d'exception, il faut soutenir. Plusieurs mesures, déjà demandées dans le passé, tardent à être implantées (ordonnances collectives, informatisation du réseau, partage d'activités médicales avec d'autres professionnels de la santé, accès adapté, accès aux plateaux techniques, etc.). Le Collège en a été, pour beaucoup d'entre elles, l'initiateur et le promoteur, mais leur implantation a, la plupart du temps, été freinée par l'appareil de l'État lui-même.

Sur le plan des obligations déontologiques, nous vous rappelons que l'époque où un médecin de famille pouvait indifféremment faire au pied levé de l'hospitalisation, de l'urgence et du cabinet est révolue. Le médecin de famille ayant concentré ses activités en établissement et exerçant exclusivement en établissement depuis trois ans ou plus

pourrait avoir besoin d'une formation de mise à niveau s'il doit faire du suivi en cabinet de patients atteints de maladies chroniques pour se conformer à ses obligations réglementaires. Il faudra en tenir compte dans les contraintes, les coûts et les délais imposés.

L'article 9 du projet de loi rappelle l'obligation déontologique du médecin qui doit, avant de cesser d'assumer le suivi médical d'un patient, prendre les dispositions nécessaires pour diriger le patient vers un autre médecin. Cette obligation est déjà présente dans le *Code de déontologie des médecins*. Malgré cela, le mécanisme de référence du médecin vers l'agence existe présentement et s'appelle le « guichet d'accès ». Dans bien des cas, ce guichet est devenu un « stationnement permanent » pour plusieurs patients. En quoi ce mécanisme déjà existant va-t-il être plus efficace que celui proposé par le projet de loi? Quel sera l'incitatif pour reprendre la clientèle d'un médecin qui doit cesser son exercice? La réponse se trouve peut-être dans le règlement en gestation.

Les articles 10, 11 et 12 décrivent les nouvelles obligations des médecins d'autres spécialités. On ne décrit pas les spécialités visées, qui seront identifiées dans l'éventuel règlement, et les modalités d'exemption possibles à ces obligations.

L'article 13 décrit de façon générale une modalité d'exemption de nature exceptionnelle aux dispositions de la loi.

Enfin, les sections III (articles 14 à 19) et IV (articles 20 et 21), décrivent les pénalités sur la rémunération et les mécanismes de révision.

En résumé, le projet de loi ne décrit que le cadre d'obligations de quotas, de durée et de délais minimums attendus de la part des médecins moyennant des pénalités touchant la rémunération, le tout à être précisé dans un règlement dont le contenu reste inconnu.

Que dire de cette portion connue du projet de loi sans en connaître les modalités d'application?

Nous avons eu l'occasion d'exprimer les effets pervers possibles liés aux comportements d'adaptation qui pourront tenter les médecins pour éviter les pénalités prévues (sélection de clientèles, interprétation des minimums comme des maximums, utilisation de la « grille magique » du règlement pour choisir les activités les plus favorisées, migration vers le secteur privé, etc.).

Il n'y a aucune information disponible sur les mesures de soutien à la première ligne que le ministre entend promouvoir ou mettre de l'avant.

Il n'y a aucune garantie que l'accès va véritablement être amélioré puisqu'il dépend en grande partie de l'organisation des services qui devra être faite par les nouveaux établissements régionaux qui n'existent pas encore et dont les personnes responsables sont en cours de nomination et dont les plans d'action sont à définir, à écrire et à mettre en place.

De plus, le projet de loi pourrait augmenter les coûts de santé si effectivement le nombre d'actes posés par les médecins de famille et les médecins spécialistes augmentait.

À cette étape-ci, le Collège reste dans l'expectative avec ses questions sans réponses et ses préoccupations quant à la qualité et à la sécurité des services pour les patients et du maintien de la motivation et de la bonne volonté des médecins à exercer malgré les contraintes et les faiblesses du système de santé.

Nous souhaitons que tous garderont l'espoir assez longtemps pour ne pas perdre la foi dans l'orientation gouvernementale. Puisqu'à cette étape-ci, il s'agit bien d'un acte de foi.

2- Deuxième volet : la procréation médicalement assistée

Comme nous avons eu l'occasion de le mentionner il y a trois semaines, le Collège des médecins du Québec recommande de séparer dans le projet de loi les critères ouvrant au financement public de certaines activités de procréation médicalement assistée des normes de bonne pratique médicale dans ce domaine, en laissant exclusivement au Collège des médecins du Québec ce dernier aspect relevant de sa mission et de son mandat.

Voilà pourquoi nous sommes d'accord avec la modification proposée à l'article 10 de la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* (chapitre A-5.01).

Nous sommes à finaliser des lignes directrices sur les activités de procréation médicalement assistée en identifiant des niveaux de soins et, pour chacun d'entre eux, les activités qui y sont reliées, la compétence requise par les médecins, ainsi que les données de surveillance à obtenir et l'analyse à effectuer.

Nous souhaiterions que le ministre renforce dans la loi l'obligation de se conformer à ces lignes directrices, et laisse au Collège le mandat d'effectuer la surveillance de ces activités et, le cas échéant, d'en faire rapport au ministre.

Nous recommandons de retirer les articles 10.1 à 10.6 dont les sujets sont traités dans nos lignes directrices de façon beaucoup plus précise pour le clinicien. Ces lignes directrices contiennent des recommandations qui, n'étant pas incluses dans une loi, peuvent être modifiées et adaptées rapidement en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et des bonnes pratiques médicales dans le domaine.

Parmi les obligations contenues dans nos lignes directrices, nous partageons pleinement les préoccupations du ministre relativement à l'évaluation psychosociale requise par un projet parental faisant appel à la procréation médicalement assistée, et pour laquelle deux enquêtes de qualité que nous avons récemment menées nous ont démontré le manque de normalisation. Nous souhaitons à cet égard travailler de concert avec les ordres professionnels concernés, pour contribuer à développer les guides de bonnes pratiques en matière d'évaluation psychosociale.

