

**MÉMOIRE  
DE LA  
FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS 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  
OU  
UNE ILLUSTRATION FRAPPANTE DU MACHIAVÉLISME MINISTÉRIEL***

**DÉPOSÉ À LA  
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**LE MARDI 24 MARS 2015, 17 H**

**TABLE DES MATIÈRES**

<b>1.</b>	<b>PRÉAMBULE</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>MISE EN CONTEXTE/PROBLÉMATIQUES</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>UNE FAUSSE SOLUTION À UN VÉRITABLE PROBLÈME...</b>	<b>8</b>
<b>4.</b>	<b>UN AUTRE CHÈQUE EN BLANC ET UN DANGER D'ATTEINTE À LA LIBERTÉ DE NÉGOCIATION</b>	<b>10</b>
<b>5.</b>	<b>UNE RELÈVE MÉDICALE PRÉOCCUPÉE PAR UN POSSIBLE MAUVAIS DIAGNOSTIC</b>	<b>12</b>
<b>6.</b>	<b>DE VÉRITABLES SOLUTIONS SONT POSSIBLES !</b>	<b>14</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>20</b>

## 1. PRÉAMBULE

La Fédération des médecins résidents du Québec remercie la Commission de la Santé et des Services sociaux de lui permettre de faire valoir son point de vue relativement au projet de loi n° 20 – *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine familiale et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.*

La FMRQ représente 3 800 médecins résidents qui dispensent des soins dans tous les milieux et toutes les régions du Québec, en médecine familiale et dans toutes les autres spécialités médicales, chirurgicales et de laboratoire, lesquels assureront la relève médicale au Québec dans les prochaines années. Nos membres sont inquiets. Bien qu'ils soient conscients des besoins qu'ils constatent tous les jours dans leur travail auprès des patients, ils questionnent la décision du Ministre de faire porter le problème d'accessibilité aux soins uniquement sur les épaules des médecins.

Nous déplorons l'approche et les mesures proposées par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans le projet de loi n° 20, lesquelles sont basées sur des statistiques de facturation imparfaites, qui, notamment, ne tiennent pas compte du temps requis pour offrir des soins de qualité, ni des autres responsabilités qui incombent aux médecins de famille (administration, recherche, enseignement, etc.). Le projet de loi n° 20 est basé sur la fausse prémisse que les médecins diminueraient leur volume de travail par choix. De plus, le projet de loi ne tient pas compte du fait que les délais pour obtenir les soins requis ne s'arrêtent pas à la première ligne. Le Ministre néglige de regarder du côté de l'accessibilité aux plateaux techniques, aux médecins spécialistes et aux autres ressources du réseau qui ralentissent l'épisode de soins. Selon nous, les mesures proposées ne tiennent pas compte de tous les facteurs qui minent notre système de santé. Au-delà de la contribution – en heures – des membres de la profession médicale, il importe de rappeler que le système actuel n'offre pas aux médecins les outils, équipements et ressources humaines nécessaires pour accomplir leur travail de manière efficace, que ce soient les plateaux techniques pour effectuer les examens diagnostiques ou les salles d'opération, entre autres.

En fait, nous nous interrogeons sur la pertinence d'agir essentiellement sur les quotas de patients inscrits auprès des médecins de famille, alors que cela ne garantit aucunement que les patients inscrits pourront par la suite obtenir un rendez-vous rapidement. Cela ne garantit pas non plus qu'ils seraient soignés rapidement lorsque des examens diagnostiques sont nécessaires, en prévision d'un traitement ou d'autres soins plus spécialisés.

Nous estimons en ce sens qu'un processus de consultation auprès de l'ensemble de la profession médicale et des acteurs du réseau aurait été plus pertinent pour mener à bien l'importante réforme que propose le gouvernement du Québec, en intégrant ces derniers à des pistes de solution pouvant améliorer l'accessibilité aux soins, le tout dans une approche positive et mobilisatrice.

## 2. MISE EN CONTEXTE/PROBLÉMATIQUES

Le projet de loi n° 20, tel qu'il est présenté, repose selon nous sur une fausse solution, laquelle voudrait qu'en menaçant de pénaliser les médecins financièrement s'ils ne rencontrent pas des objectifs de productivité précis, nous pourrions régler les problèmes d'accessibilité au Québec. L'objectif n'est pas uniquement d'être inscrit auprès d'un médecin de famille, mais le patient doit également être en mesure de le voir rapidement, d'avoir accès à des soins de qualité. Il s'agit aussi d'assurer la fluidité de l'épisode de soins et la rapidité du suivi médical, une fois que le patient est entré dans le système.

