

FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Mémoire

de la Fédération des médecins
spécialistes du Québec

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

Déposé à la Commission de la santé et des services sociaux

Le 17 mars 2015

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie!

Votre médecin spécialiste

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
PARTIE I DU PROJET DE LOI N° 20.....	5
Accès aux services de médecine spécialisée.....	5
LES FAUSSES PRÉMISSSES DU MINISTRE	6
Le bâton est requis plus que la carotte!.....	6
La productivité des médecins	8
L'APPROCHE MÉPRISANTE DU PROJET DE LOI N° 20	11
Les pouvoirs ministériels excessifs.....	11
Les pouvoirs réglementaires abusifs	11
Le ministre bafoue les droits des médecins.....	13
Le ministre rejette la collaboration des médecins	13
LES FINALITÉS DU PROJET DE LOI N° 20.....	14
Les opportunités délaissées	14
La médecine spécialisée et le projet de loi n° 20.....	16
L'accès aux consultations spécialisées pour la première ligne.....	16
La diminution des délais de consultation à l'urgence.....	17
La prise en charge de patients hospitalisés par certaines spécialités à titre de médecins traitants	17
L'élimination des listes d'attente de plus de six mois en chirurgie	18
LES CONSÉQUENCES DU PROJET DE LOI.....	18
LE MINISTRE FAIT FAUSSE ROUTE.....	19
LE MINISTRE DOIT S'ENGAGER	19
PARTIE II DU PROJET DE LOI N° 20.....	21
Modifications en matière de procréation assistée.....	21
MANDAT ET AVIS DU CSBE.....	21
GASPILLAGE DE FONDS PUBLICS.....	23
DES QUESTIONS SUBSISTENT ET DES PROBLÉMATIQUES DEMEURENT	23
ÂGE LIMITE	25
DES MESURES RESTRICTIVES.....	26

L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE27
FRÉQUENCE, INTENSITÉ ET QUALITÉ DES RELATIONS SEXUELLES28
RECOMMANDATIONS29
CONCLUSION30

INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) remercie la Commission de la santé et des services sociaux de l'occasion qui lui est offerte de s'exprimer 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, dans le cadre de ses consultations particulières. Ce projet de loi a été présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le 28 novembre 2014.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec a pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts des médecins spécialistes, membres de ses associations affiliées, sur le plan économique, professionnel, scientifique et social. La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe près de 10 000 médecins spécialistes, répartis dans l'une des 53 spécialités différentes et représentés par 35 associations médicales, chirurgicales et de laboratoire.

PARTIE I DU PROJET DE LOI N° 20

Accès aux services de médecine spécialisée

Les 13 et 27 novembre 2014, des rencontres ont eu lieu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dont le sous-ministre adjoint aux affaires médicales et universitaires et ceux de la FMSQ afin d'identifier de nouvelles voies pour favoriser l'accessibilité aux soins pour la population. Le nouveau gouvernement visait à améliorer le fonctionnement du système public de santé et c'est dans un esprit de collaboration que nous avons commencé à œuvrer en ce sens. Nous avons commencé les travaux avec l'aval de tous les présidents d'associations médicales affiliées à la FMSQ. Le lendemain de la deuxième rencontre, le vendredi 28 novembre, le ministre de la Santé présentait le projet de loi n° 20 devant l'Assemblée nationale : son projet de loi matraque. Un scénario digne de la nuit des longs couteaux! Ce projet de loi veut s'attaquer aux mêmes problématiques qui guidaient les rencontres entre la Fédération et les fonctionnaires, mais à une différence majeure : il renie le bien-fondé de la négociation et le partenariat avec les médecins spécialistes et adopte une approche coercitive en mettant en place des obligations unilatérales, des quotas et des pénalités!

Tous en conviendront, une pièce législative de cette nature et de cette portée ne s'écrit pas à la dernière minute, notamment lorsqu'elle implique que soient modifiées certaines dispositions fiscales. De toute évidence, ce projet de loi avait fait l'objet d'arrangements préalables avec le ministère des Finances et il était en préparation dans les officines gouvernementales depuis un bon moment. Insistons sur le fait qu'au jour même où ce projet de loi était présenté, le ministère des Finances publiait un bulletin d'information visant à « rendre publiques les différentes modifications qui seront apportées au crédit d'impôt remboursable pour le traitement de l'infertilité, au crédit d'impôt pour frais médicaux et au crédit d'impôt pour frais relatifs à des soins médicaux à la suite de la présentation du projet de loi n° 20 [...] ». L'exécutif a agi exactement comme si ce projet de loi avait d'ores et déjà été adopté et sanctionné.

Ainsi donc, les dés étaient joués à l'avance, tant pour les dispositions coercitives visant les médecins, omnipraticiens et spécialistes, que pour les dispositions terminales ayant trait au programme public de procréation assistée. Le ministre de la Santé, de concert avec son gouvernement, a choisi de mettre les médecins, comme la population, devant le fait accompli.

Une telle façon de procéder est hautement condamnable. Si le passé récent est garant de l'avenir, ce gouvernement étant majoritaire, la consultation à laquelle nous participons de bonne foi aujourd'hui risque fort de s'avérer inutile. Nous avons jugé qu'au final, les absents auront tort; nous profiterons de notre présence devant cette commission pour exprimer nos craintes aux parlementaires de tous les partis.

LES FAUSSES PRÉMISSSES DU MINISTRE

Selon le ministre de la Santé, le projet de loi n° 20 se justifie par la baisse de productivité des médecins et le défaut des mesures incitatives à produire des résultats. Pour ces raisons, selon lui, le temps de la « carotte » est révolu et celui du « bâton » est arrivé.

Le bâton est requis plus que la carotte!

Il importe de rappeler que, contrairement aux décennies antérieures où la négociation entre les médecins spécialistes et l'État visait l'octroi d'augmentations tarifaires, la dernière décennie de négociation a plutôt été marquée par l'affectation d'une partie des augmentations de rémunération des médecins spécialistes à la mise en place de mesures visant à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. Ainsi, une portion substantielle de ces augmentations a été identifiée à cette fin, et ce, tant en 2007 qu'en 2011.

Ce financement a permis de mettre en place plusieurs mesures basées sur des problématiques et des besoins clairement identifiés sur le terrain. Ces mesures ont donc contribué à l'atteinte d'objectifs spécifiques en termes de qualité et d'accessibilité des soins, dont :

- L'organisation d'un réseau solide de garde en disponibilité en centre hospitalier 24h/24h, 365 jours/an :
 - Environ 1 300 médecins effectuent la garde à tous les jours au Québec dans plus de 34 disciplines et 90 établissements;
 - L'an passé, 6 647 médecins ont ainsi participé à la garde pour un total de 747 317 gardes effectuées.
- La gestion des effectifs médicaux spécialisés :
 - Cette initiative de la Fédération pour le comité de gestion de effectifs médicaux spécialisés (COGEMS) a été mise en place afin d'améliorer la planification des besoins en effectifs et leur répartition sur le territoire du Québec;
 - Au cours des 10 dernières années, le nombre de médecins spécialistes a augmenté de plus de 30 % dans les régions éloignées et de 33 % dans les régions périphériques dont les régions du « 450 », améliorant ainsi les services à la population dans ces régions;
 - L'augmentation du nombre d'interventions chirurgicales : de 2006 à 2013, le nombre d'interventions chirurgicales est passé de 1 324 000 à 1 757 000, soit une augmentation de 33 %.
- La continuité des services dans divers établissements en pénurie d'effectifs grâce à des mesures de support et de remplacement :
 - En 2013-2014, près de 400 médecins ont effectué environ 15 000 journées de remplacement et de support dans les milieux en pénurie.
- La prévention des infections nosocomiales :

