



**FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC**

**M É M O I R E**

**DE LA FÉDÉRATION DES  
MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC**

**Projet de loi no 83**

**Loi modifiant la Loi sur les services de santé  
et les services sociaux et d'autres dispositions législatives**

Présenté à la

Commission des affaires sociales

Le 28 janvier 2005

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



## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	4
<b>I. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX</b> .....	5
<b>A) LA GOUVERNE</b> .....	5
1. Le partage des responsabilités .....	5
2. Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) .....	8
3. Les conseils d'administration et les modalités relatives aux élections .....	9
<b>B) LA QUALITÉ DES SERVICES</b> .....	10
1. Les mesures touchant les résidences privées .....	10
2. Les mesures reliées à l'examen des plaintes .....	10
<b>C) L'INFORMATISATION ET LA CIRCULATION DE L'INFORMATION CLINIQUE</b> .....	11
1. La conservation des données sur une base régionale .....	11
2. L'encadrement de la circulation de l'information dans les réseaux locaux de services (RLS) .....	13
<b>II. COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES</b> .....	14
<b>CONCLUSION</b> .....	17
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	18
<b>ANNEXE I</b>	

## INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) remercie la Commission parlementaire des affaires sociales de l'occasion qui lui est offerte de s'exprimer sur le projet de loi n° 83 : *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 34 associations affiliées représentant près de 8 000 médecins spécialistes de toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire.

La mission de la Fédération est de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres, dans le respect des droits des Québécois à obtenir des soins médicaux de qualité. Cette mission ne peut s'accomplir pleinement sans une participation aux décisions entourant l'organisation des soins de santé. Rappelons que plus de 95 % des médecins spécialistes œuvrent en milieu hospitalier et se sentent donc interpellés par toute législation touchant l'organisation des soins médicaux, l'enseignement, la recherche et les tâches administratives en établissement.

Ce projet de loi n° 83 aborde plusieurs sujets d'importance pour le réseau de santé et de services sociaux et tente d'harmoniser l'actuelle *Loi sur la santé et les services sociaux* avec les changements en cours, initiés par le projet de loi n° 25.

Nous aimerions donc vous présenter certaines préoccupations et demandes de modifications jugées nécessaires suite à notre étude du projet de loi n° 83. Nos commentaires généraux présentés selon l'ordre du document du 9 décembre 2004 du ministère de la Santé et Services sociaux du Québec, intitulé *L'harmonisation de la LSSSS*, seront suivis de commentaires spécifiques à certains articles particuliers.

## I. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

### A) LA GOUVERNE

#### 1. Le partage des responsabilités

Suite à la création récente des 95 instances locales, établissements multivocationnels issus de la fusion de CLSC, CHSLD et, le cas échéant, de CHSGS, le projet de loi n° 83 propose maintenant un nouveau partage des responsabilités entre les instances locales, les établissements, les agences de développement et le ministre, prévoyant un plus grand rôle pour les instances locales et un rôle davantage de coordonnateur pour les agences. Nous comprenons bien l'objectif du ministre d'assurer une meilleure accessibilité aux soins pour la population et de donner suite aux changements apportés par le projet de loi n° 25. On peut néanmoins se demander s'il était nécessaire d'apporter des modifications aussi nombreuses et importantes, à défaut de quoi, il faut s'assurer que les modifications proposées pourront être introduites sans trop de perturbations et de manière compatible avec l'atteinte des buts visés.

#### Le caractère trop directif de certains libellés

L'instance locale devient *responsable* de définir un projet clinique et organisationnel pour son territoire; elle *doit* mobiliser [...], et s'assurer de la participation des intervenants du réseau; elle *doit* instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services; elle *doit* créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux en... Tout établissement autre qu'une instance locale *doit* contribuer aux projets cliniques... Le libellé du projet de loi suscite ici beaucoup de questions et d'inquiétudes. Le mot *doit* est partout répété et est à l'effet de créer une obligation de moyens et de résultats. On souhaiterait des libellés plus souples afin de favoriser la collaboration volontaire des divers partenaires. Le projet est en ligne pour responsabiliser les établissements et les prestataires de soins face à leur clientèle, les médecins se sentant particulièrement visés : le but est louable, mais doit se réaliser dans le respect d'une autonomie professionnelle du médecin. Et les mots *de manière exclusive* confèrent à l'instance locale un pouvoir énorme, voire discrétionnaire.

Le projet de loi est silencieux au sujet des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour atteindre les cibles fixées. Comment alors l'instance locale et l'établissement vont-ils s'acquitter des obligations que leur impose le projet de loi (*doit mobiliser ..., doit s'assurer..., doit contribuer...*) : de quels moyens disposeront-ils? D'incitatifs ou de contraintes? Rappelons qu'une entente avec un professionnel autonome comme le médecin spécialiste a plus de chances de réussir si elle est faite dans un climat de collaboration et de mesures incitatives. La FMSQ se demande par ailleurs quels seront les impacts des décisions des instances locales sur les médecins, notamment ceux dont la pratique, en tout ou en partie, est en cabinet.

#### L'impact sur les effectifs médicaux

Tout en ne nous opposant pas à la nouvelle organisation mise en place avec les réseaux locaux de santé, nous souhaitons toutefois nous assurer que celle-ci n'entraînera pas d'impacts sur les plans d'effectifs médicaux et sur les privilèges des médecins qui y exercent.

En effet, les réseaux locaux de santé résultent de la fusion de divers centres situés sur des sites distincts. Or, les plans d'effectifs médicaux actuels s'appliquent pour chacun de ces centres et il importe qu'ils continuent d'être appliqués de la sorte dans le cadre des réseaux locaux afin de reconnaître la spécificité de chacun de ces centres et de préserver leur capacité de recrutement propre. Également, il importe que les privilèges détenus par les médecins au sein d'un centre continuent d'être exercés au sein de ce centre spécifique même suite à sa fusion dans le cadre des réseaux locaux. Ainsi, le médecin qui détient ces privilèges au sein du centre hospitalier ne saurait, suite à la création de réseaux locaux, être contraint de rendre des services dans un autre type de centre, et ce, à moins qu'il ne l'accepte.

