



**Confédération
des syndicats nationaux**

Mémoire présenté
par la
Confédération des syndicats nationaux (CSN)

à la Commission de la santé et des services sociaux

sur le 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

Le 16 mars 2015

Confédération des syndicats nationaux
1601, avenue De Lorimier
Montréal (Québec) H2K 4M5
Tél. : 514 598-2271
Télec. : 514 598-2052
www.csn.qc.ca

Introduction

La Confédération des syndicats nationaux (CSN) est une organisation syndicale composée de près de 2 000 syndicats. Elle regroupe plus de 325 000 travailleuses et travailleurs réunis sur une base sectorielle ou professionnelle dans huit fédérations, ainsi que sur une base régionale dans treize conseils centraux, principalement sur le territoire du Québec.

Nous tenons à remercier la Commission de la santé et des services sociaux de nous avoir invités à prendre part aux débats sur le projet de loi n° 20. La CSN a toujours été très préoccupée par ce qui se passe dans le secteur de la santé et des services sociaux. À juste titre, puisqu'un nombre important de nos membres, affiliés à la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS) et à la Fédération des professionnelles (FP), interviennent sur une base régulière dans l'offre de soins et de services à la population. De plus, le système public de santé et de services sociaux joue un rôle de premier plan en matière de redistribution de la richesse et de réduction des inégalités sociales. Ainsi, il contribue dans une large mesure au bien-être de la société québécoise.

Cette consultation porte sur un enjeu collectif d'importance : l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Nous saluons le fait qu'on s'attaque enfin aux problèmes de la première ligne. L'accès rapide à un médecin demeure pour plusieurs patients un véritable casse-tête. Et se trouver un médecin de famille constitue souvent un tour de force.

Malgré les multiples réformes qui lui ont été imposées depuis les années 1990, le réseau de la santé et des services sociaux demeure incapable de répondre adéquatement aux besoins des citoyennes et des citoyens. Il est donc plus que temps de prendre des mesures pour enfin régler ce problème.

Cela dit, nous ne croyons pas que le projet de loi n° 20 soit la solution. À l'instar de ce qui s'est produit pour le projet de loi n° 10, le ministre a agi sans consultation préalable. Le dépôt du projet de loi n° 20 a entraîné une importante levée de boucliers chez les médecins et le climat de confrontation actuel semble peu propice pour mener une réforme à laquelle devra nécessairement participer le corps médical.

Par ailleurs, nous estimons que le projet de loi n° 20 offre une vision étroite de l'accès aux services de santé. L'amélioration de la première ligne ne saurait se résumer à l'accès à un médecin, fut-il de famille. D'autres mesures doivent être prises pour corriger les dysfonctionnements du système public : la révision du mode de rémunération des médecins, le travail interdisciplinaire, la lutte au surdiagnostic, la prévention, l'organisation de l'information médicale et son informatisation pour soutenir les communications et enfin la garantie d'un financement additionnel permettant notamment de bonifier les services aux personnes âgées et aux personnes vulnérables aux prises avec des maladies chroniques. En conséquence, la CSN demande le retrait du projet de loi n° 20 et la tenue d'une vaste consultation en santé dans le cadre de laquelle l'ensemble des éléments nécessaires au renforcement de la première ligne pourront être discutés.

Nous aborderons aussi très succinctement le volet du projet de loi n° 20 portant sur la procréation médicalement assistée.

Bon diagnostic

Nous convenons qu'il est primordial de s'attaquer à l'accès aux soins de première ligne.

En recherchant des solutions au problème d'engorgement des hôpitaux à l'intérieur même des hôpitaux et en misant trop sur la modification des structures, la réforme du ministre Couillard, en 2003, a négligé le développement des services de soins à domicile et des services de première ligne menant ainsi aux problèmes que nous connaissons aujourd'hui. De tels services auraient dû être mis en place dès les débuts du système public d'assurance maladie du Québec dans les années 1970 : la première ligne devant être la porte d'entrée du réseau et offrir une large gamme de services et de soins primaires et les soins spécialisés étant réservés à l'hôpital.

Quelques décennies plus tard, une certaine pratique médicale s'est implantée et stabilisée en centre local de services communautaires (CLSC), parallèlement à la pratique en cliniques médicales, puis en groupes de médecine de famille (GMF). Cependant, toutes et tous constatent et subissent les conséquences d'une offre insuffisante en première ligne, avec ses plages horaires limitées les soirs, fins de semaine et jours fériés, nourrissant l'achalandage continu des urgences hospitalières.

La première ligne, qui devait constituer la priorité au regard des objectifs d'efficacité et d'efficience du système, se révèle toujours précaire. Elle a même connu, à certains égards, une régression au cours des dernières années. La réponse adéquate aux besoins réels de la population se fait attendre, la privatisation des soins et services s'est accentuée et, avec elle, les inégalités sociales et les coûts. Le laisser-faire dont ont fait preuve en matière de frais accessoires en est un regrettable exemple.

Les réformes entreprises n'ont pas permis de reconfigurer le réseau de la santé afin de l'adapter au vieillissement démographique et à la montée des maladies chroniques. Notre système de soins demeure largement centré sur l'hôpital; morcelé, il ne permet pas d'assurer des services intégrés et des suivis adéquats. Il est donc difficile pour une personne affectée de plusieurs maladies chroniques d'y naviguer, faute d'un plan global de services adapté à son état de santé.