- Le protocole sur la table régionale de prévention d'infections nosocomiales a permis de partager de l'information et de contrôler différentes éclosions et d'assurer une couverture des activités dans les établissements où il n'y a pas de médecin microbiologiste infectiologue (CHSLD);
- De l'avis même du MSSS, on assiste à une diminution importante des taux d'infection au Québec, notamment pour le *C. difficile*, le SARM ou des infections découlant de la dialyse.
- Le soutien aux services de première ligne en santé mentale par le biais de médecins répondants en psychiatrie :
 - Cette entente a permis de supporter le fonctionnement du guichet d'accès en santé mentale, de diminuer les délais d'attente ainsi que d'éviter des consultations en psychiatrie;
 - Quelque 224 médecins psychiatres (sur un total de 1 000) y ont participé en 2013-2014 en offrant 3 769 demi-journées de soutien en santé mentale pour les adultes et les jeunes en CLSC et dans les cabinets de médecine familiale.
- L'amélioration de l'accessibilité aux soins pour certaines populations ciblées, par le biais de la télémédecine :
 - En 2014, plus de 1 500 téléconsultations ont été effectuées par un médecin spécialiste, par l'intermédiaire de la vidéo interactive, entre des sites québécois reliés par le réseau intégré de télécommunication multimédia.
- L'amélioration du processus de consultation entre professionnels de la santé par la mise en place de la consultation téléphonique :
 - En 2014, on constate plus de 123 000 consultations téléphoniques entre médecins, plus de 12 000 entre un pharmacien et un médecin et plus de 18 000 entre un autre professionnel de la santé et un médecin.
- L'amélioration des services en traumatologie par la mise en place de la fonction de chef d'équipe (Trauma Team Leader) :
 - Une étude récente a démontré que le Québec a l'un des systèmes de traumatologie parmi les plus performants au monde;
 - Le nombre de décès à la suite d'un traumatisme a diminué de plus de 25 % depuis les 15 dernières années et la durée de séjour est passé de 9,5 à 8 jours, ce qui représente une économie de 6,3 M\$ en 2012 seulement;
 - Selon cette étude : « Non seulement on sauve plus de vie, mais les patients ont une meilleure qualité de vie et sont plus fonctionnels après. »
- La coordination des transferts urgents en obstétrique et en néonatalogie :
 - En 2012-2013, 551 demandes de transfert ont été adressées au Centre de coordination en périnatalogie du Québec, dont 404 transferts maternels et 147 transferts néonataux;
 - Les interventions des coordonnateurs ont été essentielles lorsque l'accès aux lits de soins en néonatalogie était critique.
- La mise en place d'un projet pilote à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal visant l'augmentation des activités de prélèvement d'organes :
 - Bien que le rapport du comité d'étude du projet pilote mandaté par le MSSS n'ait pas encore été finalisé, l'information disponible démontrerait

que ce projet pilote a produit des résultats positifs et que le Québec pourrait être considéré comme un chef de file en prélèvement d'organes.

- Le développement de l'accès à la téléthrombolyse pour le traitement des accidents vasculaires cérébraux :
 - Mise en place d'une garde suprarégionale pour l'Est du Québec, en 2014, et pour l'Ouest du Québec, en 2015.

Tous ces investissements ont permis l'atteinte de résultats tangibles. En aucun moment depuis leur introduction, n'avons-nous eu de la part du MSSS quelconques reproches, critiques ou allusions quant au soi-disant échec de ces mesures. Ainsi, non seulement la Fédération a-t-elle accepté d'affecter des investissements importants à l'atteinte de résultats spécifiques, mais la réalité démontre en plus que ces investissements ont porté leurs fruits.

Dans ce contexte, il est d'autant regrettable d'entendre le ministre tromper les parlementaires et la population en affirmant que les mesures ciblées au cours des dernières années n'ont pas eu d'effets positifs ou que les augmentations consenties n'ont eu aucune valeur ajoutée. Le ministre devrait honnêtement reconnaître que le projet de loi n° 20 ne se justifie aucunement par les supposées failles de l'approche incitative, mais repose strictement sur sa volonté d'imposer ses vues avec une approche punitive.

La productivité des médecins

La baisse de productivité des médecins constitue l'autre prémisse invoquée par le ministre au support de l'approche préconisée par le projet de loi n° 20. Invoquant une étude du MSSS effectuée sans aucune consultation ou discussion, le ministre affirme que les médecins travaillent de moins en moins de jours et voient de moins en moins de patients.

En effet, en examinant la situation des médecins spécialistes québécois, qu'il soit permis de rétablir les faits et de corriger les affirmations trompeuses et biaisées. La réalité est plutôt la suivante :

- Les sondages canadiens sur les heures travaillées par les médecins démontrent une constance des heures travaillées par les médecins spécialistes québécois, laquelle ne résulte aucunement d'une quelconque manipulation qu'aurait pu encourager Gaétan Barrette autrefois;
- En 2013-2014, on dénombre environ 20 % de médecins spécialistes de plus qu'en 2006. Mais, au cours de cette période, la cohorte des médecins âgés de 60 ans et plus a connu une croissance de 30 %;
- En 2013-2014, les médecins spécialistes ont dispensé des millions de services additionnels à la population québécoise, dont des millions de visites médicales et des centaines de milliers de procédures, d'examen et de chirurgies de toutes sortes;

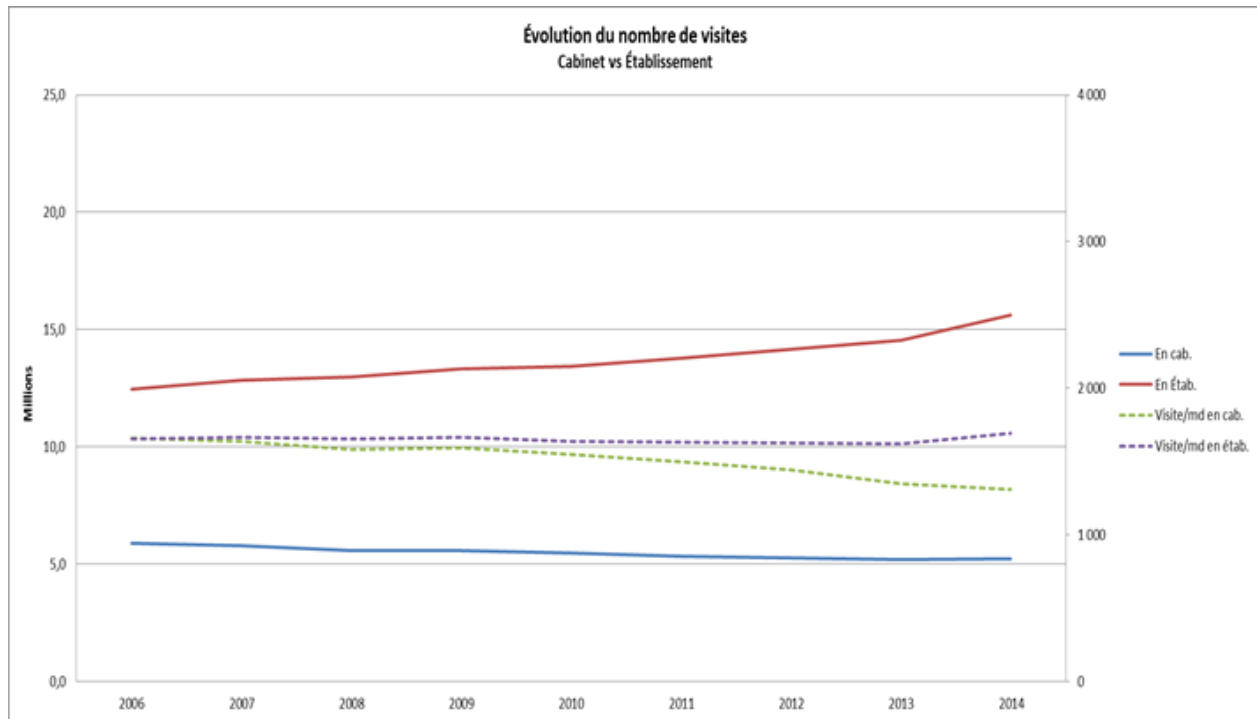
- Des centaines de milliers de patients de plus ont eu accès à un médecin spécialiste en 2013-2014 par rapport à 2005-2006.

Il s'agit là de la « vraie » réalité pour la population québécoise. L'étude du MSSS tente toutefois de l'occulter en utilisant des données *moyennes* par médecin, et ce, afin de prouver et d'alimenter la propagande qu'il fait circuler. Certaines précisions s'imposent à ce niveau.

D'abord, les données moyennes par médecin ne permettent pas de conclure à une baisse marquée de leur productivité comme le prétend le ministre. Bien au contraire, leur productivité globale s'est sensiblement maintenue et a même parfois augmenté en milieu hospitalier. Les baisses de productivité en médecine spécialisée se retrouvent principalement dans les cabinets médicaux et s'expliquent pour les raisons que nous expliquerons. Ainsi :

- Les médecins spécialistes ont travaillé en moyenne plus de 200 jours par année en 2014. Bien qu'il y ait une baisse globale de quelques jours par rapport à 2006, cette baisse se retrouve principalement dans les cabinets médicaux. Certaines spécialités ont d'ailleurs augmenté leur nombre de jours de travail;
- Le nombre moyen de services dispensés par médecin est stable et on constate même une augmentation du nombre de services en milieu hospitalier;
- Le nombre de patients vus par jour par médecin est également demeuré stable : il a légèrement augmenté en milieu hospitalier;
- Le nombre global de patients par médecin n'a que faiblement diminué et s'explique encore une fois par la baisse d'activités en cabinet puisque le nombre de patients a légèrement augmenté en milieu hospitalier.