Ce qui est encore plus inquiétant est le fait que ce projet de loi est un véritable chèque en blanc, où le Ministre veut s'arroger le pouvoir réglementaire d'imposer unilatéralement des quotas de patients, des objectifs de productivité et des pénalités financières en cas de non-atteinte, alors que le projet de loi demeure complètement silencieux sur la hauteur de ces quotas, objectifs et pénalités. Il faudrait croire le Ministre sur parole lorsqu'il tente de rassurer les médecins en insistant sur la pondération qu'il entend apporter dans la rédaction des règlements qui régiront ces mesures. Mais, comme le projet de loi ne précise rien, cela ébranle la foi des médecins, tant ceux qui sont en pratique que ceux qui sont en formation. Si le projet de loi n° 20 est adopté avec les importants pouvoirs réglementaires proposés, le Ministre pourra alors ensuite fixer ce qu'il veut, par le biais de ces règlements, et les modifier à sa guise, sans aucun débat démocratique, et sans même passer par le processus normal de publication préalable. Le Ministre aurait ainsi le pouvoir de fixer unilatéralement le niveau de rémunération des médecins, tant en médecine familiale que dans les autres spécialités, en violation des ententes déjà convenues. Cela brime donc la liberté de négociation des médecins, laquelle est pourtant consacrée dans la Loi sur l'assurance-maladie du Québec. La légalité même de l'octroi d'un tel pouvoir réglementaire est ainsi mise en cause. Le récent épisode du CHUM est là pour nous rappeler qu'une trop grande concentration des pouvoirs dans les mains d'une seule personne peut, à tout moment, amener un déséquilibre et conduire à des abus sans précédent. La méfiance prend alors le pas sur la confiance.

D'ailleurs, nous portons à l'attention des membres de la Commission les extraits qui suivent d'une analyse règlementaire produite par le MSSS et datée du 10 octobre dernier<sup>1</sup> :

« (...) les médecins de famille qui n'auraient pas ce souci professionnel de se rendre disponibles pour leurs patients seraient sanctionnés de manière significative par une réduction substantielle de leur rémunération. » P. 12

« En raison du contexte budgétaire, cette mesure donne un levier important au ministre lui permettant de déterminer les conditions et modalités de rémunération des médecins advenant une impasse dans le cadre de la négociation avec les organismes qui les représentent. (...) Cette mesure ne porte pas atteinte de façon substantielle au processus de négociation dans la mesure où le ministre continue de négocier de bonne foi et que ce n'est qu'en cas d'impasse dans les négociations qu'il peut déterminer les conditions et modalités de rémunération des médecins. » P. 12-13

Cette analyse du ministre Barrette confirme les pires craintes quant au fait que ce dernier instrumentalise l'Assemblée nationale et la présente Commission parlementaire avec son projet de loi n° 20 dans le seul but de s'adonner au jeu de la carotte et du bâton avec les fédérations représentant les médecins de famille et les autres médecins spécialistes. Au-delà de la légalité du stratagème utilisé par le Ministre, il y a lieu ici de questionner comment l'on peut avancer qu'il s'agirait ainsi de méthodes de négociation conciliables avec la notion de bonne foi.

De plus, le document inscrit clairement la mesure phare de son projet de loi dans la volonté gouvernementale d'instaurer un contexte d'austérité et d'économies budgétaires, plutôt que dans un souci véritable d'améliorer les services de santé au bénéfice des patients du Québec.

---

<sup>1</sup> *Analyse d'impact règlementaire*, Lois favorisant l'accès à des services de médecine de famille et de médecine spécialisée, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 10 octobre 2014, PP 12-13.

En fait, la solution centrale du projet de loi n° 20 est à ce point une fausse solution que le Ministre le reconnaît lui-même lorsqu'il souligne que plus de la moitié des médecins touchés par sa mesure coercitive choisiront une baisse de rémunération plutôt que de se plier au jeu des quotas de patients imposés. Cela pose donc la question : pourquoi alors proposer une solution que l'on sait vouée à l'échec? Serait-ce parce que les réelles motivations du projet de loi émanent davantage du Conseil du Trésor que du ministère de la Santé ?