Le manque de services de soins à domicile a accru les engorgements dans les hôpitaux, les disparités régionales et les inégalités au sein de la population aînée. Il engendre une forte pression sur les proches aidants, des femmes à 80 %, à qui l'on demande de pallier les carences du système. Or, comme le note pertinemment le Conseil du statut de la femme (CSF)¹, ce sont surtout les femmes qui font les frais d'un manque de services de première ligne et de soutien à domicile.

¹ CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, (2013). *Femmes et santé : plaidoyer pour un accès ouvert à la première ligne médicale*.

Le taux de croissance annuel moyen (TCAM)² des dépenses dans les hôpitaux pour la décennie 2004–2013 s'élève à 4,3 %. En termes absolus, les hôpitaux, avec les problèmes d'engorgement qui tardent à se résorber, coûtent annuellement à la population québécoise plus de 12 milliards de dollars. Une meilleure utilisation de nos hôpitaux est-elle possible? La réponse est oui, à condition d'investir suffisamment dans la première ligne. Une enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)³ en 2013 corrobore les répercussions du manque d'accès aux services de première ligne sur les urgences, soit sur les dépenses hospitalières :

Lorsqu'on analyse les différentes raisons de la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital, on constate d'abord que le tiers des personnes ont consulté pour un problème qu'elles considéraient comme non urgent (36 %). Parmi les Québécois ayant consulté un médecin à l'urgence d'un hôpital pour un problème considéré comme non urgent, 74 % s'y sont présentés parce que les cliniques sans rendez-vous qu'ils fréquentent ne prenaient plus de patients ou étaient fermées (l'urgence était le seul endroit où ils pouvaient aller).

Soulignons aussi les conclusions d'une étude relative aux soins primaires au Canada et au Québec réalisée auprès des médecins canadiens par le Conseil canadien de la santé⁴. Selon celle-ci, il est plus difficile pour un patient au Québec d'avoir un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec son médecin de soins primaires. Le recours aux urgences hospitalières, pour obtenir des soins après les heures normales de service, est considérablement élevé au Québec.

C'est pourquoi il faut agir en amont sur les graves problèmes qui nuisent à l'efficacité globale du système et qui se trouvent dans une large mesure en première ligne.

Mauvais remède

Le projet de loi n° 20 vise à augmenter la productivité des médecins par un système de quotas de patients. Une réduction de rémunération s'appliquerait à ceux n'atteignant pas les cibles établies par règlement. Le travail à temps partiel se trouverait donc pénalisé.

Tout médecin omnipraticien devrait assurer le suivi médical d'un nombre minimal de patients tout en effectuant un nombre minimal d'activités médicales (AMP). Un taux d'assiduité des patients de 80 % devrait être maintenu; le patient qui consulterait à l'urgence d'un hôpital ou dans une autre clinique ferait chuter le taux d'assiduité de son médecin de famille.

² TCAM calculé à partir des données publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2014).

³ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 : l'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital; regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Québec.

⁴ CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2013). *Comment les médecins canadiens de soins primaires classent-ils le système de santé?* Bulletin n° 7, janvier 2013.

Quant au nombre de personnes à suivre en cabinet un système de pondération permettrait de tenir compte des particularités de chaque individu. Un cas plus lourd pourra équivaloir à plusieurs patients.

De leur côté, les médecins spécialistes devront : recevoir en dehors de l'urgence un certain nombre de patients référés par des médecins de famille; assurer une consultation demandée à l'urgence; assurer la prise en charge de patients hospitalisés à titre de médecins traitants lorsque le nombre de médecins de famille dans les centres hospitaliers est insuffisant; offrir les services nécessaires aux patients inscrits depuis plus de six mois sur une liste d'attente.

Restent plusieurs inconnues, dans la mesure où des éléments essentiels seront établis par règlement : nombre minimal de patients devant être suivis, modalités de suivi, nombre minimal d'heures d'activités médicales (AMP). Le projet de loi nous laisse donc dans un flou. Or, comme le note le Collège des médecins :

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 modifications⁵.

Cela dit, et par-delà l'incertitude que crée le renvoi à une réglementation encore inconnue, nous ne croyons pas que l'imposition de quotas de patients soit la solution, du moins pas dans l'état actuel des choses.

En effet, le chercheur et professeur Paul Lamarche⁶ a défini cinq « coévolutions » possibles ou probables des médecins : la désaffiliation du régime d'assurance maladie du Québec favorisant d'autres privatisations de services, la sélection de clientèles plus légères, l'arrêt complet ou temporaire de la pratique médicale, le retrait de la pratique hospitalière de la part des spécialistes ou encore le choix d'une spécialité non-inscrite au futur règlement.

D'autres groupes partagent ce point de vue. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et Médecins québécois pour le régime public (MQRP) disent craindre des consultations médicales plus courtes, une baisse potentielle de la qualité de l'acte médical au profit de la quantité et une déshumanisation de la pratique de la médecine familiale. Le minutage des consultations pourrait de fait avoir des effets néfastes sur la qualité de la consultation voire sur la relation de confiance entre le patient et son médecin.

Le risque que certains médecins ne sélectionnent que des patients présentant peu de problèmes, et laissent de côté les cas plus lourds, apparaît bien réel. Contandriopoulos et al. indiquent dans leur mémoire sur le projet de loi n° 20 :

⁵ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. Mémoire sur le projet de loi 20, 24 février 2015.

⁶ LAMARCHE, Paul A. Mémoire, Département d'administration de la santé, École de santé publique, Université de Montréal, 26 février 2015.

[...] les médecins sont réticents à suivre les patients les plus vulnérables. Même quand la prime d'inscription des patients vulnérables a été fixée au double de celle des patients non vulnérables, les médecins de famille ont préféré inscrire majoritairement des patients non vulnérables⁷.