Nous nous questionnons donc sur le mutisme de la loi à ce sujet et nous souhaitons que l'on confirme que la mise en place des réseaux locaux de santé ne modifiera pas cette réalité.

#### La coordination des services et le concept de hiérarchisation

L'article 99.7 (4) prévoit que l'instance locale doit créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, en portant une attention particulière à l'accessibilité à l'information clinique, à des plateaux techniques diagnostiques et à des médecins spécialistes par les médecins de famille, dans un principe de hiérarchisation des services. Nous nous réjouissons que l'on veuille créer de telles conditions favorables, mais nous nous questionnons sur le fait que ceci soit réservé aux seuls services médicaux généraux et non également aux services médicaux spécialisés. Nous demandons donc des corrections à ce sujet afin de créer les mêmes conditions favorables pour les services spécialisés. En corollaire, dans une perspective de prise en charge et de suivi de la clientèle, les médecins spécialistes voudraient aussi s'assurer qu'ils auront accès à des médecins omnipraticiens afin de rediriger un patient vers un prestataire de soins de première ligne lorsque qu'ils auront accompli leur consultation ou leur traitement. Un sous-alinéa (d) devrait donc être ajouté à cet effet.

En ce qui a trait au concept de hiérarchisation des soins, nous sommes d'accord avec ce principe : les médecins spécialistes ont été formés pour dispenser des soins médicaux spécialisés. Cependant, l'accès direct au médecin spécialiste dans certaines circonstances ne nous apparaît pas en contradiction pour autant, particulièrement pour certaines spécialités dites de base, telles que la pédiatrie ou l'obstétrique-gynécologie. Il faut éviter d'encombrer le système en obtenant un rendez-vous chez l'omnipraticien dans le seul but d'obtenir un feuillet de consultation vers la médecine spécialisée. L'obligation absolue de consulter l'omnipraticien avant le spécialiste serait une mesure potentiellement coûteuse et contre productive. Ainsi, le sous-alinéa (c) devrait se lire : *...de hiérarchisation des services lorsqu'appropriée.*

#### Les ententes de services entre établissements et autres organismes

Le projet de loi n° 83 vise à favoriser l'éclosion des ententes entre établissements. Il s'agit là d'un objectif auquel nous adhérons. Nous avons toujours soutenu le développement de collaborations inter-établissements et avons travaillé à la mise en place de différents corridors de services afin de favoriser l'accessibilité aux soins pour la population.

Nous devons toutefois dénoncer le fait que le projet de loi n° 83 veuille à nouveau imposer de telles ententes aux médecins qui exercent dans un établissement. Les modifications apportées à l'article 109 cherchent en effet à étendre le type d'entente qui lie un médecin sur le simple fait qu'elles sont portées à sa connaissance. Or, il s'agit là d'un concept dépassé, qui n'a jamais fonctionné depuis son instauration en 1992 et que l'on se doit de modifier.

L'expérience des fusions d'établissements a démontré que les mariages forcés entre partenaires non consentants amenaient la plupart du temps des résultats contraires à ceux escomptés. Ainsi, on ne peut obliger un médecin à dispenser des soins dans des lieux qu'il ne choisit pas et qui se trouvent loin de chez lui. Pas plus qu'on ne peut exiger pareille obligation d'autres professionnels de la santé. La conclusion d'ententes concernant l'échange de services médicaux entre établissements ne peut et ne saurait donc se faire autrement que dans un contexte de consultation des médecins appelés à donner un surcroît de services et avec leur acceptation. Ce genre d'ententes doit alors être favorisé par la mise en place de conditions de travail satisfaisantes qui faciliteront de tels échanges de services et par l'octroi d'incitatifs de rémunération adéquats.

Nous le répétons, cette approche coercitive qui se retrouve dans la loi depuis son adoption n'a jamais fonctionné. Si l'on cherche à la maintenir, on ne pourra parvenir à susciter de nouvelles collaborations entre les établissements et à mettre en place davantage de corridors de services. Il importe donc de

modifier l'approche retenue et de lancer un nouveau signal. L'article 109 doit donc être modifié afin d'assurer la participation et l'accord des médecins concernés.

Quelques mots sur les ententes de services en télésanté. Le libellé du projet de loi porte à confusion et laisse croire que tous les établissements devront offrir ou obtenir des services de télésanté, ce qui est ni nécessaire ni souhaitable. Nous proposons plutôt de modifier le texte afin de préciser que « *Dans les cas d'échanges de services de télésanté entre deux établissements, une entente doit être conclue et prévoir (...)* ».

Également, il est à noter que la rémunération des services médicaux dispensés dans un contexte de télésanté n'est toujours pas établie, malgré une recommandation en ce sens par la Table ministérielle de télésanté au Gouvernement en 2001. À noter également que la consultation par téléphone fait partie de l'activité professionnelle des médecins et que sa place et sa rémunération sont à considérer et non à rejeter d'emblée.

#### Les privilèges des médecins

Le projet de loi n° 83 apporte des modifications à certaines dispositions concernant l'octroi de privilèges au médecin exerçant en établissement. On cherche ainsi entre autres à préciser la répartition des tâches du médecin exerçant en milieu universitaire.

À cet égard, nous comprenons que l'on puisse vouloir préciser davantage la répartition de certaines tâches. Nous nous questionnons toutefois sur les modalités d'application d'un tel concept que l'on cherche à appliquer non seulement de façon globale à tout un établissement, mais également à chaque médecin de façon individuelle.

Nous nous questionnons également sur les intentions du ministre. Nous devons rappeler qu'en vertu de la loi, les médecins exerçant en établissement bénéficient d'une protection contre toute atteinte à l'exercice de leurs privilèges ou à leur remise en question lors de leur renouvellement pour des raisons autres que celles spécifiées dans la loi. Or, la Fédération rejette toute remise en question de ce principe durement acquis par les médecins. Ainsi, nous nous opposons donc à ce que le renouvellement des privilèges des médecins puisse être une occasion de modifier significativement la répartition des tâches d'un médecin, ce qui constituerait à ce moment, l'équivalent d'un refus de renouvellement de nomination.