Enfin, pour la relève médicale, une des conséquences majeures de l'objectif de productivité au cœur du projet de loi est très certainement l'impact négatif qu'il peut avoir sur la disponibilité des médecins enseignants et chercheurs pour assurer l'enseignement et la supervision de la recherche auprès des médecins résidents et des étudiants en médecine. Actuellement, à la lecture du projet de loi, il nous est impossible d'évaluer si ces deux volets d'une importance primordiale pour les médecins en formation pourront être protégés. Plusieurs intervenants, dont les représentants des facultés de médecine, l'ont déjà à juste titre mentionné à la Commission.

D'autres approches sont possibles et, selon nous, peuvent être plus efficaces et surtout, plus mobilisatrices. C'est ce que nous ferons valoir dans les pages qui suivent.

### 3. UNE FAUSSE SOLUTION À UN VÉRITABLE PROBLÈME...

Le projet de loi n° 20 repose sur un énorme préjugé : les problèmes d'accès aux médecins de famille, qui se situent en amont, seraient essentiellement dus au fait que les médecins de famille travailleraient moins et aux mauvais endroits. Toutefois, il est clair que l'atteinte des objectifs mis de l'avant par le projet de loi ne pourra se réaliser si le gouvernement n'assure pas, en aval, les outils (plateaux techniques, ressources humaines, etc.) nécessaires pour assurer le suivi du patient, une fois que celui-ci aura eu accès à un médecin de famille.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a même poussé encore plus loin l'expression d'un des pires préjugés, en laissant plus d'une fois entendre que la féminisation du corps médical et le fait que les jeunes médecins travailleraient moins que leurs collègues plus vieux, expliqueraient les problèmes d'accès aux soins. Au-delà du débat statistique que ces malheureuses - et surtout contreproductives - déclarations ont déclenché, nous devons souligner qu'elles deviennent alors un incontournable sous-texte qui en dit long sur la raison d'être de ce projet de loi. Il va sans dire que cela ne va pas dans le sens d'encourager la relève médicale à appuyer un tel projet de loi, alors que la FMRQ partage par ailleurs pleinement et sans réserve l'objectif d'améliorer principalement l'accès des patients aux soins et la garantie d'un suivi dans les limites médicalement requises et acceptables pour l'épisode de soins en entier. C'est le cœur du projet de loi qui pose problème, cette approche coercitive, le jeu de la carotte et du bâton : *Vous suivez des quotas de patients et vous allez pratiquer là où on vous dit d'aller – au contraire de tout ce qu'on vous a dit auparavant sur la diversité de la pratique en médecine familiale – sinon, on vous coupe votre rémunération.* Finalement, encore une fois, on assiste à une approche centralisatrice, décidée du haut du plus gros ministère du gouvernement, au mépris non plus de l'autonomie des instances locales, comme ce fut le cas avec le projet de loi n° 10, mais, de façon encore plus pointue, de celle des personnes qui prodiguent les soins sur le terrain.



L'établissement de quotas, sans égard au profil de pratique des médecins de famille, pose un réel problème. Il faut savoir que la pratique de tous les médecins de famille, sauf pour un très petit groupe qui compte plus de 20 ans de pratique, est basée sur les activités médicales particulières imposées par le gouvernement et entrées en vigueur en 1995. Au fil des ans, les médecins ont donc établi leur pratique en fonction des besoins que le gouvernement avait déterminés, notamment le travail à l'urgence ou en milieu hospitalier en priorité, la prise en charge des patients arrivant bonne dernière. Certes, les besoins de la population évoluent, mais le gouvernement peut-il blâmer les médecins pour des décisions et des cadres de pratique qu'il a lui-même établis ?