Les personnes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie pourraient avoir de la difficulté à trouver un médecin de famille dans la mesure où elles sont plus susceptibles de fréquenter les services d'urgence et donc d'affecter le taux d'assiduité du médecin. Ce sont pourtant elles qui ont le plus besoin d'être prises en charge par un médecin attitré.

De plus, le spectre de l'exode d'un certain nombre de médecins vers le secteur privé a aussi été évoqué⁸. Rappelons que ces dernières années un nombre record de médecins omnipraticiens ont quitté le régime d'assurance maladie pour le secteur privé⁹. Une vague de retraite anticipée est aussi appréhendée, comme le souligne le Collège des médecins :

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 visé¹⁰.

Le Collège québécois des médecins de famille indique de son côté dans son mémoire :

« Le deuxième risque du PL-20 est la dévalorisation de la médecine de famille par l'approche coercitive et l'absence de consultation. Celle-ci a entraîné une démotivation sans précédent des acteurs concernés et risque de renverser des années d'efforts à valoriser et promouvoir la médecine de famille auprès des étudiants en médecine, compromettant ainsi la relève¹¹.

Nous nous inquiétons aussi des conséquences qu'aurait ce projet de loi sur la pratique des femmes médecins. On doit se réjouir qu'au Québec les femmes aient pris d'assaut ce bastion professionnel longtemps réservé aux hommes. Selon les chiffres du Collège des médecins de 2011 :

⁷ CONTANDRIOPOULOS, Damien et al. *Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n°20*, Mémoire sur la première partie du projet de loi n° 20: Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, février 2015, p. 8.

⁸ Le Collège des médecins note: « 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. (...) 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. »

⁹ On comptait 262 médecins non participants à la RAMQ en mai 2013 soit : 186 omnipraticiens et 76 médecins spécialistes. Ils étaient 60 en 2003. [<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201305/16/01-4651721-medecine-privee-quebec-veut-stopper-lhemorragie.php>].

¹⁰ COLLÈGE DES MÉDECINS. *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, p. 10.

¹¹ COLLÈGE QUÉBÉCOIS DES MÉDECINS DE FAMILLE. Mémoire du sur le projet de loi 20, février 2015, p. 6.

Parmi les étudiants en médecine, il y a 2 293 femmes (63,1 %) et 1 343 hommes (36,9 %), alors que la proportion femmes/hommes chez les médecins inscrits au tableau est de 8 469 (40,4 %) et de 12 500 (59,6 %). On peut conclure que d'ici quelques années, la profession médicale se composera majoritairement de femmes¹².

Or, le mémoire du Conseil du statut de la femme met en lumière l'effet discriminatoire qu'aurait le projet de loi n° 20 sur les femmes médecins. Celles-ci travaillent en effet souvent moins d'heures que leurs collègues masculins parce qu'elles assument plus de responsabilités familiales qu'eux. La prise de congés de maternité influence aussi le taux d'assiduité. Le Conseil note :

Parce qu'on peut faire l'hypothèse que les femmes médecins travaillent généralement un moins grand nombre d'heures que leurs confrères masculins, notamment pour des raisons de prise en charge des soins aux enfants et aux proches en perte d'autonomie, il est à craindre que le modèle proposé par le gouvernement pénalise davantage les femmes médecins que les hommes médecins. D'un point de vue féministe, on ne peut que déplorer ce fait. Idéalement, la possibilité d'effectuer moins d'heures rémunérées sans pénalité, surtout pour des raisons d'articulation famille-travail, devrait être possible pour l'ensemble des travailleuses et travailleurs, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui¹³.

Certes, le Conseil du statut de la femme appuie malgré tout le projet de loi n° 20 y voyant une façon d'assurer « un meilleur accès des femmes aux services de santé de première ligne [...] ».

Nous ne partageons pas l'optimisme du Conseil quant au projet de loi n° 20; nous doutons qu'il permettra d'améliorer l'accès aux services de santé. Au contraire, nous craignons que des femmes médecins, qui autrement auraient pratiqué la médecine à temps partiel après une naissance, fassent désormais le choix de se retirer totalement pendant quelques années pour s'occuper d'un enfant. Si cela s'avère, on peut craindre l'effet contraire à celui recherché; soit une diminution de l'accès aux soins. Cela dit, si le projet de loi n° 20 devait être adopté, il faudra s'assurer qu'à tout le moins la prise de congés de maternité, de paternité ou de maladie n'entraîne pas de pénalités. C'est d'ailleurs ce que le réclame le CSF.

De plus, l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) estime que le projet de loi n° 20 risque d'avoir pour effet non pas de réduire, mais d'augmenter l'achalandage aux urgences en raison d'une baisse du nombre de médecins disponibles alors que se maintiendra la demande de la part de patients dont les problèmes sont de plus en plus lourds¹⁴. Comme 92 % des médecins des urgences sont des médecins de famille, l'AMUQ redoute une déstabilisation des équipes d'urgence dans presque tous les hôpitaux, car les quotas de patients et la clause d'assiduité sont incompatibles avec une pratique mixte bureau-hôpital.

¹² [<http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2012/2012-0206.aspx>].

¹³ CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. Mémoire du sur le projet de loi n° 20, février 2015, p. 20.

¹⁴ ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC. Mémoire de sur le projet de loi 20, p. 6.

Ajoutons que l'approche coercitive du projet de loi n° 20 va nécessiter des mécanismes de complexes de surveillance pour garantir le respect des quotas et procéder aux réductions de rémunération. Ces contrôles augmenteront une bureaucratie pourtant déjà très lourde dans les établissements, les cliniques, au Ministère et à la Régie de l'assurance maladie (RAMQ)¹⁵.