L'analyse du nombre de visites effectuées par médecin au cours de la période 2006 à 2014 est un exemple éloquent du maintien de la productivité des médecins en milieu hospitalier. Toute baisse de productivité à laquelle prétend le ministre s'explique par l'activité dans les cabinets médicaux, comme le graphique en page suivante le démontre.



Note : dans ce tableau, le nombre de visites totales pour l'ensemble des médecins (lignes continues) est exprimé par l'échelle de gauche en millions de visites. Le nombre de visites moyennes par médecin (ligne pointillée) est exprimé sur l'échelle de droite en milliers de visites.

Il importe d'insister sur l'impact des milieux de soins quant à la productivité des spécialistes. Mentionnons que les milieux hospitaliers, où les médecins spécialistes exercent de façon principale, imposent des limites à leur productivité, que ce soit en termes de disponibilité de ressources humaines (infirmières et autres professionnels de la santé), d'équipements, de salles d'examens, de cliniques externes et de blocs opératoires. Ces limites ainsi que les coupures budgétaires font en sorte que les médecins spécialistes n'ont pas toute la latitude nécessaire pour augmenter leur offre de services. De plus, alors que les cabinets médicaux constituent une porte d'accès complémentaire aux centres hospitaliers, la prestation des soins y est également affectée de façon négative en raison de l'inaction du gouvernement à corriger les problématiques de sous-financement, dont la question des frais accessoires, ce qui force plusieurs médecins à y réduire leurs activités.

Dans ce contexte, il est remarquable que les médecins spécialistes aient pu, *en moyenne*, maintenir sensiblement le même niveau d'activités ou n'accuser qu'une légère baisse. De surcroît, ils y sont parvenus tout en favorisant l'entrée en exercice de plusieurs cohortes de nouveaux médecins spécialistes. Il est, en effet, exceptionnel de réussir à partager les ressources déjà limitées du réseau de la santé – les plateaux techniques, les salles d'opération et les cliniques externes – avec des centaines de nouveaux collègues, et ce, tout en maintenant sensiblement le même niveau d'activités. Bref, plus de docteurs avec les mêmes « moyens de production ». Ajoutons que les coupures budgétaires décrétées année après année par le gouvernement s'ajoutent à

celles des centres hospitaliers, qui se manifestent désormais dès novembre. Ces décisions budgétaires constituent un autre frein à la productivité.

A contrario, lorsque les conditions sont optimales pour la dispensation de soins, la productivité augmente. Les services de procréation assistée se sont ainsi déployés surtout dans les cabinets des médecins et donc à l'abri des limitations imposées par le milieu hospitalier. De plus, contrairement aux autres services dispensés en cabinet médical, les services de procréation assistée ont été financés adéquatement; le gouvernement ayant assumé le paiement des frais techniques nécessaires à la dispensation de ces services.

Le résultat en est que les cabinets médicaux ont augmenté de façon importante leur productivité et l'accessibilité à ces services a été assurée de façon optimale.

« On peut affirmer plus que jamais qu'on nous tient en laisse. Oui, il serait possible d'avoir beaucoup moins d'attente si nous disposions des ressources appropriées. »

Gaétan Barrette, président de la FMSQ
Magazine Le Spécialiste, mars 2013

L'APPROCHE MÉPRISANTE DU PROJET DE LOI N° 20

L'approche préconisée par le projet de loi en est une coercitive qui bafoue les droits des médecins spécialistes en ce qu'elle met de côté leur collaboration, leur liberté de pratique et leur droit à la négociation de leurs conditions de rémunération, le tout sans aucune justification.

Ce constat résulte autant de l'analyse des pouvoirs que le projet de loi n° 20 confère au ministre et au gouvernement que par le choix de les utiliser comme un bâton pour mater les médecins québécois.

Les pouvoirs ministériels excessifs

En vertu de l'article 39, le ministre de la Santé peut apporter diverses modifications aux conditions de rémunération des médecins québécois. À sa seule discrétion, il peut imposer des modifications unilatérales à des ententes valablement conclues, et ce, sans nécessiter de consultation ou d'approbation réglementaire, par simple publication sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Les pouvoirs réglementaires abusifs

Les articles 3 à 22 confèrent au gouvernement la possibilité d'édicter par règlement les profils de pratique que doivent respecter les médecins spécialistes québécois. On

entend ainsi leur imposer des normes et des quotas sur le nombre de consultations de patients dirigés par des médecins omnipraticiens, sur le délai pour assurer le suivi des demandes de consultation à l'urgence, sur l'obligation d'agir à titre de médecin traitant pour les patients admis à l'hôpital ou sur les interventions chirurgicales à effectuer aux patients en attente de plus de six mois. À défaut de respecter ces normes et quotas, le projet de loi n° 20 impose aux médecins spécialistes des pénalités financières importantes par le biais d'une réduction de leur rémunération globale.

Le ministre n'a fourni aucune explication sur les règlements à venir, au grand dam des parlementaires et de tous ceux qui souhaitent se prononcer sur leur teneur et leur portée. Il s'arroge tous les pouvoirs pour implanter ce qu'il veut unilatéralement. Tout au plus, il a mentionné en conférence de presse que les pénalités financières pourraient équivaloir à 30 % de la rémunération globale d'un médecin, démontrant ainsi qu'il est davantage préoccupé par la mise en place des aspects punitifs de son projet de loi que par celle de solutions concertées.

Il nous faut insister sur le fait que l'actualité récente confirme la pertinence des craintes que nous avons exprimées à l'égard de l'approche du ministre avec son projet de loi n° 10. L'imposition du bâillon pour l'adoption hâtive de cette nouvelle loi et l'ingérence, les menaces, le chantage dénoncés par l'administration du CHUM illustrent que les pouvoirs que s'arroge le ministre sont excessifs et dangereux.

Recours abusif aux dispositions réglementaires

La FMSQ constate que le recours à des règlements ultérieurs semble devenir la norme en matière législative à l'Assemblée nationale. En laissant des trous béants dans les textes législatifs, qui seront comblés ultérieurement par voie réglementaire, le législateur abdique ses responsabilités. Les parlementaires devraient s'en préoccuper.

On le sait, le diable se cache dans les détails. Rappelons à cet égard qu'un règlement découlant de l'adoption d'une loi est aussi, sinon plus important que le texte de loi lui-même puisqu'il vient en définir la portée dans tous les aspects liés à son application et à son interprétation. Si le processus législatif conduisant à l'adoption de projets de loi offre de multiples opportunités de consultations, de bonifications lors des débats et qu'il se déroule dans un contexte de relative transparence, il en va autrement pour le volet ayant trait aux règlements.

Dans le cas qui nous occupe, ce gouvernement court-circuite le processus usuel par l'emploi d'une clause lui permettant de se soustraire aux dispositions de la Loi sur les règlements (Chapitre R-18.1). En procédant de la sorte, un règlement devient donc effectif au moment de sa publication. Du jamais vu. Le gouvernement fait désormais fi de ses propres lois. Ce type de stratagème doit être dénoncé, comme cette fâcheuse tendance à l'opacité qui entoure le processus réglementaire.

Le législateur doit absolument éviter la mise en application d'une kyrielle de règlements présentant abus, vices, failles ou incongruités sans que quiconque ne puisse y changer un mot. Un projet de règlement découlant d'une loi devrait être soumis aux mêmes

processus de consultations qu'un projet de loi de manière à pouvoir en modifier le contenu et l'ajuster au besoin, avant que ce dernier n'entre en vigueur. Nous invitons l'Assemblée nationale à se pencher sérieusement sur cette question.

Le ministre bafoue les droits des médecins

Jamais n'a-t-on vu une pareille atteinte à l'autonomie professionnelle des médecins. Jamais n'a-t-on vu un tel niveau de pouvoir entre les mains d'un seul homme, lui octroyant la possibilité de renier la parole de l'État par une simple mention sur un site Internet. Jamais n'a-t-on vu un tel encadrement abusif de la liberté d'exercice de la profession médicale; cette liberté, qui a, depuis toujours, été garante de la qualité des soins offerts à la population, à l'abri de diktats gouvernementaux.