Par ailleurs, nous recommandons que le directeur médical d'un centre de procréation médicalement assistée de niveau 3 où se pratique la fécondation *in vitro*, soit obligatoirement un médecin détenteur d'un certificat de spécialiste en endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité (EGRI), nouvelle spécialité qui sera reconnue par notre *Règlement sur la délivrance d'un permis d'exercice et d'un certificat de spécialiste*, lorsque celui-ci entrera en vigueur.

Le Collège n'entend pas se prononcer sur le bien-fondé de financer publiquement ou non la procréation médicalement assistée en tout ou en partie, ce qui est le privilège du gouvernement. Notons toutefois, que le financement public en vigueur depuis le mois d'août 2010 a présenté certains avantages, en particulier la réduction des grossesses multiples liées à la FIV.

La volonté de désassurer substantiellement le programme public mis en place en 2010 ne devrait pas compromettre le maintien de l'objectif de réduction des effets secondaires des techniques de procréation médicalement assistée, en particulier le nombre de grossesses multiples. En ce sens, le renforcement de l'obligation de se conformer aux lignes directrices du Collège, indépendamment du fait que les activités médicales soient couvertes ou non par le régime public, devrait permettre de maintenir ces acquis. Le projet de loi devrait préciser les critères permettant d'avoir accès à la portion de financement public choisie par le gouvernement, sans faire de ces critères les normes de bonne pratique médicale.

Enfin, il reste plusieurs questions en suspens que nous souhaiterions discuter plus en détail avec les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux responsables de ce programme, particulièrement en ce qui a trait aux services de préservation de la fertilité prévus à l'article 18 modifiant l'article 34.3 de la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation médicalement assistée*, plus particulièrement ceux visant l'encadrement des banques de gamètes, de tissus et d'embryons. Des discussions avec l'équipe ministérielle ont déjà été amorcées à cet égard et s'annoncent constructives.

Conclusion

Le projet de loi n° 20, dans sa première partie, n'est rien d'autre qu'un cadre confiant au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir d'établir des quotas (nombre minimal de patients inscrits à suivre, nombre minimal d'heures à faire, délais maximaux de consultation) à respecter par les médecins de famille et des autres spécialités, ainsi qu'à déterminer des pénalités sur la rémunération à défaut d'atteindre les quotas.

Toutes les modalités d'application seront contenues dans un règlement du gouvernement à venir. Dans ce contexte, il est difficile pour le Collège des médecins d'émettre une opinion sur les avantages et les inconvénients à escompter.

Le Collège aurait souhaité plus de transparence de la part du gouvernement quant au plan d'ensemble de la réforme en santé dans lequel s'inscrit le projet de loi pour mieux en apprécier les avantages et les inconvénients.

Le Collège a plus de questions et de préoccupations que de réponses à cette étape-ci. L'accumulation et la vitesse des changements implantés dans le réseau de la santé, les négociations de l'État avec ses employés du secteur public, la restructuration globale du réseau et le déménagement de deux grands centres hospitaliers universitaires, constituent à nos yeux une conjoncture à très haut risque de dérapages et de dangers pour la qualité et la sécurité des services de santé en général et des services médicaux en particulier.

Pour le volet touchant les activités de procréation médicalement assistée, le Collège laisse au gouvernement le soin de déterminer la nature et le niveau de couverture financière publique de ces activités, mais recommande de lui laisser la responsabilité qui lui revient d'établir et de surveiller le respect des normes de bonne pratique médicale dans ce domaine.

Espérant que ces quelques réflexions aideront les parlementaires dans leurs travaux sur ce projet de loi, nous sommes disponibles pour discuter de tous les aspects touchant la qualité des services médicaux.

Annexe :

« *Bon diagnostic, mais est-ce le bon traitement?* » Commentaires et préoccupations du Collège des médecins du Québec sur les projets de loi réformant le réseau public de la santé, Conférence de presse du 3 février 2015.



Bon diagnostic, mais est-ce le bon traitement?

Commentaires et préoccupations du Collège des médecins du Québec
sur les projets de loi réformant le réseau public de la santé

3 février 2015

Table des matières

Préface	3
<hr/>	
1. Quel est le plan d'ensemble de la réforme?	3
– Le Collège des médecins demande de la cohérence et de la transparence	4
<hr/>	
2. Le projet de loi n° 20, première partie : la question de l'accessibilité aux soins médicaux	4
– Rappels déontologiques	5
– Le diagnostic	6
– Et maintenant, quels traitements?	6
– Apprendre de nos erreurs	6
– Les traitements proposés	8
– Les effets pervers des traitements proposés	9
– D'autres solutions à considérer	10
<hr/>	
3. Le projet de loi n° 20, deuxième partie : la procréation médicalement assistée (PMA)	11
– Le diagnostic	11
– Traitements proposés et effets pervers	12
– Traitements alternatifs	13
<hr/>	
4. Le projet de loi n° 28 : des mesures diluées à l'effet insoupçonné	14
<hr/>	
5. En guise de conclusion : un appel à la transparence et à la responsabilisation	15

Préface

Depuis la dernière élection générale en 2014, le gouvernement du Québec a entrepris une réforme majeure du réseau de la santé. Les projets de loi n^{os} 10, 20 et 28, actuellement à l'étude à l'Assemblée nationale du Québec, sont appelés non seulement à modifier l'organisation du réseau public de la santé mais également la façon dont les services professionnels, notamment médicaux, seront dispensés.

La réforme proposée est suffisamment importante pour que le Collège des médecins du Québec (CMQ) exprime ses préoccupations sans les limites de temps qu'imposent les commissions parlementaires. C'est pourquoi, en plus de participer aux commissions parlementaires, le Collège a décidé d'analyser plus globalement et en profondeur la réforme en cours à l'occasion d'une conférence de presse. Une telle réforme doit faire en sorte de ne pas compromettre la qualité de l'exercice de la médecine dont la surveillance est la mission du Collège et doit se centrer, avant toute autre considération, sur les besoins des patients.