En résumé, à moins d'une révision et d'une simplification majeure du système de rémunération des médecins, ce qui déborde largement du cadre du projet de loi n° 20, la CSN demeure sceptique quant à la faisabilité et à l'efficacité du système de quotas. En outre, les risques que le projet de loi n° 20 n'aggrave les problèmes d'accès aux soins nous paraissent sérieux.

Certes, d'importants problèmes d'accès en première ligne existent depuis des années. Les fédérations de médecins ne peuvent s'en laver les mains; elles doivent mettre l'épaule à la roue dans la recherche de solutions. Une véritable consultation de tous les acteurs et de la population doit permettre de dégager des consensus sur les mesures à mettre en œuvre. Si, au terme de cette discussion, le corps médical refusait toute modification des pratiques et du mode de rémunération des médecins, il y aurait alors lieu pour le gouvernement d'agir afin de garantir l'accès aux services à tous et toutes.

À terme, la CSN soutient qu'une pratique médicale mieux arrimée à des pratiques interdisciplinaires intégrées et coordonnées possède le potentiel de simplifier la trajectoire de soins des patients. Elle peut favoriser également une utilisation optimale et flexible des compétences des divers professionnels et intervenants et générer des économies substantielles, contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs du projet de loi.

À l'instar du Collège des médecins du Québec, qui a invité tous les acteurs à trouver ensemble les meilleures solutions afin de régler à long terme le problème de l'accessibilité et mieux appuyer le médecin de famille et toute l'équipe professionnelle de première ligne, la CSN demande au ministre de la Santé et des Services sociaux de retirer le projet de loi n° 20 et de tenir une large consultation qui pourrait être précédée par la publication d'un livre blanc explicitant l'ensemble des réformes envisagées dans le domaine de la santé aux fins de discussion avec la population.

Nous abordons maintenant quelques éléments qui, selon nous, sont nécessaires pour résoudre les problèmes de la première ligne et assurer l'accès aux soins et aux services, et ce, bien qu'ils soient absents du projet de loi n° 20 : le travail interdisciplinaire, la révision du mode de rémunération des médecins, la lutte au surdiagnostic, la prévention, l'amélioration de l'information avec le soutien de l'informatisation des données cliniques et enfin un financement additionnel pour les soins à domicile et les maladies chroniques.

¹⁵ Car on découvre dans ce débat le monstrueux système que génère la tarification à l'acte des médecins, avec un manuel des tarifs des médecins de famille qui fait 498 pages et celui des spécialistes qui en compte 832. Ce système mobilise jusqu'à 214 agences privées chargées de la facturation des quelque 20 000 médecins de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). [<http://affaires.lapresse.ca/opinions/chroniques/francis-vailles/201501/20/01-4836707-medecins-la-remuneration-a-lacte-est-devenue-un-monstre.php>].

Pour résoudre les problèmes de première ligne

1. Travail interdisciplinaire

Il nous semble essentiel d'accorder un rôle accru à l'équipe soignante, c'est-à-dire aux infirmières et autres professionnels de la santé, dans la prise en charge des patients de façon à ce que les médecins se consacrent aux cas plus complexes.

Selon les expériences menées ici et ailleurs, notamment au Kaiser Permanente (États-Unis)¹⁶, un fonctionnement interdisciplinaire requiert un vaste ensemble de conditions pour mobiliser des équipes stables et suffisantes, intégrant une large gamme de professionnels non-médecins (infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, nutritionnistes, kinésiologues, etc.). Ces conditions incluent notamment des mécanismes de coordination, des systèmes d'information performants et des budgets intégrés et adéquats permettant de soutenir la réalisation et le suivi des plans de soins individuels des patients (incluant pour chacun la prévention, l'éducation, l'accompagnement administratif et clinique et les liaisons requises pour des examens, consultations ou traitements et services complémentaires).

Le travail interdisciplinaire repose sur l'idée d'une prise en charge collective de patients par une équipe de professionnels responsable. Cela étant, c'est l'équipe qui devrait se voir imposer des cibles. Comme le notent Contandriopoulos et al. :

[...], les données montrent que pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de globalité, de continuité et d'efficience dans l'offre de soins de première ligne, il est fondamental de migrer vers une prise en charge qui repose sur un travail interdisciplinaire en équipe.

Sur le plan logique, si le processus de production est collectif, les cibles doivent alors être collectives et les équipes, collectivement imputables de les atteindre. Ceci a deux effets bénéfiques. D'une part, cela encourage une distribution des tâches compatible avec les compétences et les préférences individuelles au sein des équipes. Être imputable collectivement favorise un comportement d'équipe où les membres s'entraident, se soutiennent et se complètent. D'autre part, cela limite les risques de comportements opportunistes (la sélection de patients légers, la facturation d'actes plus « payants », la référence à d'autres médecins par exemple). [...] Quand l'équipe est imputable, chacun de ses membres sera attentif au travail de ses collègues et à l'équité des efforts consentis par chacun. En ce sens, une collectivisation des cibles permet de contrôler en partie les comportements opportunistes grâce au contrôle par les pairs et ainsi de s'appuyer sur le principe de l'ajustement mutuel¹⁷.

¹⁶ AUCOIN, Léonard. Séminaire Kaiser Permanente, 20 janvier 2015, Pôle Santé HEC. En ligne.

¹⁷ Précité note 7. À la page iii.