Également, ce type de modification ne doit pas viser à forcer l'instauration de plans de pratique en milieu universitaire sans l'accord et la participation des médecins. Ainsi, on ne saurait tenter d'imposer de nouvelles tâches à un médecin déjà en exercice, sans qu'il n'y consente. L'instauration d'un plan de pratique doit se faire par adhésion volontaire, en connaissance de cause et avec les ingrédients nécessaires après entente et non imposée par voie législative.

#### Organisation régionale de la médecine spécialisée

La Fédération favorise l'organisation des services spécialisés sur une base régionale et à cet effet a proposé la mise en place d'une Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée : nos propositions des dispositions visant la création de ce comité se retrouvent à l'Annexe I. La FMSQ souhaite que cette table des chefs soit reconnue à part entière et ne constitue pas un simple sous-comité de la Commission médicale régionale (CMR) : la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée se rapporterait directement au conseil d'administration de l'agence de développement régional. En conséquence de la création de cette Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée et de l'existence des DRMG, il devient approprié d'abolir la Commission médicale régionale.

La loi devrait prévoir un mécanisme de rencontres entre le département régional de médecine régionale (DRMG) et la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée afin qu'ils puissent

discuter de questions d'intérêt commun. La loi devrait prévoir une rémunération pour le travail effectué par les médecins dans l'exercice de leurs fonctions au sein de la Table des chefs.

Question de représentativité, la FMSQ demande qu'un représentant de la Table des chefs de départements en médecine spécialisée fasse partie du conseil d'administration chargé d'administrer les affaires d'une agence. Il serait conséquent qu'il y ait également au conseil d'administration de l'agence un représentant des DRMG.

## **2. Les réseaux universitaires intégrés de santé**

Le projet de loi introduit les bases juridiques des réseaux universitaires intégrés de services (RUIS). Si la FMSQ comprend bien la place des universités dans la planification et surtout dans la formation des étudiants et des résidents qui viendront ultérieurement constituer les effectifs médicaux et dispenser les soins, elle tient cependant à rappeler que traditionnellement, les universités et les doyens n'étaient impliqués dans l'organisation de la prestation des soins médicaux et de santé. La création des RUIS semble viser une obligation d'imputabilité et de responsabilisation des milieux universitaires dans la prestation des soins médicaux et dans la prévention des ruptures de services. Cette attente du législateur apparaît légitime, mais l'établissement de nouvelles structures complexes ne risque-t-il pas au contraire d'alourdir le processus en introduisant de nouveaux intervenants dont le rôle traditionnel n'est pas celui de la prestation des soins? La FMSQ se questionne donc sur l'ajout de ce nouvel interlocuteur et du rôle exact qu'il sera appelé à jouer; elle se questionne notamment de façon importante sur les deux éléments suivants :

### Le rôle des RUIS concernant la prévention de ruptures de services

Les représentants du MSSS reconnaissent un besoin en effectifs médicaux dans l'ensemble des spécialités, avec un déficit actuel de plus de 1 000 médecins. Ces pénuries d'effectifs de la médecine spécialisée se font sentir de façon importante en milieu universitaire où les obligations des médecins sont non seulement cliniques, mais s'étendent également à l'enseignement, la recherche et les tâches administratives. Les médecins spécialistes de ces établissements universitaires, dispensant des soins de troisième et de quatrième lignes, ne peuvent être tenus responsables ultimes de la prévention de toute rupture de services dans un territoire arbitrairement imposé, particulièrement pour les services de première et de deuxième lignes. Dans un contexte de main-d'œuvre médicale insuffisante et de ressources financières difficiles, on ne peut penser régler par magie toutes les ruptures de services par la création d'une nouvelle structure administrative.

La FMSQ souscrit bien sûr à cette volonté du législateur de vouloir prévenir ou minimiser ces ruptures, mais exprime certaines craintes et des suggestions.

- Cette prévention de ruptures de services doit continuer à se faire par le biais d'un partenariat entre médecins et professionnels, agences, CSSS, MSSS, par la mise en place d'incitatifs et non par la coercition.
- Elle doit tendre à améliorer ce qui doit être amélioré et respecter ce qui fonctionne : certains corridors privilégiés de services existent déjà et sont fonctionnels depuis des années et ne devraient pas être bousculés.
- Elle évitera une sectorisation extrême : un découpage d'autorité de la province en quatre portions dans un but de prestation de soins est risqué s'il ne respecte pas certaines réalités : par exemple, il existe des voies de communication terrestres, ferroviaires et aériennes qui font que les populations se déplacent dans un sens ou dans un autre; il existe des affinités entre certaines régions et certaines villes (Gaspésie – Montréal) qui ne seront pas modifiées instantanément par un tel découpage. Cette approche populationnelle ne devrait pas être imperméable à ce qu'une région donnée soit en relation avec plusieurs centres hospitaliers universitaires (CHU) pour des services différents. Il faut éviter les cloisons territoriales qui résulteraient en des doublages de plateaux techniques et d'activités



tertiaires et quaternaires qui auraient plutôt intérêt à être concentrées en un ou deux centres d'excellence, comme celles de l'unique CHU mère enfant.

- Du côté de la contribution des établissements à l'offre de services, la prévention de ruptures de services doit s'inscrire dans le contexte du financement actuel des établissements de santé, avec une loi qui rappelle que les établissements doivent donner des services en fonction de leurs ressources et ne peuvent dépenser au-delà du budget qui leur est accordé. On ne peut donc s'attendre à une contribution illimitée de leur part.