1- Quel est le plan d'ensemble de la réforme?

Il semble que le gouvernement ait fait le choix de présenter à la pièce les éléments de sa réforme en santé sans qu'une vision d'ensemble et qu'un point d'arrivée aient été présentés et débattus publiquement. Une telle approche rend difficile l'appréciation de chacun des éléments de la réforme. Le Collège déplore cet état de fait. Pour le bénéfice de tous, il invite le gouvernement à plus de transparence.

À l'automne 2014, à l'occasion du dépôt du projet de loi n^o 10 et de la commission parlementaire qui a suivi, le Collège avait souligné qu'il s'agissait d'une réforme de structure majeure dont l'objectif semblait être d'abord de nature économique et administrative. En supprimant le palier décisionnel régional, le gouvernement souhaitait améliorer l'efficacité et l'efficacités du système au profit des services. De toute évidence, cette action s'inscrivait aussi dans le plan d'action gouvernemental visant l'équilibre budgétaire, quitte à ajuster la qualité des services plus tard. Le Collège avait alors exprimé des préoccupations importantes quant à l'impact de ces changements sur le climat de travail, sur la motivation du personnel et sur l'organisation pratique des soins, notamment à cause de la dimension des établissements de santé qui allait éloigner les décideurs des patients et des soignants. Ces retombées, quant à nous, pouvaient aussi affecter la qualité et la sécurité des soins. Nous avons également perçu qu'il s'agissait d'un projet de loi incomplet qui laissait place à d'autres projets de loi, compte tenu du grand nombre de questions restées sans réponse.

Deux questions en particulier laissaient présager le dépôt d'autres projets de loi : la première question, celle du financement des établissements pour remplacer l'actuel financement, désuet et très souvent critiqué, par un financement par activités, proposé et discuté depuis des années sans jamais avoir été implanté et la deuxième question, celle de l'organisation de la pratique médicale. C'est sur ce dernier point que le gouvernement a finalement décidé de poursuivre sa réforme par le dépôt, le

28 novembre 2014, du projet de loi n° 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*. Nous y reviendrons plus loin.

Il avait été précédé deux jours plus tôt par le dépôt discret du projet de loi n° 28 *Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016*, projet du ministre des Finances mais qui inclut des dispositions modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), notamment la couverture de certains services publics, les modalités d'achats de médicaments, ainsi que l'application du projet de loi n° 41 autorisant les pharmaciens à effectuer cinq nouvelles activités professionnelles. De plus, ces projets de loi annoncent des règlements qui devront être discutés et adoptés ultérieurement. Cela fait beaucoup de changements en peu de temps. L'échéancier imposé est très serré. Les risques de dérapage sont grands et, dans ce contexte, le Collège a des préoccupations et des inquiétudes quant à la surveillance de la qualité et de la sécurité des soins.

Le Collège des médecins demande de la cohérence et de la transparence

La question que cette cascade législative soulève est la suivante : quel est le plan d'ensemble et où s'inscrit chacune des actions du gouvernement?

Pour le bénéfice de tous, il serait souhaitable que ce plan d'ensemble, s'il existe, soit rendu public dans le but de mieux situer chacun des projets de loi et ainsi permettre de comprendre l'effet systémique de chacune des mesures envisagées. À défaut d'avoir ce plan d'ensemble, il est difficile d'apprécier à sa juste valeur le bien-fondé de chacun des projets de loi pris isolément. Le système public de santé n'appartient ni au gouvernement ni au ministre de la Santé. Il appartient à la population du Québec. À notre avis, s'il faut remettre en question un ou plusieurs de ses principes fondamentaux, cela devrait être soumis au débat public dans son ensemble.

Malgré les exigences légales prescrivant de ne pas rendre publics les projets de loi avant leur dépôt à l'Assemblée nationale, il nous apparaît opportun de partager à tout le moins le plan d'ensemble, l'échéancier fixé et les étapes envisagées dans cette réforme.

2- Le projet de loi n° 20, première partie : la question de l'accessibilité aux soins médicaux

Peu de projets de loi ont suscité autant de réactions émotives dans le milieu médical que le projet de loi n° 20, depuis son dépôt le 28 novembre dernier. Le Collège a reçu de nombreux commentaires de médecins et du public. Plusieurs d'entre eux ont exprimé de la colère, de la tristesse et le sentiment d'être dévalorisés par les responsables du système de santé. Ils ont également exprimé de l'inquiétude sur leur motivation professionnelle et sur celle de la relève, particulièrement quant au choix de la carrière de médecin de famille.

Dans les semaines qui ont suivi, nous avons assisté à une escalade verbale, à des jugements, à des procès d'intention et à la cristallisation d'un conflit que nous avons tous intérêt à éviter.

Force est de constater que la raison d'être de ce projet de loi a un fondement réel : la difficulté d'accès aux soins médicaux, particulièrement critique en première ligne. Le Collège reçoit régulièrement les échos de l'insatisfaction des patients, mais aussi des professionnels de la santé et des médecins eux-mêmes devant des situations inacceptables tant du point de vue humain que professionnel.

En voici quelques exemples :

- le patient qui doit se mettre en ligne devant une clinique médicale, malade et parfois dans des conditions climatiques extrêmes, durant des heures avant l'ouverture, pour s'assurer d'avoir un rendez-vous dans la journée à la clinique appelée ironiquement « sans rendez-vous »;
- le patient qui tente d'obtenir un rendez-vous avec un médecin et qui se fait répondre que celui-ci ne prend pas de nouveaux patients;
- le patient qui doit appeler dans une courte période de quinze minutes un jour précis au début du mois pour obtenir un rendez-vous dans les trois prochains mois, faute de quoi il devra attendre la prochaine période de trois mois pour obtenir un rendez-vous;
- le patient dont le médecin prend sa retraite et qui ne peut être dirigé vers un autre médecin parce qu'il n'existe pas de mécanisme simple et efficace de redistribution de clientèle auprès des médecins d'une même région;
- le patient qui passe des mois sinon des années sur la liste du guichet d'accès à la première ligne de sa région, celle-ci n'ayant pas de disponibilités;
- le patient qui dit avoir dû consulter une clinique privée de médecins non participants parce qu'il lui était impossible de voir un médecin dans un délai raisonnable;
- les médecins de famille qui se plaignent de ne pouvoir référer leurs patients vers un médecin spécialiste dans des délais raisonnables;
- les médecins spécialistes qui se plaignent de ne pouvoir retourner un patient stabilisé vers un médecin de famille.