En permettant l'ingérence sans condition du ministre ou du gouvernement dans l'établissement des conditions et modalités de rémunération et de pratique des médecins, le projet de loi n° 20 attaque également le processus de négociation collective qui a prévalu depuis toujours et qui a contribué à la mise en place de solutions concertées pour répondre aux défis de notre système de santé. Ce processus représente la meilleure façon de collaborer avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la réalisation d'objectifs communs et l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des services de santé.

Le ministre rejette la collaboration des médecins

Comme nous l'avons démontré, la collaboration passée entre les médecins spécialistes et le gouvernement a permis la mise en place de diverses mesures permettant d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins. Les médecins spécialistes étaient d'accord avec l'élaboration de solutions portant sur les quatre éléments ciblés par le ministre dans le projet de loi n° 20. Alors, comment expliquer le choix du ministre de repousser du revers de la main la collaboration offerte par les médecins spécialistes, cette collaboration dont le ministre lui-même avait vanté les bienfaits alors qu'il représentait les médecins spécialistes.

LES FINALITÉS DU PROJET DE LOI N° 20

Selon le texte du préambule, le projet de loi n° 20 vise à améliorer l'accessibilité aux services pour la population. Il s'agit là d'un objectif tout à fait légitime, car le système public de santé souffre de plusieurs carences et la population québécoise est en droit d'exiger une meilleure accessibilité aux soins médicaux qu'elle requiert. Les médecins spécialistes sont les premiers à constater les limites du système et à se battre tous les jours pour prodiguer, malgré tout, les meilleurs soins possibles à leurs patients. Ils sont ainsi les premiers à souhaiter l'amélioration de l'accessibilité à leurs soins.

Cet objectif est cependant trop souvent manipulé par la classe politique qui l'utilise à toutes les sauces pour masquer son inaction face aux vrais problèmes de notre système de santé, lesquels demeurent non réglés. Dans ce contexte, nous souhaitons d'abord rappeler les problèmes récurrents qui affectent l'accessibilité aux soins et le défaut du gouvernement de s'y attaquer.

Les opportunités délaissées

Les médecins spécialistes ont eu l'occasion de préciser à diverses reprises quels étaient les éléments qui affectaient l'accessibilité à leurs soins. Ils résultent plutôt de problèmes bien connus et identifiés, soit : des problèmes de ressources tant humaines, matérielles que financières en milieu hospitalier et des problèmes de ressources principalement financières dans les cabinets médicaux.

Les médecins spécialistes exercent principalement leur profession en centre hospitalier. Or, le projet de loi n° 20 n'apporte aucune solution concrète aux problèmes d'accès aux soins spécialisés dans ce milieu. Ainsi, est-ce que ce projet de loi diminue les compressions faites au réseau hospitalier et limite les services à la population? Est-ce que ce projet de loi augmente le temps opératoire nécessaire aux médecins pour pouvoir opérer leurs patients? Est-ce qu'il prévoit le renouvellement d'équipement de pointe pour offrir aux patients les meilleures technologies de traitement? Est-ce qu'il améliore le partage électronique de l'information sur les patients? Est-ce qu'il permet la formation et l'emploi du personnel qualifié requis pour prodiguer aux patients tous les soins dont ils ont besoin? Est-ce qu'il a pour effet de contrer les velléités de certains établissements à couper dans certains services, contribuant à entraîner des délais additionnels au niveau de la prestation des soins? Est-ce qu'il diminue l'administration et la lourdeur bureaucratique? La réponse à l'ensemble de ces questions est négative.

Également, que fait le ministre pour régler le problème des cliniques externes dans les hôpitaux? Non seulement ce projet de loi ne permet pas aux médecins d'avoir plus de disponibilités de rendez-vous afin de faire le suivi de leurs patients, mais le ministre fait également défaut d'agir à l'encontre des centres hospitaliers qui diminuent le nombre d'heures de disponibilité des cliniques externes. Ainsi, que fait-il, entre autres, à l'endroit du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) qui, dans quelques semaines, offrira plusieurs milliers de visites en moins, réduisant ainsi l'accessibilité aux services

spécialisés pour la population? De fait, selon le journal *The Gazette* (12 mars 2015), cela représente 130 000 visites en moins par année pour les adultes et 35 000 visites en moins par année pour les enfants. Où iront les patients qui ont besoin d'un suivi médical? Comment justifier cette inaction alors que le CUSM est actuellement sous haute surveillance du ministre qui y a désigné un ancien sous-ministre pour « l'accompagner »? À moins qu'il ne s'agisse là d'une commande ministérielle visant à sciemment rationner l'offre de services pour réduire les coûts...

« L'État n'est pas un simple gestionnaire du système de santé. Il détermine la qualité et la quantité de soins offerts à la population et, en ce sens, il les rationne toujours. Le jeu politique est de trouver le niveau de rationnement socialement acceptable pour la population sans qu'elle ne perçoive qu'elle est rationnée. »

Gaétan Barrette, président de la FMSQ
Magazine Le Spécialiste, mars 2009

De plus, depuis sa nomination, qu'a fait le ministre pour régler la problématique de financement des cabinets médicaux et des frais accessoires? Les cabinets médicaux sont une composante essentielle du réseau de la santé; chaque année, des millions de services y sont dispensés aux patients. Contrairement à la confusion entretenue par certains, ces cabinets ne sont pas privés; ils sont conventionnés, le médecin étant rémunéré par la RAMQ pour les services qu'il rend.

« Les frais accessoires ont toujours été et demeurent la résultante de l'indécision gouvernementale quant à la couverture publique et adéquate des coûts opérationnels encourus pour la dispensation des services médicaux par le régime public. C'est parce que l'État refuse de couvrir ces frais que ceux-ci existent. Pas parce que les médecins le désirent. »

Gaétan Barrette, président de la FMSQ
Communiqué de presse, 9 juin 2013

Le ministre sait très bien que les médecins qui y exercent ne disposent pas du financement requis pour dispenser leurs soins, ce qui entraîne la réclamation de frais accessoires aux patients afin de préserver l'accessibilité et leur viabilité. Or, le gouvernement fait défaut de régler cette problématique depuis de trop nombreuses années. En 2006, Philippe Couillard, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, a mis sur pied un comité de travail sur les frais accessoires, présidé par M. Jean-Pierre Chicoine, ancien directeur général du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine) et du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), afin de recommander des solutions à ce problème. Or, le rapport déposé le 3 octobre 2007 concluait que la viabilité financière des cabinets médicaux était en péril et qu'il était nécessaire de les financer adéquatement. Malgré tout, le rapport Chicoine a été tabletté

tant par le gouvernement libéral d'alors, par le gouvernement péquiste qui a suivi que par l'actuel gouvernement.

Alors qu'il était président de la Fédération et qu'il siégeait au comité Chicoine, Gaétan Barrette a eu l'occasion de rappeler, à juste titre, qu'il appartenait au ministre de régler la problématique du financement des cabinets médicaux et la question des frais accessoires. Or, depuis son arrivée au pouvoir, aucune solution n'a été proposée à ce titre malgré des demandes répétées de la part de la FMSQ. Pendant ce temps, la situation des cabinets médicaux se détériore et le manque de financement y crée une désaffection constante que le ministre ose essayer d'attribuer aujourd'hui à une baisse de productivité alors qu'il s'agit plutôt d'une situation où les médecins sont contraints de réduire leurs services.

La médecine spécialisée et le projet de loi n° 20

Rappelons qu'en ce qui a trait à la médecine spécialisée, le projet de loi n° 20 aborde les cinq éléments suivants :

- L'octroi au ministre de la Santé et des Services sociaux de pouvoirs arbitraires afin de modifier à sa guise les ententes négociées sous le prétexte d'améliorer l'accessibilité aux soins;
- L'accès aux consultations spécialisées pour la première ligne;
- Les délais de consultation spécialisée à l'urgence;
- La prise en charge de patients hospitalisés par certaines spécialités à titre de médecins traitants;
- Les interventions chirurgicales aux patients en attente de plus de six mois.

En ce qui a trait au premier de ces éléments, les médecins spécialistes réitèrent qu'il s'agit là d'un pouvoir arbitraire, démesuré et antidémocratique auxquels ils ne peuvent que s'opposer. Quant aux quatre autres éléments, nous convenons d'une nécessaire amélioration, mais pour ce faire, le projet de loi n° 20, avec ses mesures matraques, n'est nullement nécessaire. S'il est possible de trouver de meilleures façons pour améliorer l'accès aux soins, le défaut de s'entendre et l'imposition d'obligations unilatérales, de quotas et de pénalités aura l'effet contraire.