Nous rappelons ici le rôle actuel majeur de la FMSQ et de ses associations professionnelles affiliées dans ce processus de prévention de ruptures de services : on se demande comment le comité de direction d'un RUIS pourrait intervenir ici efficacement. Car si la prévention d'une rupture de services à moyen ou long terme nécessite effectivement une planification dans le même sens, la prévention de la rupture de services à court terme est plutôt un exercice quasi quotidien à l'échelle du territoire québécois, nécessitant un monitoring constant entre les médecins et les établissements et une excellente connaissance des milieux. Même si cette fonction n'était pas inscrite au départ dans les responsabilités des fédérations, la FMSQ et ses associations affiliées ont mis sur pied divers mécanismes pour favoriser le soutien aux régions et le remplacement, dont une banque de remplaçants et un réseau de communication; la FMSQ a à son emploi du personnel de soutien dont la seule fonction est de recevoir quotidiennement des demandes de remplacement tant des établissements que du ministère et de combler des postes médicaux laissés à découvert. L'intervention des universités dans cette fonctionnalité quotidienne non seulement ne nous apparaît pas souhaitable, mais nous apparaîtrait comme un dédoublement de rôles coûteux et improductif, à la fois pour le système et pour les universités, et, répétons le, dans la couverture des première et deuxième lignes.

#### La représentativité médicale

Tel que décrit dans le projet de loi, le comité de direction d'un RUIS souffre d'une représentation médicale inadéquate : si tous les directeurs généraux des établissements qui composent ce réseau se doivent d'être représentés au comité, nous demandons qu'il en soit de même pour tous les présidents des CMDP de ces mêmes établissements.

La FMSQ réitère sa requête d'être elle-même représentée à la Table de coordination des RUIS. La Table de coordination des réseaux universitaires intégrés de santé sera appelée à se prononcer sur diverses questions qui touchent la médecine spécialisée, interpellent les médecins spécialistes et sur lesquelles la FMSQ intervient continuellement à la demande non seulement de ses membres, mais également à la demande du MSSS. C'est à ce titre de représentante de l'ensemble des médecins spécialistes du Québec, incluant les universitaires, qu'elle croit légitime d'être présente à la Table de coordination.

En ce qui a trait aux plans d'effectifs médicaux universitaires (PEMU), nous estimons depuis longtemps qu'ils n'ont pas encore été établis de manière satisfaisante et devraient l'être : ceci traduirait une reconnaissance des besoins des établissements universitaires et permettrait d'établir leur crédibilité dans leurs demandes d'effectifs et de faire la démonstration d'une pénurie, le cas échéant.

### **3. Les conseils d'administration et les modalités relatives aux élections**

Les modalités relatives aux élections des conseils d'administration constituent un élément qui est en constante modification. La Fédération ne cherche pas à s'immiscer dans tous les détails de la représentativité, mais veut plutôt s'assurer que les conseils puissent œuvrer de façon autonome et qu'ils soient dépolitisés le plus possible. Nous aimerions exprimer ici nos commentaires sur les sujets suivants, à savoir :

- La représentativité médicale au sein d'une instance locale: qu'au conseil d'administration d'une instance locale exploitant un CHSGS, le représentant du CMDP soit un médecin spécialiste, étant donné qu'un médecin omnipraticien représentant du DRMG y siège déjà;
- La modalité de comblement des vacances au conseil d'administration : que la vacance qui survient suite au départ du représentant d'un CMDP soit comblée par un autre représentant élu par les membres du CMDP et non pas par les autres membres du conseil d'administration;
- La représentativité médicale au sein de l'agence : qu'avec l'abolition de la CMR, la représentativité médicale au sein de l'agence soit assurée par deux médecins, dont un qui représente le DRMG et un qui représente la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée, ce dernier étant nommé à partir d'une liste fournie par le comité de direction de la Table régionale.
- Les postes de président ou vice-président du conseil d'administration de l'agence : il ne devrait pas y avoir de dispositions empêchant les médecins du territoire de l'agence de cumuler ces fonctions. Les médecins sont des citoyens à part entière, avec une meilleure connaissance du système de soins que la grande majorité de la population pourtant éligible. Vouloir contribuer au bien commun est-il perçu comme un conflit d'intérêts? Cette disposition nous apparaît injuste, voire inique.

## **B) LA QUALITÉ DES SERVICES**

### **1. Les mesures touchant les résidences privées**

Les modifications apportées par le projet de loi nous semblent appropriées : nous ne désirons pas les commenter.

### **2. Les mesures reliées à l'examen des plaintes**

Ce projet de loi n° 83 accorde une place importante au traitement des plaintes et le législateur semble décidé à y consacrer des ressources importantes. Que les plaintes reçoivent attention et surtout qu'elles amènent correction au problème qui les a suscitées, cela va de soi. Mais il est bon de rappeler que le dernier résultat que les prestataires de soins de santé veulent obtenir est bien celui de recevoir une plainte : leur but est plutôt la satisfaction des bénéficiaires et les prestataires préféreraient que d'importantes ressources soient plutôt dévolues à la prévention des plaintes par la production de services de qualité. Or, si les plaintes des usagers peuvent être en rapport avec les actes ou les attitudes de certains prestataires, elles émanent plus fréquemment de problèmes systémiques, dont un manque de ressources humaines et matérielles. Il nous importe donc de souligner que les efforts devraient plutôt être mis sur une garantie de ressources suffisantes pour la prestation de soins de santé de qualité plutôt que sur un traitement exemplaire des plaintes. Le législateur devrait viser avant tout un niveau de qualité de soins qui engendrerait le minimum, voire l'absence de plaintes des usagers.

Tout en reconnaissant le bien-fondé de la nomination d'un commissaire aux plaintes pour chaque établissement, nous nous étonnons, étant donné la taille très variable des établissements, que le commissaire local, et le commissaire local adjoint s'il y a lieu, doivent exercer leurs fonctions à titre exclusif ; est-ce que ceci signifie la création d'un minimum de 95 nouveaux postes hospitaliers ? Nous nous inquiétons de l'impact budgétaire d'une telle mesure, particulièrement dans le contexte d'une loi anti-déficit.

Quant au comité de vigilance responsable d'assurer le suivi des recommandations du Commissaire local aux plaintes ou du Protecteur des usagers, nous avons déjà exprimé notre appui lors d'une comparution antérieure sur le projet de loi n° 113, visant une prestation sécuritaire des soins.