Rappels déontologiques

La profession médicale dans son ensemble doit assumer une partie du blâme.

Même quand chaque médecin agit professionnellement envers ses patients, il n'est pas acquis que l'ensemble de la population a accès aux services qu'elle requiert et auxquels elle a droit. À cet égard, le CMQ a d'ailleurs modifié le *Code de déontologie* récemment pour rappeler à ses membres, participants ou non au régime d'assurance maladie :

- qu'ils doivent contribuer à ce que les services requis soient accessibles;
- qu'ils doivent assurer le suivi requis;
- qu'ils doivent donner priorité aux intérêts des patients malgré certaines considérations personnelles, notamment sur le plan de la rémunération;
- qu'ils ne peuvent accorder certaines priorités aux patients qu'en fonction de critères strictement médicaux.

La profession médicale a la responsabilité collective d'offrir les services requis par la population, de s'organiser en conséquence et de faire ses choix personnels en tenant compte de cette responsabilité collective.

Le diagnostic

Toutefois, à notre avis, la profession médicale n'est pas l'unique responsable et les causes de ces situations inacceptables sont multiples. Elles sont à la fois liées à des effets pervers de décisions gouvernementales, à des mesures incitatives adoptées de bonne foi mais mal appliquées ou ayant fait l'objet de dérives ou devenues désuètes avec le temps, à des problèmes systémiques d'organisation de services ou à des directives bureaucratiques mal planifiées, à l'application inappropriée des ententes entre les fédérations médicales et le gouvernement, au manque de soutien clérical dans les établissements, etc.

Quelles qu'en soient les causes, l'effet est le même : le patient n'a pas toujours accès aux services médicaux dont il a besoin en temps utile et auxquels il a droit. Sur ce point, le diagnostic, malheureusement basé sur les faits et l'expérience, fait l'unanimité. Il est plus que temps de prendre des mesures concrètes pour régler le problème. À nos yeux, cela fait aussi l'unanimité.

Voilà pour le diagnostic.

Et maintenant, quels traitements?

C'est sur les traitements du problème que les dissensions apparaissent et le projet de loi n° 20 s'ajoute, dans sa logique bureaucratique, au cortège de mesures législatives plus ou moins coercitives adoptées au cours des années, pour contraindre les établissements, les médecins ou d'autres professionnels à offrir des services tout en contrôlant les coûts et les dépenses de l'État. Toutes ces mesures promettaient de régler les problèmes, notamment celui de l'engorgement des urgences. Le dépôt du projet de loi n° 20 démontre, par son existence même, que les mesures antérieures visaient davantage à combler les besoins de l'urgence et de l'hôpital sans avoir assuré la prise en charge et le suivi. Et l'on voudrait, d'un coup de balancier, corriger cet état de fait. Sommes-nous condamnés à répéter toujours la même recette en espérant que le résultat soit différent?

Le Collège des médecins du Québec est d'avis qu'il est possible d'innover en faisant appel au sens des responsabilités et au professionnalisme des acteurs et en plaçant l'intérêt des citoyens au-dessus de toute autre considération partisane ou corporatiste.

Apprendre de nos erreurs

Historiquement, depuis la mise en place du régime public d'assurance maladie, tous les gouvernements, partis confondus, ont pris tour à tour des mesures coercitives dans le réseau public de la santé, notamment envers les médecins et plus particulièrement les médecins de première ligne. Tantôt pour contrôler les coûts, comme dans les années 1980, où des plafonds trimestriels ont été imposés, avec une pénalité allant jusqu'à

75 % sur la rémunération appliquée aux médecins qui travaillaient trop. Ou cette pénalité de 30 %, avant l'ère des plans d'effectifs médicaux (PEM) et des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), qui était imposée si le nouveau médecin décidait d'exercer dans un milieu urbain pour les trois premières années de sa pratique.

Dans les années 1990, ce sont les PEM qui ont été graduellement implantés dans le but de répartir géographiquement la main-d'œuvre médicale en plus de contrôler les coûts, un poste ne pouvant être comblé que par un médecin à la fois. Ainsi, un médecin ne pouvait être rémunéré s'il n'avait pas un PEM l'autorisant à exercer dans une région donnée. C'est également au milieu des années 1990, là aussi dans un cadre d'impératif économique, que la décision de mettre en place un programme exceptionnellement généreux de mise à la retraite des médecins et des infirmières a été prise. Cette décision a porté un coup fatal aux ressources humaines nécessaires à une offre de services médicaux en créant une pénurie pendant plusieurs années. Il ne faut pas oublier cette grande part de responsabilité de l'État dans la genèse du problème que l'on prétend vouloir régler aujourd'hui, dont on avait mal mesuré la portée à l'époque, et pour lequel le Collège avait mis en garde le gouvernement.

C'est en 1993 que les activités médicales particulières (AMP) ont été imposées aux médecins de famille pour couvrir les services d'urgence et les services en établissement. Elles sont toujours en vigueur aujourd'hui, déterminées par le ministre et le chef du Département régional de médecine générale, et auxquelles tous les médecins exerçant depuis moins de 15 ans doivent consacrer au moins 12 heures par semaine, et tous ceux exerçant depuis moins de 20 ans et plus de 15 ans, 6 heures par semaine, faute de quoi une pénalité de 30 % de la rémunération est appliquée. Compte tenu de cette contrainte, plusieurs médecins ont pris la décision de se consacrer principalement ou exclusivement à la pratique hospitalière puisque c'était là que l'État souhaitait les voir exercer. Comment s'étonner que l'exercice en cabinet ait été délaissé? Ici encore, un effet pervers d'une décision gouvernementale où l'on planifie à la pièce, et à la faveur de l'actualité.