Nous soutenons aussi la pleine application des ordonnances collectives accordant davantage de pouvoir aux infirmières et aux pharmaciens¹⁸. Plusieurs pays, comme l'Angleterre, l'Irlande et l'Écosse, ainsi que certaines provinces canadiennes, comme la Colombie-Britannique, l'Alberta ou l'Ontario, utilisent des modèles de soins assurant une plus grande place aux infirmières ce qui améliore l'accès aux soins de santé et facilite un suivi clinique adéquat ainsi qu'une meilleure prise en charge du patient, notamment dans les soins à domicile. Or, le Québec se montre encore bien timide en matière de collaboration interprofessionnelle.

Un projet de règlement publié récemment dans la Gazette officielle¹⁹ ouvre certaines perspectives. Ainsi, dès septembre prochain, les infirmières pourront prescrire des produits et des pansements pour le traitement des plaies ainsi que certaines analyses de laboratoires et radiographies. Elles pourront aussi donner, sans ordonnance, certains médicaments à caractère préventif (contraception, suppléments alimentaires, cessation tabagique) et des médicaments pour des conditions mineures courantes (nausées et vomissements chez la femme enceinte, lésions cutanées, certaines infections transmises sexuellement ou par le sang).

Ces changements, combinés à l'utilisation accrue des ordonnances collectives par les infirmières, peuvent améliorer l'accès aux soins. Cela dit, beaucoup reste à faire pour assurer une utilisation optimale des compétences de tous les professionnels de la santé (infirmières, infirmières auxiliaires, diététistes, psychologues, etc.). Qu'on pense notamment au rôle accru que pourraient jouer les sages-femmes dans le système de santé.

Le gouvernement devrait aussi soutenir les efforts des ordres professionnels visant à multiplier les équipes interprofessionnelles en vue de répondre aux besoins de suivis rapprochés d'un nombre grandissant de maladies chroniques (diabète, hypertension, dyslipidémie, affections respiratoires chroniques, etc.). L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec estime que pour bien répondre à la demande, 75 % des soins devront à l'avenir être donnés dans les communautés alors qu'aujourd'hui environ 70 % des soins sont donnés à l'hôpital²⁰. Un changement de cette envergure nécessite de transformer profondément les façons de faire.

La CSN préconise le travail en équipe et le développement de pratiques professionnelles interdisciplinaires. Cette évolution correspond aux tendances actuelles du travail en équipe des médecins avec des formules expérimentées depuis plusieurs années comme les GMF, les unités de médecine familiale (UMF, pour l'enseignement des pratiques interdisciplinaires) et les cliniques-réseau. On devrait aussi mettre en avant le modèle des CLSC qui pourrait s'avérer la clé d'un meilleur accès aux services de santé. Ces diverses formules de pratique médicale sont un point de départ pour progressivement converger vers une prise en charge globale, intégrée et continue des besoins de toute la population.

¹⁸ Dans une note du 14 avril 2014, le Collège des médecins déplore une sous-utilisation de l'ordonnance collective : « Malheureusement, malgré l'information et les formations faites tant par le CMQ que par les fédérations et associations médicales, les ordonnances collectives demeurent sous-optimales dans leur utilisation et ne permettent pas, actuellement, le plein déploiement des compétences des autres professionnels de la santé, et principalement des infirmières. Le tout a des conséquences sur la disponibilité des soins à la population du Québec. »

¹⁹ *Gazette officielle du Québec*, 7 janvier 2015, 147^e année, no 1, p. 9.

²⁰ Infoiiq. Éditorial de la présidente du 22 janvier 2015.

Or, le projet de loi n° 20 ne définit pas ce qu'est une prise en charge ni un suivi de patient, et il est muet sur le travail en équipe et le travail interdisciplinaire.

2. La révision du mode de rémunération des médecins

Le mode de rémunération des médecins pose problème depuis longtemps. À la création du régime public d'assurance maladie du Québec, le gouvernement a maintenu le système de rémunération « à l'acte », et ce, en dépit de la recommandation expresse de l'abandonner que faisait la commission Castonguay-Nepveu.

Les commissions Rochon (1988) et Clair (2000) ont elles aussi recommandé d'abandonner le paiement à l'acte, du moins pour les soins primaires. Même la réforme du ministre Couillard de 2004 envisageait un changement au mode de rémunération des médecins pour assurer une meilleure prise en charge du patient, mais aucune suite n'y fut donnée.

Au Québec, la rémunération totale des médecins s'établit à 6,5 milliards en 2013-2014²¹ pour l'ensemble des médecins (11 053 spécialistes, 9 830 omnipraticiens et 3 155 résidents). Alors que ce poste budgétaire pèse de plus en plus lourd dans nos dépenses publiques de santé, l'heure est venue d'explorer et surtout d'exploiter le potentiel incitatif des divers modes de rémunération disponibles.

Contrairement à plusieurs pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) où les médecins sont salariés, les médecins au Québec sont des travailleurs indépendants et généralement rémunérés à l'acte. Avec une croissance moyenne annuelle de 6,8 %, la rémunération des médecins se révèle le poste ayant connu la plus grande croissance au cours de la décennie 2004–2013. De 3,4 milliards de dollars qu'il était en 2004, le montant prévu pour 2013 se chiffre à plus de 6,5 milliards de dollars selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) 2014. Ce poste représente désormais le troisième en importance concernant les dépenses de santé et de services sociaux. Le mode de rémunération actuel contribue-t-il à l'efficacité globale du système de santé et de services sociaux? Nous ne le croyons pas.