## C) L'INFORMATISATION ET LA CIRCULATION DE L'INFORMATION CLINIQUE

### 1. La conservation des données sur une base régionale

Une banque de données est mise en place afin de fournir aux intervenants habilités de l'information pertinente et à jour sur les renseignements de santé d'une personne. La conservation des renseignements prescrits nécessite le consentement de l'utilisateur, lequel est exprimé pour une durée maximale de cinq ans et est manifesté par écrit à une instance locale ou à un professionnel de la santé qui, à son tour, doit en informer la Régie. Il en est de même lorsque l'utilisateur révoque son consentement, ce qui peut être fait en tout temps. La conservation des renseignements est assurée au niveau de chacune des agences ou au sein d'un établissement situé sur le territoire d'une agence.

#### La conservation de données sur une base régionale ou centrale

Nous reprenons ici l'opinion exprimée dans notre mémoire à la Commission des affaires sociales en février 2002, sur les vertus de la carte santé : *...nous souhaitons insister sur notre appui indéfectible à tout projet d'informatisation du réseau qui aurait pour effet de permettre l'intégration des divers lieux de prestation de services de santé et la transmission d'informations cliniques visant à optimiser la prestation des soins pour nos patients.*

Nous approuvons donc la volonté du législateur de créer une banque de renseignements et croyons que les catégories de renseignements proposées à l'article 520.9 constituent une bonne base du dossier patient partageable sous forme électronique. À savoir si ces données devraient être conservées en un lieu unique ou décentralisées en de multiples agences régionales, cette décision devrait être prise sur des bases économiques et fonctionnelles, pourvu que ces données soient utilisées à des fins cliniques et non à des fins administratives ou de contrôle. L'accès à un dossier électronique partageable apporte précision, exactitude, efficacité et rapidité, en temps opportun. Pour que cet échange de données soit fonctionnel et apporte une plus-value pour les patients et leurs médecins, on doit favoriser la participation de tous, patients et médecins, établissements et cabinets privés inclus. Plusieurs aspects du projet de loi soulèvent des questions.

#### Le consentement du patient

À l'instar de plusieurs provinces canadiennes où l'utilisation de renseignements sans consentement est permise aux fins de traitement, nous nous demandons si tous les assurés au sens du Régime d'assurance maladie du Québec ne devraient pas être inscrits par défaut à la banque de renseignements et bénéficier de la possibilité d'avoir au moins une partie de leur dossier médical sous forme électronique partageable. Les modalités de conservation des informations médicales pourraient être expliquées aux bénéficiaires lors du renouvellement quinquennal de la carte d'assurance maladie, tout comme les moyens déployés afin d'assurer la confidentialité des données. L'utilisateur doit être rassuré à l'effet que toutes les mesures sont prises pour assurer la confidentialité de ses renseignements personnels et que cette sécurité est égale ou supérieure à ce qu'elle était sur le support papier, lequel n'inspirait pas de craintes particulières aux patients lors de partage de renseignements entre les intervenants habilités.

Le projet de loi rend obligatoire le renouvellement de consentement aux cinq ans, à défaut de quoi certains renseignements pourraient être perdus. Nous croyons que c'est là rendre un mauvais service aux usagers. En cas d'inscription par défaut ou en cas de consentement volontaire, on pourrait simplement rappeler aux usagers l'existence de cette banque de renseignements à haute sécurité.

L'adhésion et la participation des médecins : pour l'ensemble des médecins, la mise en place et l'utilisation des banques de données régionales peut entraîner plusieurs obligations et occasionner divers coûts, particulièrement en cabinet privé. L'adhésion des médecins doit être volontaire et tous les coûts reliés à cette adhésion doivent être compensés par le gouvernement afin de favoriser l'adhésion des médecins et le fonctionnement du système.

Afin d'être un intervenant habilité pour utiliser les actifs informationnels du réseau ou de la RAMQ (520.3.3), le projet de loi stipule qu'un médecin doit obtenir un certificat. S'il n'a pas de certificat, il n'est pas un intervenant habilité et ne serait pas touché par l'obligation de transmettre les renseignements visés à l'article 520.9. Dans ce cadre juridique ne prévoyant pas d'aide financière ou matérielle pour l'informatisation des cabinets médicaux, mais prévoyant des pénalités sévères en cas de défaut à transmettre des renseignements prescrits, le médecin serait-il tenté de ne pas faire de demande de certificat? Nous préférons des dispositions incitatives sous forme d'aide à l'obtention du certificat, à l'achat de matériel informatique et de compensation monétaire avec conclusion d'une entente à cet effet. D'ailleurs, le législateur prévoit que les établissements auront besoin de l'aide des agences pour ce qui est des services d'installation, d'entretien et de réparation de tout support technologique utilisé, particulièrement dans le cas du dossier d'un usager. Nous demandons qu'il en soit de même pour les médecins en cabinet privé.

L'utilisation du système sera dépendante de sa convivialité et de sa facilité d'utilisation. Le médecin habilité y trouvera son compte s'il accède à la banque de données par le biais d'un guichet unique et que son patient est identifié par un numéro unique. Il ne serait pas acceptable d'avoir un accès central dont le seul rôle serait d'indiquer qu'il existe 1, 3 ou 6 guichets régionaux à consulter séparément. Si les renseignements visés à l'article 520.9 ne peuvent être tous mis dans un fichier unique, il importe alors que les différents fichiers régionaux soient accessibles le plus facilement possible, par des hyperliens.