L'accès aux consultations spécialisées pour la première ligne

Selon le rapport 2014 de l'Institut Fraser, sur les temps d'attente au Canada le temps d'attente médian, au Québec, pour les patients dirigés en consultation auprès d'un spécialiste est de sept semaines. Le Québec figure ainsi parmi les provinces où le délai est le moins élevé : il est en deçà de la moyenne canadienne de 8,5 semaines. Les médecins spécialistes sont prêts à collaborer de façon à diminuer encore ce délai.

Cependant, la diminution des délais ne peut se faire simplement en établissant des normes pour les médecins spécialistes. Il faut plutôt favoriser une interaction optimale

entre omnipraticiens et spécialistes pour des problématiques de santé spécifiques selon l'importance de la pathologie à évaluer. C'est en ce sens que la Fédération et le MSSS avaient conclu en 2014 une entente sur le déploiement de programmes d'accueil clinique qui établissaient des corridors de services entre les cabinets de médecins de famille et les médecins spécialistes. Cette entente a malheureusement été mise de côté par le ministre dans le cadre de l'étalement des investissements prévus en médecine spécialisée. Que le ministre tente aujourd'hui d'imposer des normes et des pénalités aux médecins pour améliorer ces corridors de services alors qu'il est le premier à les avoir repoussés dans le temps est déplorable et nous le dénonçons. Son projet de loi matraque fera en sorte d'obliger les médecins spécialistes à délaisser certaines clientèles aux seules fins de se conformer aux cibles décrétées par le ministre ou encore de conditionner toute consultation auprès d'un patient à une référence préalable à un médecin de famille.

La diminution des délais de consultation à l'urgence

Selon les données du MSSS qui nous ont été remises lors de nos rencontres de novembre 2014, près de 50 % des consultations spécialisées sont déjà effectuées à l'intérieur de quatre heures à l'urgence. Le ministre exige qu'un plus grand nombre de consultations soient effectuées dans un délai de trois heures. Or, le volume de demandes de consultations, l'urgence et de la nature de celles-ci (tout patient arrivant à l'urgence ne présente pas nécessairement un problème mettant sa vie en danger) et les priorités à accorder à d'autres patients peuvent jouer sur les délais. Un chirurgien en salle d'opération devra-t-il laisser un patient sous anesthésie générale pour aller en voir un autre, et ce, afin de se conformer aux volontés du ministre? Bien qu'il soit possible d'améliorer le délai de consultation, nul besoin d'une loi matraque pour y parvenir. C'est en collaborant avec les médecins spécialistes que pourront être identifiées les meilleures solutions pour améliorer ces indicateurs. L'imposition de pénalités financières risque de faire en sorte que la pratique médicale se fasse au détriment de certains patients, strictement pour éviter des répercussions financières.

La prise en charge de patients hospitalisés par certaines spécialités à titre de médecins traitants

Les médecins spécialistes agissent déjà à titre de médecins traitants pour les patients hospitalisés, et ce, principalement dans les spécialités chirurgicales. Selon les données déposées par le MSSS, les médecins spécialistes ont ainsi assumé, en 2012, la prise en charge de 57 % des journées d'hospitalisation contre 43 % par les médecins de famille. Le ministre souhaite que certaines spécialités agissent davantage à ce titre, et ce, afin de libérer le temps consacré à cette fin par les médecins omnipraticiens qui pourraient ainsi augmenter leurs activités en cabinet dans certaines régions.

Une fois de plus, il s'agit d'un élément qui ne requiert nullement l'adoption d'un projet de loi matraque pour y parvenir. L'histoire démontre qu'il s'agit là d'une question d'organisation des soins en établissement dans le réseau de la santé. À preuve, c'est en modifiant l'organisation des soins en 2003 que les médecins omnipraticiens ont été

appelés à exercer davantage comme médecin traitant. Que le ministre actuel souhaite revenir en arrière et modifier cette façon de faire que ces prédécesseurs ont introduite est une chose. Ce n'est pas la première fois que nous voyons un nouveau ministre de la Santé défaire ce qu'un de ses prédécesseurs avait vanté à grands frais. À nouveau, c'est par un travail concerté que pourront être adéquatement ciblés les spécialités et les milieux où le recours au concept du médecin spécialiste traitant doit être accentué.

L'élimination des listes d'attente de plus de six mois en chirurgie

Toujours selon les données du MSSS, au Québec, plus de 93 % des interventions chirurgicales sont réalisées à l'intérieur d'un délai de six mois. Ce résultat est positif et la FMSQ ne demande qu'à l'améliorer. D'ailleurs, c'est ce que vise, encore plus que le ministre, l'ensemble des médecins spécialistes qui sont les premiers redevables auprès de chacun des patients sur leurs listes d'attente.

Il est insensé de penser qu'un projet de loi matraque qui impose des normes et des pénalités soit la façon d'y parvenir. L'analyse de ces délais exige de mettre en place des mesures davantage réfléchies qui tiendront compte du type d'intervention chirurgicale requise. Il faut aussi tenir compte des priorités et des aléas qui entraînent trop souvent des reports de chirurgies, la non disponibilité de salles opératoires ou de lits d'hospitalisation. À nouveau, ceci ne peut se faire que par concertation avec les médecins spécialistes, lesquels ont déjà offert leur collaboration. La tournée des blocs opératoires, entreprise conjointement par la FMSQ et le MSSS en 2007 et en 2008, avait certes prouvé la capacité de collaboration entre les deux parties. Les résultats avaient été probants et le président de la FMSQ d'alors, devenu ministre, en avait fait ses choux gras.

Bref, le projet de loi n° 20 ne s'attaque pas de manière efficace aux problématiques d'accessibilité en médecine spécialisée, mais il manipule cet objectif pour permettre plutôt l'octroi de pouvoirs arbitraires, démesurés et antidémocratiques tant au ministre de la Santé qu'à son gouvernement.

LES CONSÉQUENCES DU PROJET DE LOI

Le projet de loi n° 20 n'apportera aucun bénéfice aux patients en matière d'accessibilité aux soins de santé spécialisés. Par son immixtion dans l'exercice de la profession médicale et son approche coercitive, le projet de loi n° 20 pourrait influencer la liberté thérapeutique des médecins qui résulterait à délaisser certains patients, services et champs de pratique pour privilégier d'autres patients afin de satisfaire aux diktats ministériels et aux quotas imposés.

Par le système de surveillance et de dénonciation éhontée qu'il prévoit, le projet de loi n° 20 aura pour effet de créer un climat de méfiance dans le réseau de la santé, où les

interactions entre médecins et administrateurs gestionnaires se résumeront davantage au suivi d'indicateurs et de statistiques, au brassage de papier, plutôt qu'à la concertation requise afin de prodiguer les meilleurs soins aux patients et de relever les défis qui se présentent tous les jours.

En reniant le processus de négociation collective visant les conditions de travail et de rémunération des médecins spécialistes et en s'octroyant à nouveau des pouvoirs arbitraires lui permettant de modifier unilatéralement toute entente valablement négociée, le ministre rejette le processus de collaboration qui prévaut depuis plusieurs années entre les médecins et l'État lequel s'avère primordial pour l'amélioration du système de santé.

LE MINISTRE FAIT FAUSSE ROUTE

- Alors que le ministre de la Santé fait subir à nouveau d'importantes réformes au système public de santé;
- Alors que la productivité des médecins spécialistes se maintient malgré les limitations imposées par le système;
- Alors que les médecins spécialistes ont confirmé à plusieurs reprises leur volonté de travailler de concert avec le ministre pour améliorer l'accès aux soins pour les patients;
- Alors que la collaboration passée entre les médecins spécialistes et le MSSS a toujours porté ses fruits;

RIEN NE JUSTIFIE L'ADOPTION DE CE PROJET DE LOI MATRAQUE ET L'APPROCHE MÉPRISANTE QU'IL PRÉCONISE ENVERS LES MÉDECINS.

LE MINISTRE DOIT RENONCER À SON PROJET DE LOI ET RÉTABLIR LA NÉCESSAIRE CONCERTATION AVEC LE MILIEU MÉDICAL.

LE MINISTRE DOIT S'ENGAGER

Les médecins spécialistes refusent de servir de boucs émissaires au ministre et de se faire reprocher les failles d'un système de santé qui rationne au quotidien leurs moyens de production et les restreints dans leur capacité de soigner davantage de patients.

En médecine spécialisée, la capacité de produire est directement conditionnée et proportionnelle aux moyens de production qui sont mis à la disposition des médecins par les centres hospitaliers. Pour que les médecins puissent produire, il leur faut, en outre,

du personnel formé et disponible, des équipements spécialisés fonctionnels, des blocs opératoires ouverts, des fournitures appropriées, des lits en quantité suffisante pour accueillir les patients et des cabinets qui fonctionnent avec le financement adéquat. Bref, il faut que l'environnement dans lequel les médecins évoluent au quotidien leur offre les conditions propices à la productivité.