Comme plusieurs études le soutiennent, le mode de rémunération à l'acte, qui établit une relation directe entre le volume d'actes posés par le médecin et son revenu, sans tenir compte de la qualité et de la pertinence des soins donnés, n'est peut-être pas la formule adaptée aux objectifs poursuivis par notre système de santé. En encourageant le volume d'actes, ce mode de paiement contribue peu à la prise en charge du patient et à la prévention. Il peut avoir pour effet de déresponsabiliser le médecin dans la poursuite d'objectifs globaux du système et l'inciter à sélectionner des patients plus « rentables ». Ce type de paiement, en plus d'être coûteux, se révèle inefficace au plan de l'intégration des soins et des services de santé.

²¹ Rapport annuel de gestion 2013-2014 de la RAMQ (p. 51) en hausse de 4,7 G\$ depuis 2009-2010, pour une hausse annuelle moyenne de 8,5 %/an.

Cette inadaptation du paiement à l'acte est exacerbée dans la perspective d'une pratique médicale plus collective et interdisciplinaire. Car la rémunération à l'acte ne comporte aucun incitatif à la prévention et à une prise en charge globale des patients, ni incitatif à la collaboration interprofessionnelle ou à la cohérence des trajectoires de soins. Comme le souligne le professeur Paul A. Lamarche :

[...] le mode de rémunération à l'acte n'incite pas et n'incitera jamais les acteurs à contribuer à l'atteinte des objectifs visés. Ce que ce mode de rémunération incite est à la production d'un nombre de plus en plus élevé d'actes médicaux. Plus un médecin produit des actes plus son revenu est élevé ou plus rapidement il atteint son revenu cible. Rien dans ce mode de rémunération n'incite les médecins à prendre en charge des patients et surtout pas des malades chroniques ou des personnes atteintes de maladies graves²².

Contandriopoulos et al., indiquent que « le modèle de la capitation – où un médecin ou une équipe reçoit un montant forfaitaire pour répondre aux besoins de soins primaires d'un groupe défini de personnes – est beaucoup plus compatible avec une imputabilité systémique au sens où il incorpore la notion de réponse aux besoins²³. »

Au Québec, les modalités et forfaits d'inscription des GMF s'apparentent à une forme de capitation; cependant ces dispositifs s'avèrent incomplets faute de mécanismes d'imputabilité cohérents. En Ontario, dans les *Family Health Organizations* et des *Family Health Teams*, un patient peut être inscrit auprès d'un médecin ou d'un groupe de médecins et les ceux-ci sont payés par des formules mixtes de capitation et de salariat, avec de bons résultats.

Or, en dépit de ces informations connues et provenant d'organisations performantes, le projet de loi n° 20 maintient le mode de paiement à l'acte. Avec le risque bien réel de multiplier les actes médicaux, des actes qui ne sont pas toujours nécessaires ou pertinents, contribuant à ce gaspillage qu'on nomme le surdiagnostic.

3. La lutte au surdiagnostic

Le surdiagnostic et le surtraitement ont pris des proportions inquiétantes. Ils représenteraient l'équivalent de cinq milliards de dollars annuellement au Québec selon l'Association médicale du Québec (AMQ)²⁴; cinq milliards en dépenses d'examens et traitements qui n'apportent rien.

Par exemple, on détecte et l'on soigne beaucoup trop souvent des anomalies qui, autrement, n'auraient pas causé de problèmes de santé. Ce faisant, on fait courir des risques à des gens bien portants, en les opérant ou en leur prescrivant des médicaments qui ne sont pas sans danger et qui ne les aident en rien. Ces interventions inutiles peuvent même réduire la qualité des soins en exposant les patients à des préjudices potentiels (surconsommation de

²² LAMARCHE, Paul A. Mémoire sur le projet de loi 20, 26 février 2015, p. 7.

²³ Précité note 7, p. 10.

²⁴ Association médicale du Québec. Le surdiagnostic : constats et plan d'action.

[\[https://www.amq.ca/images/stories/documents/memoires/surdiagnostics-plan-action-fr.pdf\]](https://www.amq.ca/images/stories/documents/memoires/surdiagnostics-plan-action-fr.pdf).

médicaments, examens de routine, traitements inutiles, duplication et tests complémentaires pour éliminer des faux positifs, stress des patients, etc.). Cette surutilisation de la médecine a un impact sur l'accès aux soins et fatalement sur les coûts. Un meilleur contrôle des pratiques médicales apparaît nécessaire pour éviter l'inflation de soins.

4. La prévention

Le gouvernement néglige la prévention qui est pourtant moins coûteuse à long terme. De nombreuses études le corroborent. Il est plus efficace et moins onéreux d'agir de façon préventive plutôt que d'assumer le fardeau des problèmes de santé. Malgré cette évidence, les coupes s'abattent régulièrement sur la santé publique. Les directions régionales de santé publique se verront privées de 23,7 millions pour l'année à venir, soit 33 % d'un budget totalisant 72 millions. Comme l'exprime admirablement le Dr Alain Poirier dans une lettre adressée au premier ministre Couillard le 5 mars dernier :

Combattre l'industrie du tabac, favoriser la saine alimentation, assurer la qualité de l'eau et de l'air, réduire les accidents, dépister précocement, favoriser une vie active, vacciner avant les infections et même dénoncer les conditions de vie des socioéconomiquement défavorisés qui cumulent en plus grand nombre tous ces problèmes, ce sont là les services que donnaient les « fonctionnaires » qui disparaîtront dans quelques jours.

5. L'amélioration de l'information avec le soutien de l'informatisation des données cliniques

Une pratique médicale faisant plus de place au travail interdisciplinaire et à la prévention, requiert requière un bon système de communications entre les divers partenaires.