Les obligations des médecins habilités : rappelons que les médecins sont d'abord là pour soigner, qu'ils sont en contexte de pénurie, que leur temps est donc précieux et qu'on ne doit pas mettre en place un système qui leur occasionne des tracas administratifs additionnels. Sur les différentes obligations qui incombent au médecin en vertu de ce système, nous formulons les commentaires suivants :

- *Gestion de l'obtention ou révocation du consentement du patient* : dans le cas où le projet de loi serait modifié et autoriserait l'inscription par défaut, l'obtention du consentement ne serait plus nécessaire, l'accès aux renseignements étant contrôlé par la certification obligatoire des intervenants habilités. Si au contraire le législateur tient à ce qu'il y ait une adhésion volontaire de chacun des usagers assurés au sens de l'assurance maladie, il y a alors obligation de gérer l'obtention d'un consentement pour chaque patient. Dans les cas où un médecin recevrait à son cabinet un patient qui n'aurait pas encore exprimé son consentement à l'instance locale, ledit médecin serait responsable d'informer ce patient eu égard aux objectifs et finalités poursuivis et des modalités de fonctionnement de la conservation numérique des données à son sujet, d'obtenir son consentement et de le transmettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec. On comprend que c'est vraisemblablement à son médecin traitant que le patient préférera accorder son consentement, en vertu d'un lien de confiance déjà établi. Mais ce processus sera coûteux, en temps et en ressources technologiques nécessaires, et ne peut se faire sans compensation. Même chose pour la révocation, s'il y a lieu. En établissement, cette tâche doit revenir au personnel et ressources du milieu et il importe que le médecin soit soustrait aux obligations de transmission qui lui sont imposées en cabinet.

Quant à la révocation du consentement, elle peut paraître en soi tout à fait légitime, mais elle est susceptible de causer d'importants problèmes de fonctionnement de prestation de soins et de sérieux préjudices à l'usager. Un fonctionnement optimal du système suppose une adhésion idéale de tous les usagers. C'est un bris de confidentialité, réel ou appréhendé, qui amènerait vraisemblablement un patient à révoquer son consentement. On devrait viser à ce que la révocation du consentement soit un processus d'exception en informant les usagers que les précautions nécessaires sont prises pour préserver la confidentialité des renseignements et que l'accès en est restreint.

- *Transmission de l'information* : les renseignements visés à l'article 520.9 nous apparaissent raisonnables et leur connaissance par le médecin sera utile dans la prestation des soins. Mais comment et à quel coût le médecin s'acquittera-t-il de l'obligation qui lui est faite de les transmettre à

l'agence? En centre hospitalier, cette obligation devrait être remplie par les ressources humaines et informatiques de l'établissement : les laboratoires, les services d'imageries et les pharmacies transmettront chacun les résultats de leurs interventions respectives. En cabinet, cette obligation devra être assortie d'une mise à disposition de la technologie nécessaire et d'honoraires, soit compensatoires pour le médecin pour le temps passé à des fonctions autres que médicales, soit encore pour rémunérer le personnel de soutien supplémentaire requis par cette nouvelle obligation.

Par ailleurs, on se questionne sur les cas d'exemption. Deux articles à cet effet ne nous renseignent pas : l'article 520.15 : *Toutefois, un intervenant visé au premier alinéa n'est pas tenu de transmettre ces renseignements dans les cas, conditions ou circonstances prévus par règlement du gouvernement pris en application du paragraphe 24.4° de l'article 505 et l'article 505.24.4° : exempter, dans les cas, conditions et circonstances qu'il indique, un intervenant ... de l'obligation de transmettre une copie des renseignements visés à l'article 520.9 ...*

- *Obligation de confidentialité* : il faut s'assurer obliger les médecins, particulièrement en cabinet, à mettre en place des moyens extraordinaires de protection de confidentialité, autres que ceux qui existent déjà et prévus pour la protection des renseignements dans leur forme actuelle de conservation.
- *Obligation d'assistance* : il ne devrait pas incomber au médecin d'assister les patients pour la compréhension de l'information contenue au dossier régional. Le dossier électronique n'est que le prolongement moderne du dossier médical papier de l'utilisateur; le comportement de l'utilisateur et les obligations du médecin ne devraient pas être modifiés par un simple changement de support ou de manière de le transmettre. Ainsi, si le patient est en droit de poser toutes les questions à son médecin lors de sa consultation, il n'est pas d'usage courant que les médecins soient interpellés, soit pour informer un patient de l'existence d'un dossier à son sujet, soit pour éclairer un patient demandant à consulter son dossier médical personnel, soit au service des archives d'un établissement, soit au cabinet du médecin. Nous comprenons mal l'inquiétude du législateur vis-à-vis une situation hypothétique et exceptionnelle. Nous demandons que les mots *ainsi que tout intervenant habilité* soient biffés de l'article 520.21
- *Pénalités* : nous comprenons bien que des pénalités soient prévues pour un usage non autorisé, frauduleux ou criminel de données médicales confidentielles des malades par un médecin ou tout autre intervenant habilité : seules ces infractions devraient s'assortir de pénalités. Des amendes personnelles proposées de 6 000 \$ à 30 000 \$ en cas de non-respect de l'article 520.15, concernant le simple défaut de transmission des renseignements visés à l'article 520.9, nous apparaissent totalement exagérées et devraient être retirées du projet de loi, surtout si ce défaut de transmission se produit dans un contexte d'omission, d'oubli ou d'erreur dans une pratique médicale par ailleurs de bonne foi. De telles menaces ne sont pas de nature à inciter les médecins à demander la délivrance d'un certificat requis pour utiliser les actifs informationnels du Réseau de la santé et des services sociaux ou de la Régie de l'assurance maladie du Québec (520.3.3).

## 2. L'encadrement de la circulation de l'information dans les réseaux locaux de services

De façon générale, la Fédération est satisfaite de voir que le ministre veuille améliorer l'accès au dossier du patient : il nous apparaît important d'assurer une meilleure circulation de l'information dans l'établissement, entre les différents établissements et vers les médecins impliqués dans le traitement du patient. Mais l'examen des dispositions démontre encore un manque de flexibilité : on parle de communication de renseignements pour des patients dirigés ou transférés, mais les dispositions ne semblent pas s'appliquer lorsqu'un patient consulte un médecin de son propre chef, situation la plus fréquente.

On doit donc apporter les modifications qui s'imposent afin de favoriser l'accès, par un professionnel de la santé, à tout renseignement de santé concernant un patient qui le consulte.

## II. COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES

La Fédération souhaite maintenant faire part de divers commentaires spécifiques eu égard aux dispositions du projet de loi n° 83.