NOUS EXIGEONS DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, ET DE SON GOUVERNEMENT, QU'ILS S'ENGAGENT FORMELLEMENT AUPRÈS DE LA POPULATION À METTRE EN PLACE LES CONDITIONS PERMETTANT D'OFFRIR AUX PATIENTS UN ACCÈS ACCRU AUX SOINS. LE MINISTRE DOIT GARANTIR AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES L'ACCÈS AUX RESSOURCES APPROPRIÉES À LA DISPENSATION DES SOINS, ET CE, DANS TOUS LES CENTRES HOSPITALIERS DE TOUTES LES RÉGIONS DU QUÉBEC.

C'EST À CETTE SEULE CONDITION QUE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET SON GOUVERNEMENT POURRONT HONNÊTEMENT DIRE À LA POPULATION QU'ILS AURONT VRAIMENT AGI POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS.

PARTIE II DU PROJET DE LOI N° 20

Modifications en matière de procréation assistée

Créé par l'ancien ministre libéral de la Santé, Yves Bolduc, sans consultations préalables, dans l'improvisation et la précipitation la plus totale, le programme public de procréation assistée sera à toutes fins aboli par l'actuel ministre libéral de la Santé d'une manière tout aussi improvisée que précipitée. Au jour même du lancement du programme, le 13 juillet 2010, lors d'une conférence de presse conjointe, la FMSQ, l'Association des obstétriciens gynécologues du Québec (AOGQ) et l'Association des pédiatres du Québec (APQ) ont publiquement fait état de leurs préoccupations à l'égard de ce programme lancé à la vitesse grand V. Les trois organisations réclamaient notamment l'instauration de balises claires, la création d'un guichet unique et la mise en place d'un registre des naissances issues de ce programme.

« Jamais un programme de santé publique de cet ordre n'aura été mis en place d'une façon aussi rapide et bousculante pour l'organisation du réseau de la santé du Québec. »

Gaétan Barrette, président de la FMSQ,
En conférence de presse le 13 juillet 2010

Très active dans ce dossier, la FMSQ avait alors pris part à des discussions expresses avec le MSSS afin d'établir et de fixer les paramètres afférents à la tarification des actes qui seraient désormais couverts par le régime public d'assurance maladie. La FMSQ était également intervenue à deux reprises, par lettre, lors du processus d'adoption des règlements visant à encadrer ce programme. L'objectif de la Fédération était de s'assurer que les règlements reflètent de manière optimale les orientations qui avaient fait l'objet de discussions préalables en comité; que ces orientations répondent aux nombreuses interrogations soulevées par les praticiens eux-mêmes en matière d'éthique et d'accessibilité; qu'elles ne génèrent pas d'effets indésirables et qu'elles correspondent finalement aux standards de la pratique médicale.

MANDAT ET AVIS DU CSBE

En 2013, trois ans après le lancement du programme, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) était mandaté par le titulaire de la Santé et des Services sociaux de l'époque, Réjean Hébert, afin de produire un avis sur les activités de procréation assistée au Québec. Dans le cadre de cette consultation, la FMSQ a alors produit un mémoire dont les grandes lignes ont été rendues publiques. Précisons que la FMSQ a été la seule organisation médicale à le faire.

« À partir du moment où il y a des problèmes médicaux qui engendrent l'infertilité, il y a lieu d'avoir une couverture de l'assurance maladie. Là-dessus, il n'y a pas de questions à se poser, en ce qui me concerne, sur le plan médical. »

Gaétan Barrette, président de la FMSQ
En conférence de presse le 22 mai 2013

Plusieurs passages du mémoire de la FMSQ ont d'ailleurs été repris par le Commissaire dans son avis détaillé. Dans son mémoire, la Fédération insistait notamment sur le fait que ce programme devait faire l'objet d'un bilan rigoureux.

« La question du *médicalement requis* a été éludée lors de la mise en place du programme », écrivait la FMSQ¹. « Ce dernier n'a pas seulement été conçu dans le but de traiter un problème pathologique affectant la fertilité ou d'y remédier, il a été conçu dans l'optique de favoriser la natalité, en étant ouvert à tous, sans restriction². » La FMSQ se disait alors persuadée de la pertinence de ce programme, mais uniquement sur la base du « médicalement requis ». Devrait-on recentrer le programme pour ne couvrir dorénavant que les cas liés aux problèmes d'infertilité médicalement avérés? La FMSQ croyait que oui. Et nous le croyons toujours. Jamais la FMSQ n'a demandé qu'on mette fin au programme, pas plus que le Commissaire à la santé et au bien-être d'ailleurs, qui écrivait ceci dans son rapport³ :

« Compte tenu des résultats disponibles actuellement, des retombées positives du programme et de l'évolution des valeurs sociales, le Commissaire est d'avis qu'il est préférable de maintenir le programme de procréation assistée au Québec. Cependant, il partage la position selon laquelle ce programme n'a pas été implanté avec l'encadrement nécessaire, ni les données pouvant soutenir cette prise de décision. Le statu quo n'est pas acceptable. [...] Pour maintenir ce programme, il faudra une volonté politique, du courage et des efforts concertés. Il faudra s'investir pour redresser les problèmes décelés par le Commissaire, recadrer les finalités et les critères d'accès au programme et se donner les moyens d'évaluer l'atteinte de ses objectifs. »

La position de la FMSQ demeure inchangée à cet égard. L'infertilité s'avérant un problème d'ordre médical, la FMSQ demande le maintien du programme de procréation assistée et la couverture par le biais du régime public d'assurance maladie du Québec, mais uniquement pour les cas d'infertilité médicalement avérés.

¹ Mémoire de la FMSQ déposé au Commissaire à la santé et au bien-être le 22 mai 2013, p.10

² Idem, note 1

³ Commissaire à la santé et au bien-être, Avis détaillé sur les activités de procréation assistée au Québec, gouvernement du Québec, 2014, p.10.

GASPILLAGE DE FONDS PUBLICS

Les signes étaient évidents : les dépenses allaient dépasser les prévisions initiales. Et, malgré les investissements effectués, les services prévus dans certains centres hospitaliers ciblés par le MSSS ne seraient pas au rendez-vous et on assisterait à des dérives.

Après avoir investi des millions de dollars pour mettre en place des cliniques dédiées, notamment au CHU Sainte-Justine (5,1 millions de dollars) et au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (16 millions de dollars) et avoir ouvert des centres régionaux pour lesquels aucun chiffre n'a été fourni par le MSSS au titre des immobilisations et des équipements, que va-t-on faire avec les installations et les équipements? Une fois de plus, l'austérité budgétaire du Québec sera la justification du gouvernement. Or, sous le prétexte de vouloir récupérer des sommes, on assistera à un gaspillage éhonté de fonds publics.

DES QUESTIONS SUBSISTENT ET DES PROBLÉMATIQUES DEMEURENT

Advenant l'adoption de ce projet de loi dans sa forme actuelle, même si la couverture publique n'est maintenue que pour la préservation ultérieure de la fertilité dans des cas très spécifiques liés aux traitements contre le cancer, comme le propose l'article 34.3 (Section XII.2), les activités de procréation assistées se poursuivront au Québec.

Les personnes qui souhaiteront recourir aux procédures devront dorénavant se prévaloir de crédits d'impôt modulés en fonction des revenus. Or, être de bons parents n'a rien à voir avec la capacité financière. Si une diminution importante du volume d'activités est à prévoir avec la fin de la gratuité, il n'en demeure pas moins que des enfants naîtront tout de même par le truchement de ces procédures et techniques médicales spécialisées. D'ores et déjà, il faut savoir combien et par quelle méthode. Il faut documenter tous les cas et conserver l'information.

On se serait attendu à ce que le ministre profite de ce projet de loi pour corriger une faille majeure que lui-même, au nom de la FMSQ, avait dénoncé lors de la mise en place du programme. Or, aucune disposition ne vise expressément la création d'un registre, outil de *monitoring* essentiel, et ce, peu importe que la couverture soit publique ou non.