Pendant ce temps, aucune autre province au Canada n'imposait de mesures coercitives aux médecins quant à la répartition géographique ou au nombre d'heures consacrées à la pratique hospitalière. Et curieusement, on cite en exemple encore aujourd'hui la facilité d'accès en première ligne de plusieurs provinces. Pourquoi le Québec s'oblige-t-il à passer par l'expérimentation de mesures vouées à l'échec avant d'adopter les bonnes?

Ces mesures contraignantes, imposées par l'État, sont en grande partie responsables du manque de médecins en cabinet ayant le temps d'effectuer le suivi des maladies chroniques et la prise en charge de nouvelles clientèles.

Les mesures incitatives n'ont guère fait mieux. Du côté des ententes, des primes, plus complexes à appliquer les unes que les autres, ajustant la rémunération des médecins en fonction de certaines variables ont eu, dans leur application, des effets pervers. Par exemple, la prime à l'inscription de patients a fait que les patients étaient « inscrits » auprès d'un médecin, sans qu'il y ait une obligation du médecin à voir le patient dans des délais rapides ou à en assurer le suivi requis. Des primes à la prise en charge de

patients vulnérables ont mené à l'inscription de ces clientèles, mais une fois les primes perçues, les obligations de suivi étaient appliquées inégalement.

Dans les autres spécialités médicales, les services non assurés, source additionnelle de revenu dans certaines spécialités, accaparent une bonne partie du temps disponible au détriment des services couverts en établissement.

La couverture de certains services d'investigation selon le lieu où ils sont dispensés entraîne des distorsions dans l'accessibilité aux soins et crée des iniquités en fonction de la capacité de défrayer le coût de l'examen. Le meilleur exemple est l'échographie, couverte en établissement et non couverte hors établissement.

Les causes de cette inaccessibilité sont complexes et variées et si les médecins et leurs représentants peuvent être en partie responsables de ce dysfonctionnement, l'État doit également assumer sa part de responsabilité.

Les traitements proposés

Une grande inconnue dans le projet de loi n° 20, ce sont les modalités d'application prévues au règlement gouvernemental annoncé. Le projet de loi est peu bavard à cet égard, et laisse une grande place à l'interprétation qui nourrit inutilement l'incertitude.

Il reste que ce projet de loi va encore plus loin dans la coercition que ce qui a été vu jusqu'à maintenant sur le plan de la rémunération.

Outre les grands principes énoncés à l'article 3 :

« 3. Tout médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) doit, dans la mesure prévue par règlement du gouvernement, satisfaire aux obligations suivantes :

- 1° assurer le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients;
- 2° exercer un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisées par une agence parmi les activités médicales prévues à la liste constituée conformément à l'article 4.

Le règlement du gouvernement peut notamment prévoir :

- 1° les modalités de suivi de clientèle;
- 2° le nombre minimal de patients devant être suivis;
- 3° le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être exercées;
- 4° les règles particulières applicables lorsqu'un médecin souhaite exercer des activités médicales dans plus d'une région;
- 5° toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations. »

Force est de constater qu'il faudra attendre le règlement gouvernemental pour comprendre la façon dont on entend appliquer la Loi. Malgré les sorties médiatiques et les lettres ouvertes, il est difficile de commenter les rumeurs et les ballons d'essai sans

avoir un texte réglementaire précis qui nous fera mieux comprendre l'impact réel sur la pratique médicale si le projet de loi devait être adopté sans modifications.

D'où notre requête de transparence afin de dévoiler l'ensemble de la réforme et le point d'arrivée envisagé par le ministre pour mieux situer la place et la contribution de chaque pièce du casse-tête. Jusqu'à présent, l'information communiquée au compte-gouttes a alimenté la rumeur et les craintes plutôt que la mobilisation et la clairvoyance.

On pressent que c'est entre l'adoption du projet de loi et le dépôt de la réglementation qu'une éventuelle négociation entre le gouvernement et les fédérations médicales aura lieu. Le Collège des médecins souhaite que le patient ne soit pas, une fois de plus, la victime oubliée et le spectateur payant et impuissant de ce bras de fer.

Les effets pervers des traitements proposés

Tout en reconnaissant, à juste titre, que la rémunération est un puissant levier de changement de comportements, l'approche coercitive proposée dans le projet de loi n° 20 peut à notre avis, au mieux, apporter quelques gains à court terme mais risque fortement de devenir contre-productive à moyen et à long terme, comme cela a été largement observé de toutes les mesures coercitives adoptées dans le passé et qui prétendaient toutes régler les problèmes d'accès, l'engorgement des urgences et le suivi par un médecin de famille. Si le nouveau message lancé par le projet de loi est de favoriser le débit, cela pourrait se faire au détriment de la qualité :

- Pour le CMQ, l'effet pervers le plus prévisible est qu'une clientèle soit sélectionnée au détriment d'une autre, souvent plus vulnérable.
- Comme autre effet pervers, on peut facilement imaginer l'abandon de certains services par les médecins de famille défavorisant la polyvalence que nous souhaitons encourager dans la formation postgraduée comme la couverture des soins intensifs et des urgences, la prise en charge des cas hospitalisés, le suivi de clientèles particulières (toxicomanies, infections transmissibles sexuellement et par le sang, santé mentale, santé au travail, etc.).
- Qu'advient-il des activités d'enseignement? Et on ne pense pas seulement aux étudiants et aux résidents en médecine, mais également à tous les professionnels de la santé dont on souhaite qu'ils effectuent des activités médicales? On nous promet qu'une pondération sera faite. Il faudrait s'assurer que cette voie ne soit pas un exutoire pour éviter les pénalités prévues par la Loi, et s'assurer du maintien de la qualité de l'enseignement.
- Pour contourner la Loi, un autre choix possible du médecin serait son désengagement du système public pour s'affranchir des contraintes qu'on lui impose. Si, dans la LSSSS, le ministre peut mettre un terme au désengagement s'il juge que le système public n'est pas suffisamment servi, cette disposition n'a jamais subi le test des tribunaux et cela reste un pouvoir plus théorique que réel. Jusqu'où l'État peut-il imposer une « conscription » de professionnels autonomes? De plus, certains médecins pourraient décider d'offrir leurs services à l'extérieur du Québec. Ou même sans se désengager, le médecin pourrait décider de se consacrer à des

activités non couvertes par le régime public et dont le nombre semble-t-il pourrait croître si le ministre décidait de désassurer d'autres services couverts, comme c'est le cas avec la procréation médicalement assistée.