Articles 19.0.3 et 19.0.4

Ces articles devraient être modifiés afin d'assurer la communication des renseignements d'un usager à tout moment où ceux-ci sont nécessaires à un professionnel de la santé et non seulement dans les cas de transfert ou de prise en charge. À titre d'exemple, un patient peut consulter un médecin en cabinet ou dans un établissement sans qu'il n'y ait nécessairement de transfert ou de prise en charge par ce médecin. Également, la référence à une instance locale à l'article 19.0.3 s'avère trop restreinte et devrait être remplacée par une référence à un établissement.

Article 99.3

Qui est visé exactement par la notion d'intervenant? Quel est l'impact sur les médecins exerçant en cabinets privés? Comment peut-on assurer de façon continue l'accès? Ces termes doivent être modifiés afin de se lire plutôt comme suit : « afin de favoriser, pour la population du territoire de ce réseau, l'accès continu à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés ».

Article 99.5 (quatrième alinéa)

L'utilisation du terme « partenaires » est nouvelle dans la loi. Qui sont exactement ces partenaires? Est-ce que cela inclut les médecins exerçant en cabinets privés? La référence à « les contributions attendues » devrait être remplacée par « les contributions souhaitées ».

De plus, au dernier alinéa, la référence à « et s'assurer de leur participation » devrait également être remplacée par « et favoriser leur participation ».

Article 99.7

Au deuxième alinéa, l'obligation d'instaurer des mécanismes ou de conclure des ententes s'avère, encore une fois, trop restrictive et devrait être modifiée afin de prévoir plutôt « favoriser l'instauration de mécanismes ou la conclusion d'ententes de services avec (...) ».

Article 108.1

Au troisième alinéa une référence doit être faite au quatrième alinéa de l'article 108 afin d'assurer qu'une entente de télésanté n'aura pas pour effet d'octroyer l'exclusivité de services professionnels ou d'empêcher le recrutement de professionnels conformément aux besoins prévus dans les plans d'effectifs médicaux. Ainsi, le troisième alinéa devrait se lire « les troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article 108 s'appliquent à une telle entente ».

#### Article 109

Le premier alinéa de cet article devrait être remplacé par le suivant :

« Lorsqu'elle concerne la prestation ou l'échange de services médicaux, une telle entente doit indiquer le nom des médecins ou dentistes qui ont accepté d'y participer ».

#### Article 129 (quatrième alinéa)

La référence à « une personne désignée » doit être remplacée par « un médecin spécialiste désigné », et ce, afin d'assurer que la représentativité médicale au sein du conseil d'administration d'une instance locale ou d'un établissement exploitant un centre hospitalier ne soit pas de deux omnipraticiens, mais d'un médecin omnipraticien du DRMG et d'un médecin spécialiste du CMDP, dans tous les cas possibles.

#### Article 184

Nous nous questionnons sur les modalités d'application d'un tel article et de quelle façon le plan peut indiquer la répartition des tâches entre les médecins.

#### Article 346.1, deuxième alinéa

La référence à « et s'assurer de la collaboration des intervenants des autres secteurs d'activités » devrait être modifiée afin de prévoir plutôt « et favoriser la collaboration des intervenants des autres secteurs d'activités ».

#### Articles 369 à 370.0.3

Ces articles devraient être abrogés afin de traduire l'abolition de la Commission médicale régionale.

Également, toute référence dans la loi à la Commission médicale régionale doit être remplacée par une référence, selon le cas, à la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée ou, à la fois, à cette Table régionale et au DRMG.

#### Article 397

L'organisation des services médicaux d'une région reposant à la fois sur les services médicaux généraux et sur les services médicaux spécialisés, il importe de traduire l'importance de ces deux volets de l'organisation en permettant la présence de deux représentants médicaux au sein du conseil d'administration d'une agence, soit un membre du DRMG et un membre de la Table régionale des chefs de départements en médecine spécialisée.

De plus, nous nous opposons à ce que ce membre soit nommé au seul choix du ministre, puisqu'il s'agit là d'une ingérence politique injustifiable. Nous demandons donc de préserver le mode de nomination actuel et que chacun des membres médecins soit nommé à partir d'une liste de noms fournie respectivement par le DRMG et la Table régionale des chefs de départements en médecine spécialisée.

#### Article 401

Afin d'assurer que les vacances au conseil d'administration de l'agence soient comblées suivant les règles de nomination du nouvel article 397 et non par le ministre, les modifications apportées à cet article devraient être écartées et cet article devrait demeurer dans sa forme actuelle.

## Article 403

La Fédération se surprend que l'on veuille empêcher que les médecins siégeant au conseil d'administration d'une agence soient élus à titre de président et vice-président du conseil d'administration. Lorsque l'on considère leur expertise, cette modification s'avère injustifiable. Par conséquent, les modifications apportées à cet article devraient être mises de côté et cet article devrait être maintenu dans sa forme actuelle.

## Article 417.2

Vu la disparition dans la loi de toute référence au plan régional d'organisation des services, la référence à cet article au plan régional d'organisation des services médicaux généraux devrait être corrigée.

## Articles 417.7 à 417.9

Ces articles devraient être numérotés 417.15 à 417.17 afin de permettre l'insertion des articles 417.7 à 417.14 concernant la Table régionale des chefs de départements en médecine spécialisée, lesquels articles sont proposés dans l'annexe ci-jointe.

## Article 436.2

Cet article devrait être modifié afin de permettre une représentation médicale clinique au sein du comité de direction d'un RUIS, et ce, en assurant la présence du président du CMDP de tous les établissements qui composent le RUIS.

## Article 436.7

Cet article doit être modifié afin d'enlever l'obligation qui y est faite à chaque établissement d'un RUIS de desservir les autres établissements du territoire de desserte. Afin de favoriser cet objectif, on doit éviter le recours à un libellé coercitif et favoriser plutôt de telles contributions en incitant les médecins à y participer.

## Article 436.8

Cet article devrait être modifié afin de prévoir une représentation médicale autre qu'académique à la Table de concertation. De façon à reconnaître le rôle de la FMSQ, nous demandons à ce qu'une personne désignée par la FMSQ puisse y siéger.