Ce n'est pas parce que, demain matin, l'État cessera de financer ce programme à même l'enveloppe de la RAMQ, que les enfants issus de ces procédures, que les grossesses multiples ou à risque, que les complications ou les grands prématurés disparaîtront de l'écran radar. Des soins aigus seront tout de même dispensés dans les unités de néonatalogie, les suivis et les prises en charge continueront d'être effectués. Or, rappelons-le, ces services continueront d'être défrayés par l'État. Raison de plus pour

documenter adéquatement ce champ d'activité. Dans son mémoire adressé au Commissaire, la FMSQ insistait précisément sur ce point et posait une série de questions, qui sont d'ailleurs reprises textuellement dans le rapport de ce dernier.

Combien de cycles se sont soldés par des grossesses uniques ou multiples? Combien de grossesses, uniques ou multiples, ont été obtenues à la suite de l'implantation d'embryons ou ont résulté de la stimulation ovarienne? Combien de grossesses ont été menées à terme et combien se sont soldées par des accouchements prématurés? Plus préoccupant encore, aucune donnée ne permet de connaître l'état de santé des enfants nés par le biais du programme. D'un strict point de vue épidémiologique, il s'agit d'un non-sens. Il est impératif de documenter tous les aspects et tous les effets liés à ce programme, que ceux-ci soient positifs ou non.

À ces questions légitimement soulevées, aucune réponse probante n'a pu être fournie. Le Commissaire lui-même a été confronté à ces lacunes informationnelles. Une section de son rapport traite d'ailleurs de cette question et fait l'objet d'une recommandation spécifique. En voici deux extraits⁴ :

« Le MSSS ne dispose donc que de très peu d'information sur les activités de procréation assistée et leurs résultats. Le nombre d'enfants issus de la procréation assistée depuis le lancement du programme ne lui est pas connu et le MSSS dépend du bon vouloir des fertologues pour connaître les taux de succès pour le Québec. La SCFA et sa branche québécoise détiennent une information détaillée sur les aspects procéduraux et sur les grossesses qui en découlent. Leurs données sur le nombre d'enfants vivants issus de la procréation assistée demeurent toutefois partielles : malgré les efforts déployés par le personnel des cliniques, plus de 5 % des femmes enceintes ne sont plus jointes après la date escomptée d'accouchement. La population a accès aux taux de succès affichés par les cliniques sur leur site Internet, mais les modes de calcul varient et les données ne sont pas toujours applicables aux mêmes groupes de femmes. »

« Le Commissaire est d'avis que le Québec doit impérativement se doter : 1) des moyens nécessaires pour colliger les informations détaillées sur les procédures de procréation assistée dans une banque de données ou un registre assorti de processus de contrôle de qualité; 2) d'une capacité de jumelage fiable de ces données avec les issues cliniques concernant les personnes ayant recours à la procréation assistée et leurs enfants; et 3) d'une capacité d'analyse de l'ensemble des données de manière périodique avec l'expertise multidisciplinaire nécessaire. Idéalement, la banque de données devrait comprendre les informations relatives aux procédures et aux médicaments administrés en vue d'une [fécondation *in vitro*] FIV, mais aussi celles concernant la stimulation ovarienne hors FIV et l'insémination artificielle. »

⁴ Commissaire à la santé et au bien-être, Avis détaillé sur les activités de procréation assistée au Québec, gouvernement du Québec, 2014, pp.174, 176.

Nous nous permettons de rappeler ce que le Commissaire recommande plus spécifiquement ⁵ :

- Que les deux phases d'implantation prévues, soit la mise en place d'une banque de données consacrée à la procréation assistée et le jumelage avec d'autres banques médico-administratives à des fins de surveillance de l'état de santé, soient priorisées par les autorités ministérielles et déployées rapidement;
- Que la banque de données soit conçue de manière à être utilisée à plusieurs fins, notamment pour assurer le suivi des pratiques et la surveillance des issues de santé pertinentes;
- Que tous les centres de procréation assistée, publics ou privés, aient l'obligation de verser en temps réel les informations demandées dans la banque de données;
- Que le système mis en place permette d'établir le lien entre les données maternelles et infantiles pour tous les nouveau-nés, y compris pour les naissances multiples;
- Que la banque soit conçue de manière à ce que les analyses des données puissent se faire par cycle complet de FIV, incluant le transfert des embryons congelés, et par femme;
- Que la banque de données contienne des informations suffisamment détaillées pour permettre leur comparaison avec celles colligées par les systèmes mis en place ailleurs.

Rappelons que le Collège des médecins du Québec (CMQ) souhaitait lui aussi que soit consigné l'ensemble des données afférentes à la procédure, incluant les premières années de développement de l'enfant. La situation décrite par le Commissaire ne changera pas au lendemain de l'adoption de ce projet de loi et le retrait de la couverture publique ne doit pas servir de prétexte au gouvernement pour ne rien faire. D'où l'importance d'amender ce projet de loi pour y inclure des dispositions spécifiques visant, notamment, la création et la mise en application d'un registre qui soit conforme aux attentes et aux besoins exprimés par tous les professionnels. La FMSQ n'insistera jamais assez sur ce point et elle demande que les recommandations du Commissaire soient mises en œuvre.

ÂGE LIMITE

La FMSQ juge important que soit fixé un âge limite au-delà duquel une femme ne pourrait se prévaloir du programme public. L'alinéa 10.1 de l'article 3 du projet de loi ne

⁵ Commissaire à la santé et au bien-être, Avis détaillé sur les activités de procréation assistée au Québec, gouvernement du Québec, 2014, pp.177, 178.

répond qu'en partie à cette lacune en proposant que l'âge limite inférieur soit fixé à 18 ans et que l'âge limite supérieur soit fixé à 42 ans.

Sur le plan physiologique, quelle différence y a-t-il entre une femme âgée de 41 ans qui serait réputée éligible la veille de son anniversaire, mais qui, en vertu des dispositions actuelles de ce projet de loi, deviendrait automatiquement inéligible le lendemain?

En France, les actes associés à l'assistance médicale à la procréation ne peuvent pas être remboursés – c'est-à-dire qu'ils cessent d'être pris en charge par l'assurance maladie, au-delà du jour du 43^e anniversaire. Le recours à la procédure n'est pas interdit pour autant. C'est pourtant ce que s'apprête à faire le gouvernement du Québec par le biais du projet de loi n° 20. S'il était adopté tel que libellé, l'alinéa 10.1 de l'article 3 viendrait donc interdire toute activité de fécondation pour les femmes âgées de 42 ans et plus.

Devant cette nouvelle orientation ministérielle, une question se pose. Pourquoi une femme âgée de plus de 42 ans présentant des conditions de santé appropriées après évaluation médicale, ne pourrait-elle pas avoir la possibilité de recourir aux procédures qu'elle est prête à payer de sa poche? La FMSQ estime qu'il s'agit d'une forme de discrimination à l'égard des femmes et demande que cet article soit retiré.

DES MESURES RESTRICTIVES

À cette mesure restrictive, s'ajoute l'article 10.6 qui viendrait interdire à quiconque de diriger une personne vers une clinique de procréation assistée située hors Québec pour y recevoir des services qui ne sont pas conformes aux normes prévues par le projet de loi n° 20 ou par un règlement qui en découlerait.

La FMSQ croit qu'une personne qui souhaiterait recourir aux services d'une clinique située hors Québec devrait pouvoir le faire en toute liberté et sans aucune restriction. La FMSQ croit également qu'une personne ou qu'un couple devrait pouvoir solliciter librement l'avis d'un professionnel en ce sens, notamment afin d'éviter le magasinage à l'aveugle outre-frontière qui pourrait se solder par des complications ultérieures qui devraient de toute façon être prises en charge par le système de santé québécois. Autant faire en sorte que les personnes qui voudront recourir aux services d'une clinique située à l'extérieur du Québec puissent le faire en bénéficiant d'un avis éclairé quant à la probité et à la qualité des services qui y sont dispensés.

Par conséquent, la FMSQ est d'avis qu'aucune mesure coercitive ou punitive ne devrait être associée à ce type de référencement et recommande que soit retiré l'alinéa 10.6 de l'article 3.

L'article 8 du projet de loi propose de remplacer l'article 36 de la loi actuelle et d'ajouter de nouveaux sous-articles (36.1, 36.2, 36.3) comportant diverses dispositions de nature punitive, dont l'article 36.1 qui stipule qu'un médecin qui contreviendrait, entre autres, à l'alinéa 10.1 commettrait une infraction et s'exposerait à une amende pouvant varier de 5 000 \$ à 50 000 \$. Ces mesures nous apparaissent nettement excessives, en plus de soulever de sérieuses interrogations sur le plan déontologique comme en matière des droits de la personne. La FMSQ recommande donc que soit retiré l'article 8 ainsi que tous les alinéas qu'il comporte.