- Enfin, imposer un même rythme de productivité à tous les médecins peut nuire au patient puisque les problèmes de santé ne se règlent pas tous à la même vitesse. Tous les médecins ne pourront pas non plus suivre la même cadence. Les médecins plus âgés, qui constituent une part importante de nos membres en exercice et qui songeaient à ralentir leur cadence en fin de carrière, seront peut-être poussés à la retraite plutôt que de perdre 30 % de leurs revenus à ne pas travailler à temps plein. En perdant cette main-d'œuvre, même à temps partiel, on se prive inutilement d'une contribution à l'accessibilité à des services médicaux, ce qui va à l'encontre de l'objectif visé.

On comprend que la réglementation découlant du projet de loi viserait à amener une souplesse pour rééquilibrer les pratiques. C'est bien la preuve que d'un correctif à l'autre on ne fait qu'aggraver les problèmes. Il est probable que cette souplesse complexifie davantage l'application des ententes et se traduise par d'autres effets pervers au détriment de la qualité.

Par contre, quels que soient les choix que feront les médecins, nous veillerons à ce que ceux-ci respectent leurs obligations déontologiques, notamment en matière de suivi des patients. La mission du Collège a toujours été la protection du public par une pratique médicale de qualité et il continuera à exercer sa mission de façon indépendante. La mission du Collège n'est pas de faire appliquer les ententes entre le gouvernement et les fédérations.

D'autres solutions à considérer

Nous sommes tous conscients qu'il y a un problème d'accessibilité en première ligne et dans plusieurs autres spécialités. Les causes de cette inaccessibilité étant complexes et variées, les solutions ne sauraient être simples et les responsabilités devraient être partagées.

Le Collège des médecins est d'avis que la solution à l'accessibilité aux services médicaux passe par les médecins eux-mêmes, en collaboration avec les autres professionnels de la santé, et par un renforcement de la première ligne. Plutôt que de chercher des coupables, il serait plus constructif de travailler ensemble à la recherche de solutions rapides avec des échéanciers serrés qui contribueront réellement à la consolidation de la première ligne et des services médicaux.

Le Collège n'est pas un expert dans l'organisation des services médicaux et nous laissons aux instances et experts dans ce domaine le soin de définir les meilleurs moyens pour faciliter l'accessibilité aux soins et organiser les services en conséquence. Toutefois, parmi les éléments qui méritent d'être considérés, il est raisonnable de croire que :

- la collaboration interprofessionnelle;
- un plus grand accès aux plateaux techniques et aux résultats de laboratoire;
- la finalisation du déploiement du Dossier Santé Québec et des dossiers médicaux électroniques;
- la mise en place de corridors de services entre la première ligne et les services de médecine spécialisée, ainsi qu'avec d'autres professionnels de la santé (psychologues, nutritionnistes, travailleurs sociaux, etc.);
- la mise en place d'un système de prise de rendez-vous qui place l'intérêt du patient et de sa santé en priorité, permettant un accès raisonnable à son médecin de famille;
- la révision et l'adaptation des modes de rémunération et des mesures de contraintes (AMP, PEM et PREM) à la réalité actuelle de la médecine, des pratiques collaboratives et des pathologies chroniques ainsi que de la polymorbidité;

devront faire partie des discussions, au-delà des mesures prévues au projet de loi. Tous les acteurs peuvent compter sur la collaboration du Collège si les mesures envisagées impliquent une action relevant de sa juridiction.

3- Le projet de loi n° 20, deuxième partie : la procréation médicalement assistée (PMA)

La deuxième partie du projet de loi n° 20 n'a pas fait beaucoup parler d'elle mais elle n'en est pas moins importante et nous tenons à en commenter certains aspects.

Toutefois, ce que propose le projet de loi n° 20 en matière de procréation médicalement assistée est plus qu'un ajustement, c'est un démantèlement du programme public avec un encadrement extrêmement serré des pratiques médicales. Il s'agit d'une ingérence du gouvernement dans la normalisation des pratiques médicales qui va même dans certains cas à l'encontre des bonnes pratiques médicales dans le domaine. Voilà pourquoi le Collège croit extrêmement important de commenter cette partie du projet de loi.

Le diagnostic

Le programme public de procréation médicalement assistée est né d'une promesse électorale du parti libéral du Québec lors de l'élection de décembre 2008. Il a été présenté comme un projet de société pour favoriser les projets parentaux de couples infertiles. La cadence de l'échéancier d'implantation peut expliquer au moins en partie les abus et dérives observés et mentionnés dans le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être en 2014. Depuis plusieurs années, le Collège en appelait à la mise en place d'un encadrement législatif des pratiques de procréation médicalement assistée, principalement pour réduire le nombre de grossesses multiples qui en résultaient et qui n'étaient pas sans conséquences pour les bébés issus de ces techniques, pour leurs familles et pour le système de santé, qui devait offrir des soins pédiatriques ultraspécialisés dans le domaine.

Le choix politique d'offrir ce programme public, le plus généreux et le plus extensif au monde, a été fait. Si la réduction du nombre de grossesses multiples associées à la fécondation in vitro (FIV) est un succès incontestable qui a même dépassé les objectifs visés, nous devons malheureusement constater que d'autres objectifs encadrant la PMA n'ont pas été atteints. Ainsi en est-il de la mise en place d'un programme de surveillance de l'ensemble des activités de PMA et des issues de grossesse, que nous avons toujours réclamée et qui n'a jamais été effectuée.