Au Québec, les médecins communiquent mal entre eux au sujet de leurs patients, ce qui occasionne des délais de consultation et des coûts. Le retard du Québec dans l'informatisation du système de santé explique en partie les lacunes de communication. Le Commissaire à la santé et au bien-être rapporte que :

[...] seulement 20 % des omnipraticiens du Québec indiquent utiliser des dossiers médicaux électroniques, comparativement à 43 % des médecins de l'Ontario. De même, 13 % des omnipraticiens québécois saisissent des notes cliniques de façon électronique (42 % en Ontario), 25 % utilisent des aviseurs pharmacologiques (38 % en Ontario) et 24 % emploient un prescripteur électronique pour les médicaments (37 % en Ontario).

Il faut d'abord assurer une bonne organisation de l'information clinique puis en faciliter la circulation de même que les échanges entre les divers partenaires et lieux de soins. Au-delà du dossier médical électronique (DME), la disponibilité des bons outils de travail et de systèmes d'information performants et intégrés est essentielle, avec les équipements et les opérateurs nécessaires pour leur entretien et leur mise à jour. C'est une priorité incontournable pour laquelle il faut consentir les investissements nécessaires comme le réclament plusieurs associations médicales et notamment la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ).

Pour la CSN, l'organisation de l'information clinique et le développement de systèmes d'information forment des enjeux névralgiques qui doivent faire l'objet d'un débat public. Alors que diverses informations fragmentées circulent au sujet des problèmes rencontrés et des dépassements de coûts, nous croyons que le gouvernement doit donner l'heure juste et offrir une vision claire du système d'informatisation qu'il favorise ainsi que les défis à surmonter, avec les échéances et les investissements prévus de manière à débattre avec la population et les divers partenaires de soins des options à privilégier.

6. *Financement additionnel pour les soins à domicile et les maladies chroniques*

Alors que le ministre dit se préoccuper des orphelins du système que sont aujourd'hui les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, ce que nous saluons, nous l'invitons à s'intéresser sans délai à la situation des personnes âgées; le fait pour elles d'être suivies par un médecin de famille n'assure pas réponse à tous leurs besoins, comme le démontrent les séjours sur civière à l'urgence, les parcours toujours difficiles des personnes vivant avec des maladies chroniques, les 7 500 personnes en attente d'un hébergement avec soins de longue durée ou encore l'inadéquation, l'insuffisance et la variabilité des services offerts en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Reprenons ici ce que le Vérificateur général du Québec (VGQ) constatait en 2012²⁵ : ni le MSSS ni les agences, ni les établissements n'ont de portrait à jour des besoins des personnes hébergées, non plus que des services qui leur sont offerts. Pire encore, plus de 10 ans après la diffusion du Plan d'action 2005–2010 pour les services aux aînés, les balises d'offre de services par niveaux de perte d'autonomie n'étaient pas encore définies! Les personnes sont hébergées selon la disponibilité des ressources d'hébergement plutôt qu'en fonction de leurs besoins et la dotation en ressources humaines, fort variable d'un établissement à l'autre, est partout bien en deçà des besoins de personnes dont le profil moyen requiert plus de 3 heures de soins/jour. Au mieux, en centre d'hébergement les jours de semaine, le temps moyen disponible par personne hébergée atteint 102 minutes, 37 minutes les jours de fin de semaine, et encore moins pour les soirs et nuits de fin de semaine.

En soutien à domicile, les services d'assistance de longue durée manquent cruellement et l'accès aux services semble même se détériorer selon l'enquête du Protecteur du citoyen sur l'accessibilité aux services de soins à domicile en 2012²⁶.

²⁵ Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013. Vérification de l'optimisation des ressources. Printemps 2012. *Personnes âgées en perte d'autonomie*. [\[http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap04.pdf\]](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap04.pdf).

²⁶ Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen. *Chez soi toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante*, 30 mars 2012. [\[http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_speciaux/2012-03-30_Accessibilite_Soutien_domicile.pdf\]](http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_speciaux/2012-03-30_Accessibilite_Soutien_domicile.pdf).

Il reste donc beaucoup à faire pour assurer aux personnes âgées ou aux personnes vivant avec des maladies chroniques, ainsi qu'aux proches aidants qui les accompagnent, l'ensemble des soins et des services dont elles ont besoin pour vivre dans la dignité, en hébergement comme à domicile.

Il conviendrait donc d'investir massivement dans les soins à domicile, mais aussi d'élargir le panier de services de l'assurance maladie. En effet, l'absence de couverture formelle de services pourtant essentiels, mais fournis par des professionnels autres que les médecins (services d'assistances sociales, psychothérapeutes, réadaptation, ergothérapeutes, pharmaciens, nutritionnistes) ou offerts à l'extérieur des hôpitaux (dans les cliniques ou les milieux d'hébergement) cause de graves problèmes. Comme l'expliquait le Commissaire à la santé et au bien-être dans son rapport de 2010 sur la gestion des maladies chroniques, c'est cette inadaptation de l'assurance publique, couplée à une ouverture à la privatisation, qui font que désormais plus du tiers des dépenses en santé au Québec sont des dépenses privées, ce qui aggrave, il va sans dire, les inégalités d'accès aux services²⁷.

Pour les aîné-es aux prises avec des maladies chroniques, cela signifie d'importants frais et des délais pour recevoir des services, ce qui peut entraîner des complications ou des séquelles accentuant la perte d'autonomie. Face à la montée des maladies chroniques et des incapacités, il devient nécessaire de reconnaître de nouveaux services comme étant médicalement ou socialement nécessaires. L'élargissement du panier de services et l'amélioration de la première ligne s'imposent donc selon nous pour consolider le système public de santé et de services sociaux et réaffirmer sa mission redistributive auprès de toutes les personnes ayant besoin de protection.