L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE

D'un point de vue éthique, la question de l'aptitude d'une personne à prendre soin d'un enfant, à assurer sa sécurité, à lui procurer un environnement familial propice, à assurer son plein développement physique et psychologique est fondamentale. Au Québec, des règles strictes encadrent le processus d'adoption. En outre, une évaluation psychosociale est systématiquement menée par les autorités compétentes auprès des candidats potentiels. Pourquoi en serait-il autrement pour les personnes désirant se prévaloir des procédures de procréation assistée? C'est de la vie et du devenir d'un enfant dont il est question ici.

La FMSQ croit qu'il est nécessaire de mettre en place un guichet unique d'accès, tant pour vérifier l'admissibilité des personnes désireuses de se prévaloir des techniques de procréation assistée que pour les diriger vers les ressources appropriées. Ces arguments, qui sont toujours aussi pertinents, ne trouvent écho que de manière très parcellaire dans le projet de loi n° 20. Au lieu de profiter de cette occasion pour mettre en place un guichet unique et rendre l'évaluation psychosociale systématique et obligatoire à tous les candidats potentiels, le ministre opte plutôt pour une approche réductrice où ce type d'évaluation ne serait requis que « lorsqu'un projet parental comporte l'apport de forces génétiques d'une personne qui n'est pas partie à ce projet » (alinéa 10.2 de l'article 3).

En quoi l'apport de gamètes extérieurs à un couple justifierait-il une évaluation psychosociale alors qu'un couple n'ayant pas besoin de recourir à du matériel biologique en provenance d'une tierce personne en serait exempté? La FMSQ croit que les règles entourant les demandes d'adoption devraient s'appliquer dans tous les cas de figure. En ce sens, l'alinéa 10.2 de l'article 3 doit être substantiellement modifié pour assujettir tous les candidats à une évaluation psychologique préalable à toute procédure.

FRÉQUENCE, INTENSITÉ ET QUALITÉ DES RELATIONS SEXUELLES

L'alinéa 10.3 de l'article 3 du projet de loi n° 20 revêt un caractère pour le moins déconcertant. Dorénavant, le médecin devra « s'assurer que le recours à une activité de fécondation *in vitro* est précédé, selon le cas, d'une période de relations sexuelles [...] déterminée par règlement ». Avec le projet de loi n° 10, nous avons constaté la soif de pouvoir du ministre de la Santé, mais de là à déterminer par voie réglementaire, la période pendant laquelle des relations sexuelles devront avoir eu lieu... Le ministre ira-t-il jusqu'à préciser le nombre de relations sexuelles préalablement requises de même que la durée minimale de chaque celle-ci? Finalement, que devra faire le médecin pour s'assurer que les dispositions réglementaires auront été respectées? Sera-t-il encore une fois menacé d'une amende s'il n'y arrive pas?

Considérant ce qui précède, la FMSQ est d'avis que l'alinéa 10.3 doit être retiré *ipso facto*.

RECOMMANDATIONS

Considérant ce qui précède, la FMSQ recommande :

- Que la partie II de ce projet de loi visant les activités de procréation assistée fasse l'objet d'un projet de loi distinct;
- Qu'un nouveau projet de loi soit écrit en tenant compte des recommandations contenues dans l'avis détaillé du Commissaire à la santé et au bien-être et du présent mémoire de la FMSQ.

Plus spécifiquement, la FMSQ recommande :

- Que le programme public de procréation assistée soit maintenu et continue d'être couvert par la RAMQ pour les cas d'infertilité médicalement avérés;
- Que soit créé un guichet unique d'accès;
- Que soit mis en place un processus d'évaluation psychosociale préalable à toute démarche visant l'obtention d'assistance médicale à la procréation;
- Que les critères utilisés lors de cette évaluation psychosociale soit identiques à ceux existants pour encadrer les demandes d'adoption;
- Que les résultats de cette évaluation psychosociale soient consignés au dossier de la ou des personnes concernées et soit accessible à tous les professionnels concernés;
- Que soit créé et mis en place un registre visant à consigner l'ensemble des données afférentes aux procédures d'assistance médicale à la procréation, incluant les informations relatives à l'état de santé des enfants en étant issus;
- Que soit retiré l'alinéa 10.1 de l'article 3;
- Que soit retiré l'alinéa 10.3 de l'article 3;
- Que soit retiré l'alinéa 10.6 de l'article 3;
- Que les articles 8 et 9 soient modifiés en conséquence et par concordance avec ce qui précède.

Advenant le cas où le gouvernement maintiendrait sa position en désassurant les services de procréation assistée, la FMSQ recommande :

- Que soit mis en place un guichet unique d'accès;
- Que soit constitué un registre.

CONCLUSION

Le projet de loi n° 20 est inacceptable.

La partie I de ce projet de loi s'inscrit dans la foulée des projets de loi spéciaux qui ont marqué le paysage législatif québécois dans le cas des pires conflits de travail qui pouvaient sévir. La différence : aucune situation semblable ne prévaut actuellement.

Il importe de rappeler que, par le passé, la collaboration entre les médecins spécialistes et le gouvernement a permis la mise en place de diverses mesures permettant d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins pour les patients. Des investissements importants ont été ciblés à cet effet et ont donné des résultats tangibles. Pourquoi mettre cette approche de côté et rechercher plutôt le conflit par l'imposition de normes coercitives?

Les médecins spécialistes québécois, à l'instar des autres professionnels et travailleurs du réseau de la santé, se dévouent tous les jours pour essayer de contrer les failles de notre système de santé et prodiguer les meilleurs soins à leurs patients. L'approche méprisante du projet de loi aura pour effet de les décourager. Au ministre de la Santé qui les traite comme s'ils étaient paresseux et qui souhaite utiliser le bâton pour les mater, les médecins spécialistes risquent de répondre par une démotivation et un désengagement.

Contrairement à ce que prétend le ministre, les problèmes d'accessibilité aux soins ne résultent pas d'un manque de productivité de la part des médecins spécialistes ou de l'échec de certaines mesures incitatives. Comment peut-on questionner la productivité des médecins spécialistes et du même coup les empêcher de dispenser leurs services en leur offrant moins de temps de clinique externe, de temps opératoire ou en leur limitant l'accès à diverses ressources? Il s'agit là des vrais problèmes qui affectent l'accessibilité aux soins en médecine spécialisée et qui sont connus de tous, y compris du ministre, et ce, depuis des années.

Rien dans le projet de loi n° 20 ne permet de régler ces situations. Plutôt que de s'attaquer aux « vraies affaires » récurrentes et déplorées par tous les intervenants du milieu, le ministre préfère instrumentaliser l'objectif d'accessibilité aux soins pour se donner de nouveaux pouvoirs arbitraires et imposer des obligations unilatérales, des quotas et des pénalités aux médecins spécialistes.

Les médecins spécialistes sont les premiers à vouloir offrir aux patients davantage d'accès à leurs soins. Nul besoin du projet de loi n° 20 pour y parvenir. C'est en travaillant ensemble et en mettant à profit l'expertise de chacun que des résultats tangibles pourront être atteints. Plutôt que de chercher la confrontation, le ministre doit chercher la concertation avec les médecins spécialistes québécois.

Pour ce qui est de la partie II de ce projet de loi, le ministre a erré dans son approche. Plutôt que de suivre les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être qui auraient permis d'apporter les correctifs appropriés au programme de procréation médicalement assistée en le recentrant sur l'essentiel, le ministre a préféré couper court en l'abolissant. Une décision prise sur la foi de considérations purement budgétaires.

Ce n'est pas parce que le programme cessera d'être financé par le biais de l'assurance maladie que les activités entourant la procréation médicalement assistée prendront fin au Québec. Elles existaient avant la création du programme public et elles existeront encore lorsque ce dernier aura cessé d'exister. Les problématiques soulevées par tous ceux qui ont participé aux travaux du Commissaire, y compris celles identifiées par la FMSQ au premier jour du lancement du programme, demeureront entières et non résolues.

Somme toute, à vouloir tout réécrire, le ministre de la Santé a effacé l'essentiel.

LE PROJET DE LOI N° 20, DANS SON ENSEMBLE, EST INACCEPTABLE, TANT DANS SA FORME QUE DANS SA FINALITÉ.

LES PARLEMENTAIRES DOIVENT LE REJETER ET EXIGER QUE LE MINISTRE COLLABORE HONNÊTEMENT AVEC LES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS L'ATTEINTE D'OBJECTIFS COMMUNS AU BÉNÉFICE DE LA POPULATION DU QUÉBEC.

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

Tél. : (514) 350-5000
Télec. : (514) 350-5175
Courriel : communications@fmsq.org