Traitements proposés et effets pervers

La proposition que présente le projet de loi n° 20, nous apparaît une réponse extrême, qui limite les pratiques et qui va même, dans certains cas, à l'encontre des bonnes pratiques médicales dans le domaine.

Pour nous, le principal défaut du projet de loi est de confondre les normes de pratiques médicales avec les conditions à respecter pour obtenir un soutien financier de l'État. Nous ne commenterons pas le choix politique de réduire le financement public de certaines activités de procréation médicalement assistée ainsi que les conditions donnant accès à ce financement public. Réduire le financement est une chose, mais décréter que les conditions de financement public seront dorénavant la norme et interdire toute autre activité clinique, c'est autre chose. Il ne faut jamais oublier que ce domaine relève de services spécialisés, et qu'il s'agit de pratiques de pointe en évolution constante. Ce caractère évolutif n'est pas pris en compte dans le projet de loi qui a plutôt comme effet prévisible de fixer les pratiques cliniques et de les empêcher d'évoluer.

Plusieurs des dispositions de la loi vont à l'encontre des bonnes pratiques médicales :

- imposer des étapes avant d'envisager la FIV est inapproprié puisqu'il existe des indications de FIV d'emblée;
- les limites d'âge imposées par la loi (18 à 42 ans) pourraient s'appliquer aux mesures de remboursement fiscal, mais ne correspondent pas nécessairement aux pratiques médicales;
- il pourrait y avoir des indications médicales après 42 ans chez certaines femmes, à qui on peut offrir des options d'assistance médicale à la procréation;
- les techniques de préservation de fertilité avant l'âge de 18 ans sont maintenant envisagées sur le plan international, (notamment chez des jeunes femmes faisant face à des pathologies nécessitant des traitements dont les effets secondaires pourraient compromettre leur fertilité future);
- offrir ces services médicaux, ou pire, imposer une amende à un médecin qui dirigerait ses patients vers une clinique ultraspécialisée à l'extérieur du Québec pour une technique de pointe reconnue mais que nous tardons à appliquer au Québec, c'est nier la réalité médicale et scientifique. Alors que le Québec était à l'avant-garde dans le domaine de la PMA, le projet de loi nous expose à ne plus pouvoir respecter les données de la science et même dans certains cas, à placer le praticien devant un dilemme déontologique entre respecter la loi et offrir les meilleurs soins.

Quant à savoir si ces services devraient être couverts par le régime public, bénéficier d'un soutien financier ou même être permis par le législateur, ces questions sont d'un autre ordre, puisqu'elles font intervenir d'autres considérations que celles purement médicales. Il reste que ces questions doivent être discutées publiquement à partir d'informations valides sur le plan scientifique et médical.

Traitements alternatifs

À notre avis, les propositions de modifications des articles 10.1 à 10.6 doivent être retirées du projet de loi, ou à tout le moins reformulées afin d'en limiter la portée aux seules fins d'identifier les services pouvant bénéficier d'une couverture publique ou d'avantages fiscaux.

Nous craignons également que certaines interdictions, notamment celles prévues à l'article 10.6, encouragent les pratiques clandestines en plus de ne pas favoriser les bonnes pratiques médicales.

C'est pourquoi le Collège a décidé d'agir dans le domaine de la PMA.

Le Conseil d'administration du Collège a décidé de rédiger un guide d'exercice avec l'aide des spécialistes dans le domaine, dans le but d'établir les normes de bonne pratique à partir desquelles nos activités d'inspection professionnelle seront orientées.

Nous recommandons également qu'en matière de pratiques médicales, le projet de loi fasse davantage référence au guide d'exercice publié par le Collège, qui sera périodiquement mis à jour, et dont la première version sera bientôt accessible.

D'autre part, le Collège a reconnu récemment comme nouvelle spécialité médicale, l'endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité pour s'assurer de la compétence des directeurs médicaux des centres de PMA.

Enfin, le comité de périnatalité du Collège aura comme mandat, comme le MSSS tarde à le faire, de colliger les données de surveillance touchant les activités de PMA pour s'assurer de leur qualité et de veiller à en prévenir les effets pervers. Déjà, le Collège travaille en étroite collaboration avec les milieux cliniques de procréation assistée.

En résumé, nous recommandons au gouvernement de distinguer les conditions permettant d'obtenir un soutien financier, de la normalisation des pratiques médicales et de leur surveillance qu'il doit laisser au Collège des médecins du Québec, dont c'est le mandat. Si des outils législatifs s'avéraient nécessaires pour faire respecter les normes cliniques, le Collège se réserve le droit d'en faire la recommandation au ministre et au gouvernement.

4- Le projet de loi n° 28 : des mesures diluées à l'effet insoupçonné

Finalement, nous voulons commenter certains aspects du projet de loi n° 28. Ce projet de loi provenant du ministère de Finances est en apparence très distant du réseau de la santé.

Cependant, trois éléments soulèvent des interrogations.

Le premier est l'article 166 qui ajoute l'article 19.2 à la *Loi sur l'assurance maladie* :

« **19.2** Malgré toute stipulation d'une entente visée à l'article 19, lorsqu'un service fourni par un professionnel de la santé cesse d'être un service assuré, toute somme prévue pour le financement de la rémunération de ce professionnel à l'égard d'un tel service est, à ce moment, exclue de la rémunération convenue avec l'organisme représentatif concerné ».

L'objectif est simple et compréhensible, il s'agit de récupérer les montants prévus dans la masse monétaire lorsqu'un service est désassuré. On comprend également, en lien avec le projet de loi n° 20, qu'il s'agit de récupérer les montants prévus pour la rémunération des services de PMA. Mais la question qui est soulevée, dans la foulée de l'obscurité du plan de réforme en santé, est : quels sont les autres services que le gouvernement prévoit désassurer? Ici encore, le Collège demande la transparence du plan d'ensemble de la réforme pour permettre de saisir où s'inscrit cet élément du projet de loi.