## Article 520.3.2

Un *système d'imagerie diagnostique partagé* n'est pas une terminologie utilisée couramment et pourrait porter à confusion; il pourrait désigner ici un ensemble de modalités diagnostiques (rayons x, ultrasons, résonance magnétique, médecine nucléaire) pour produire des examens. Si le législateur désigne plutôt ici un système d'archivage et de communication, connu en anglais sous l'acronyme de PACS (Picture and Archiving Communication System), la terminologie trop générique de *systèmes d'imagerie diagnostique partagés* devrait être remplacée par *système d'archivage et de communication des examens d'imagerie*.



## **CONCLUSION**

La Fédération des médecins spécialistes du Québec vous réitère sa disponibilité pour discuter des questions soulevées et des avenues de solutions envisageables. Nous vous remercions de nous avoir permis de partager avec vous nos réflexions et sommes disposés à répondre à vos questions.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Québec. Assemblée nationale. Projet de loi no 83. Québec : Éditeur officiel du Québec; 2004.

## ANNEXE I

### SECTION VII

#### TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENTS DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

417.7 Il est institué, pour chaque région du Québec où le gouvernement institue une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, une table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée.

Cette table est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de départements dans un établissement situé sur le territoire de l'agence.

Toutefois, pour la région de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, deux tables régionales sont instituées, soit une pour chacun des territoires de RUIS.

417.8 La table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée est responsable envers le conseil d'administration de l'agence :

- 1° de donner son avis sur le plan d'organisation des services médicaux spécialisés;
- 2° de donner son avis sur la partie du plan régional des effectifs médicaux en spécialité qui doit être élaborée conformément à l'article 377;
- 3° de donner son avis sur la mise en place d'un réseau d'accessibilité aux services médicaux spécialisés;
- 4° de donner son avis sur le renouvellement, le déploiement et le développement des équipements médicaux spécialisés et de la télémédecine;
- 5° de donner son avis sur l'atteinte des objectifs relativement au plan d'organisation des services médicaux spécialisés et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins spécialistes;
- 6° de donner son avis sur tout projet concernant la prestation des services médicaux spécialisés;
- 7° de donner son avis sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- 8° de donner son avis sur toute autre question qui lui est soumise par le président-directeur général de l'agence de développement de réseaux locaux relativement aux services médicaux spécialisés.

417.9 Les responsabilités de la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée sont exercées par un comité de direction formé des membres suivants :

- 1° Trois membres élus par et parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de départements dans trois des domaines cliniques mentionnés à l'article 417.10, lesquels membres forment le comité exécutif.

- 2° Selon la région visée, de 4 à 7 membres, nommés par les membres visés au paragraphe 1°, parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de départements de chacun des autres domaines cliniques mentionnés à l'article 417.10.
- 3° Le président-directeur général de l'agence ou le médecin spécialiste qu'il désigne à cette fin.

417.10 Le comité de direction est composé d'un membre de chacun des domaines cliniques suivants :

- la médecine
- l'anesthésiologie
- la chirurgie
- l'obstétrique-gynécologie
- la pédiatrie
- la psychiatrie
- la médecine de laboratoire, regroupant les disciplines de l'anatomopathologie, de la biochimie, de la génétique, de l'hémo-oncologie et de la microbiologie-infectiologie
- l'imagerie médicale, regroupant les disciplines de la médecine nucléaire et de la radiologie diagnostique.

Toutefois, pour la région de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, on ne compte qu'un membre pour l'ensemble des domaines cliniques de la médecine de laboratoire et de l'imagerie médicale.

De plus, pour la région de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, de Québec, de Sherbrooke et de la Montérégie, s'ajoutent à chacun des comités de direction institués par RUIS, deux autres membres, soit un pour chacun des domaines cliniques de la médecine et de la chirurgie.

Finalement, dans les régions où il y a une faculté de médecine, s'ajoutent au comité de direction un membre nommé par le doyen de la faculté de médecine ainsi qu'un résident en médecine, ce dernier participant à titre d'observateur.

417.11 La Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée est dirigée par un chef désigné par les membres du comité de direction parmi les personnes élues en vertu du paragraphe 1 de l'article 417.9 et dont la désignation est approuvée par le conseil d'administration de l'agence de développement de réseaux locaux.

417.12 Les modalités d'élection et de nomination des membres du comité de direction et la durée de leur mandat sont déterminées par un règlement édicté par les chefs de départements réunis en assemblée générale convoquée à cette fin.

Ce règlement doit prévoir que la composition du comité de direction assure une représentation équitable des centres hospitaliers situés sur le territoire de l'agence de développement de réseaux locaux et que le membre qui perd son statut de chef de département peut néanmoins compléter la durée non écoulée de son mandat au comité de direction. Ce règlement entre en vigueur après avoir été approuvé par le conseil d'administration de l'agence de développement de réseaux locaux.

417.13 Le comité de direction de la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de sous-comités et leurs modalités de fonctionnement ainsi que la poursuite des fins du comité.

Ces règlements doivent prévoir qu'un chef de département peut se faire remplacer par un membre de son département.

Ces règlements peuvent également prévoir les modalités suivant lesquelles l'exercice de tout ou partie des responsabilités attribuées au comité de direction peut être confié au chef de la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée. Ils entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration de l'agence de développement de réseaux locaux.

## **SECTION VIII**

### **TRAVAUX CONJOINTS**

- 417.14 Dans le but de favoriser l'organisation des services médicaux de leur région, les membres du comité de direction du département régional de médecine générale et du comité de direction de la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisé se rencontrent afin de discuter de questions d'intérêts communs.

La convocation d'une rencontre est effectuée de concert par le chef du département régional de médecine générale et le chef de la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée.

2, Complexe Desjardins  
Porte 3000  
C.P. 216, succ. Desjardins  
Montréal (Québec) H5B 1G8

Tél. : (514) 350-5000  
Tél. : (514) 350-5175

Courriel : [communications@fmsq.org](mailto:communications@fmsq.org)