Modification unilatérale des ententes collectives

Nous nous inscrivons en faux contre le pouvoir octroyé au ministre de modifier unilatéralement les conditions et modalités de rémunération applicables aux médecins et contenues aux ententes collectives négociées conformément à l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie. Bien que les médecins ne soient pas des salariés au sens du code, rien ne justifie pour le gouvernement d'agir unilatéralement en regard des conditions de rémunération négociées avec les fédérations de médecins.

Nous tenons à dénoncer l'introduction d'un pouvoir aussi exorbitant. La possibilité pour le ministre de dicter les conditions de rémunération dès lors « qu'il est d'avis qu'il ne peut en convenir avec l'organisme représentatif concerné dans un délai raisonnable » est proprement inacceptable. Ce faisant, on bafoue le principe de libre négociation collective et de négociation de bonne foi.

²⁷ [\[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf\]](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf).

Tout ce processus échappera en outre au pouvoir parlementaire. Plus besoin de loi spéciale pour imposer des conditions de travail, même pas besoin d'un règlement! La simple publication sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) des conditions unilatéralement déterminées par le ministre suffira!

Nous estimons que ce processus arbitraire ne rencontre nullement les standards établis par la Cour suprême en matière de liberté d'association.

Procréation médicalement assistée

Un autre volet du projet de loi n° 20 vise à resserrer les conditions d'admissibilité à la procréation assistée. Nous limiterons nos commentaires à quelques dispositions en commençant par celle voulant que :

Aucune activité de fécondation in vitro ne peut être exercée chez une femme âgée de moins de 18 ans ou de plus de 42 ans. (Article 10.1 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée.)

On confond ici assurabilité d'un service et interdiction d'une pratique. Il paraît inconcevable de rendre ainsi illégale la fécondation in vitro pour les femmes de plus de 42 ans.

Au Québec, plus de 5 % des femmes qui accouchent ont plus de 40 ans. L'interdiction du recours à la fécondation in vitro (FIV) pour les femmes de plus de 42 ans, non fondée scientifiquement, est un abus de pouvoir clairement discriminatoire, comme plusieurs l'ont dénoncé. Pour l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) :

Que le gouvernement choisisse de ne pas assurer les traitements de FIV pour une femme de 42 ans, c'est une chose, mais qu'il rende illégal tout traitement au privé et pire qu'il rende passible de sanctions pénales un médecin qui réfère une patiente à un centre privé ici ou ailleurs dans le monde relève d'un non-sens et n'est ni plus ni moins qu'une atteinte grave au droit des femmes de donner la vie²⁸.

Nous joignons notre voix à celle du Conseil du statut de la femme et à celle de nombreux autres acteurs pour demander le retrait de la limite d'âge de 42 ans. Les femmes qui le souhaitent, et pour lesquelles il n'y a pas de contre-indication médicale, devraient pouvoir recourir à leurs frais à la fécondation in vitro.

Mais d'autres mesures font également problème. L'imposition d'étapes et de période de relations sexuelles avant d'envisager la FIV.

L'obligation d'obtenir une évaluation psychosociale positive lorsqu'un médecin a des motifs raisonnables de croire que la personne ou les personnes formant le projet parental risquent de compromettre la sécurité ou le développement de l'éventuel enfant. Une mesure coûteuse et injustifiée qui touche 100 % de la communauté LGBT comme l'indique la Coalition des familles LGBTQ dans son mémoire sur le projet de loi n° 20.

²⁸ ASSOCIATION DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU QUÉBEC. Mémoire sur le projet de loi n° 20.

En outre, pour une femme de plus de 42 ans, le risque de se tourner vers des traitements couverts (inséminations) par l'assurance maladie au détriment de la FIV, qui serait la meilleure option médicale, est bien réel.

À l'instar d'autres intervenants, la CSN pense qu'il faut retirer les articles qui réfèrent à des critères comme l'âge, l'évaluation psychosociale, le nombre d'inséminations artificielles ou le nombre de relations sexuelles requises précédant la FIV et s'abstenir d'inscrire dans une loi ou un règlement ce qui relève de directives médicales.

Le gouvernement devrait s'en tenir à énoncer clairement ce qui est couvert dans notre régime d'assurance maladie et ce qui est admissible à un remboursement

Conclusion

Depuis moins d'un an, le gouvernement a soumis à l'Assemblée nationale de nombreuses pièces législatives visant une réforme du système de santé : les projets de loi n° 10, n° 28 et n° 20. Toutes ont la caractéristique de n'avoir fait l'objet d'aucune consultation en amont et d'avoir généré beaucoup d'opposition et de frustrations.

Nous savons aussi que d'autres réformes sont en préparation du côté gouvernemental : financement à l'activité, révision de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, mise en place de supercliniques, augmentation du rôle des infirmières et d'autres professionnels de la santé.

Nous déplorons le fait que le ministre procède ainsi à la pièce sans donner l'heure juste sur ses intentions d'ensemble. Nous craignons en outre qu'à trop mener de réformes en même temps on ne fragilise l'ensemble du réseau. Comme le signale le Collège des médecins dans son mémoire : « 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 ».

Il est temps croyons-nous de faire une pause et d'amorcer un débat public sur la base d'une vision claire et d'un projet rassembleur pour consolider le système de santé et de services sociaux.

Une discussion beaucoup plus large que celle que propose le projet de loi n° 20 s'impose selon nous. Et cette discussion doit être globale.