Le deuxième élément est l'article 173 qui ajoute deux articles à la Loi sur l'assurance médicaments :

« **60.0.1.** Le ministre peut, avant d'inscrire un médicament à la liste des médicaments, conclure une entente d'inscription avec le fabricant de ce médicament. Une telle entente a pour objet le versement de sommes par le fabricant au ministre au moyen notamment d'une ristourne ou d'un rabais qui peut varier en fonction du volume de vente du médicament.

Le prix du médicament indiqué sur la liste ne tient pas compte des sommes versées en application de l'entente d'inscription.

60.0.2 Malgré l'article 9 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), nul n'a droit d'accès à une entente d'inscription. Seuls les renseignements suivants sont publiés dans le rapport financier annuel prévu à l'article 40.9 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) :

- 1° Le nom du fabricant du médicament;
- 2° Le nom du médicament;

- 3° La somme globale annuelle reçue en application des ententes d'inscription, mais uniquement dans la mesure où au moins trois ententes conclues avec des fabricants de médicaments différents sont en vigueur au cours de l'année financière. »

Ces dispositions sont singulières parce qu'elles permettent au gouvernement non seulement de faire des économies par des ententes secrètes avec les fabricants, mais en plus de garder intactes les listes de prix qui fixent les contributions des franchises que les citoyens doivent payer. En d'autres termes, le citoyen ne peut pas bénéficier directement des ententes secrètes conclues par le ministre. Par ailleurs, rien ne garantit que le fabricant n'augmentera pas le prix de liste du médicament pour compenser la ristourne secrète convenue avec le ministre. Ce qui pourrait correspondre à une forme de taxe déguisée pour le citoyen. Quelles sont donc la justification et les conditions de signature de ces ententes secrètes?

Finalement, le dernier élément concerne les conditions permettant aux pharmaciens d'exercer les nouveaux actes prévus au projet de loi n° 41 adopté par l'Assemblée nationale du Québec en décembre 2012. Sans s'ingérer dans cette négociation, le Collège souhaite depuis longtemps la mise en place de conditions favorisant l'exercice de ces nouvelles activités pour le bénéfice des patients. L'Ordre des pharmaciens a présenté ses préoccupations en commission parlementaire le 28 janvier dernier. Nous partageons ces préoccupations et souhaitons que les conditions permettant aux pharmaciens d'exercer ces nouvelles activités favorisent la qualité de l'exercice. Précisons que les deux ordres professionnels ont mis en place un comité de vigie afin d'assurer les meilleures pratiques possibles à cet égard et la mise en place la plus harmonieuse possible de ces nouvelles pratiques.

Notons que la désassurance des services professionnels des pharmaciens risque de faire apparaître, comme le soulignait à juste titre l'Ordre des pharmaciens, des frais accessoires facturés aux patients pour couvrir ces services professionnels. Depuis la mise en place du régime d'assurance maladie, la question des frais accessoires facturés aux patients par les médecins pour des fournitures et des services non couverts fait l'objet de litiges continus qui ont culminé il y a quelques semaines par le dépôt d'une demande de recours collectif contre le gouvernement. Devons-nous comprendre que le gouvernement souhaite étendre ces litiges aux activités des pharmaciens?

5- En guise de conclusion : un appel à la transparence et à la responsabilisation

Le dépôt des projets de loi n^{os} 10, 20 et 28 annonce une réforme sans précédent du réseau public de santé du Québec. D'autres projets de loi sont annoncés implicitement ou explicitement. L'absence d'accès à un plan d'ensemble des objectifs poursuivis par cette réforme rend difficile l'appréciation de ses effets. Chacune des composantes étant présentée à la pièce, il faut se demander si le débat public que mériterait une telle réforme aura vraiment lieu.

Le Collège des médecins est d'avis que le plan d'ensemble de la réforme doit être rendu public. Les bénéfices d'une telle réforme pour les patients, autant en termes d'accessibilité, d'efficience, d'efficacité que de qualité et de sécurité des services, restent à démontrer.

Au contraire, on peut déjà mesurer l'effet démobilisateur qui a prévalu dans le réseau de la santé lors du dépôt du projet de loi n° 10. Le dépôt du projet de loi n° 20 a eu un effet semblable dans la communauté médicale. Quant au projet de loi n° 28, c'est dans la communauté des pharmaciens que l'effet démobilisateur s'est fait ressentir.

Dans ce contexte, le Collège est d'avis que les affrontements stériles et les guerres de chiffres doivent faire place à la transparence, à la collaboration, à la responsabilisation et au professionnalisme. La population s'attend à un leadership centré sur les solutions et qui fasse preuve de réalisme et de maturité, ainsi que d'un sens de la responsabilité sociale qui semble en perte de vitesse.

C'est dans cet esprit que le Collège des médecins du Québec rappelle à ses membres leurs responsabilités déontologiques, propose des solutions qui font appel à l'innovation, aux données probantes et à l'engagement de chacun d'entre nous et interpelle le gouvernement pour qu'il fasse preuve de transparence et d'un leadership rassembleur et positif. Peut-être l'exercice se fera-t-il au risque de perdre certains privilèges personnels au bénéfice du bien commun. L'avenir actuel de notre collectivité devra peut-être se faire à ce prix.

Des changements de ton et de fond doivent être apportés à court terme par tous les acteurs concernés.

Plus concrètement, le Collège s'engage à veiller à l'amélioration des pratiques dans le domaine de la procréation médicalement assistée ainsi qu'à en surveiller les résultats.

Il s'engage également à mettre en application toute mesure facilitant l'accès aux services médicaux et relevant de sa juridiction.

Il invite finalement les acteurs clés que sont les autres ordres professionnels, les syndicats et les fédérations médicales, le gouvernement, les médecins eux-mêmes, et chaque citoyen et citoyenne à collaborer ensemble plutôt qu'à s'affronter.