Par ailleurs, bien que les mesures touchant les médecins spécialistes aient fait l'objet de moins de commentaires depuis le dépôt du projet de loi n° 20, celui-ci a aussi un impact sur la pratique des médecins spécialistes. L'une de ces mesures oblige tout médecin spécialiste, à l'article 10 du projet de loi, à recevoir en consultation un nombre minimal de patients, déterminé par règlement. Il est clair que cette mesure s'avère nécessaire pour permettre l'atteinte de l'objectif d'accessibilité à la 2<sup>e</sup> ligne prônée par le Ministre. Toutefois, l'article du projet de loi qui en fait état est beaucoup trop vague. Une telle mesure nous apparaît difficilement applicable en raison du trop grand nombre de types de pratique. Est-ce que cet article vise à identifier des individus auxquels, comme en médecine familiale, on imposera des quotas ? Et comment pourra-t-on établir une ligne de conduite équitable pour tous les médecins spécialistes, alors que certains pourraient, en raison de leur expertise spécifique, être plus sollicités que d'autres et devoir gérer des listes d'attentes plus grandes.

Les délais qui visent à contrôler la gestion des consultations faites à des médecins spécialistes à l'urgence et le respect d'un délai de six mois pour la liste d'accès aux services spécialisés et surspécialisés visés à l'article 185.1 de la LSSSS nous inquiètent également au plus haut point. Le règlement devra-t-il être adapté avec un objectif individuel pour les quelque 10 000 médecins spécialistes ? Tiendra-t-il compte de la pratique de chacun d'entre eux ? Le projet de loi est là-dessus aussi silencieux.

#### **4. UN AUTRE CHÈQUE EN BLANC ET UN DANGER D'ATTEINTE À LA LIBERTÉ DE NÉGOCIATION**

Même si on admettait que la solution proposée par le Ministre soit la bonne, le projet de loi demeure fondamentalement problématique à plusieurs niveaux. D'abord, le texte parle de quotas de patients, d'objectifs à atteindre et de pénalités financières sans jamais préciser leur hauteur sinon les quelques exemples fournis par le Ministre dans le cadre de lettres ouvertes et de conférences de presse sur le sujet. C'est donc dire qu'encore une fois, il faut le croire sur parole et signer un chèque en blanc, au mépris des façons de faire démocratiques et de la plus élémentaire transparence, qui fut, rappelons-le, le credo du Premier ministre Couillard lors de la campagne électorale qui a porté le PLQ au pouvoir, l'an dernier. Et comme si cela n'était pas suffisant, on pousse l'injure jusqu'à prévoir que les pénalités financières imposées unilatéralement aux médecins seront décrétées par simple règlement, en contravention claire du principe de liberté de négociation. C'est donc dire ici que le ministre de la Santé et des Services sociaux, après avoir imposé la renégociation d'ententes de hausses salariales consenties librement aux médecins au nom de l'austérité financière, pourra maintenant décréter de nouvelles conditions affectant à la baisse ces salaires.

Nous sommes ainsi en complet désaccord avec l'article 39 du projet de loi qui permettrait au Ministre d'apporter « des modifications aux conditions et modalités de rémunération applicables aux médecins » dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services assurés, en faisant fi des principes de négociation déjà établis avec les fédérations médicales. Cette mesure porte atteinte aux accords-cadres qui ont été signés de bonne foi. On propose encore ici de faire fonctionner le système de santé sans égard aux acteurs du réseau, en violant les principes de libre négociation de leurs conditions de rémunération. Cela touchera les carrières futures de nos membres et nous le déplorons.

Peu importe la hauteur de la rémunération d'une personne, il y a de ces principes de respect des contrats convenus que l'on ne peut bafouer sans conséquences. De plus, puisque le Ministre affirme lui-même que la féminisation du corps médical serait une conséquence de la baisse de productivité moyenne des médecins omnipraticiens, le fait de proposer des pénalités financières à ceux et celles qui ne rencontrent pas les quotas de patients qu'il décrètera revient à imposer volontairement une mesure discriminatoire envers les femmes, sans savoir comment nous allons évaluer l'efficacité des mesures proposées ? Le projet de loi demeure muet sur la question.

## 5. UNE RELÈVE MÉDICALE PRÉOCCUPÉE PAR UN POSSIBLE MAUVAIS DIAGNOSTIC

Pour la FMRQ, il y a là de grandes inquiétudes pour les conditions futures de la relève médicale, et ce, bien au-delà des questions de rémunération. Jusqu'au projet de loi n° 20 et depuis de nombreuses années, la communauté médicale a fait la promotion de la médecine de famille en misant sur la diversité de cette pratique : *Choisissez la médecine familiale, cela vous donne accès à une pratique diversifiée. Vous pourrez travailler à l'urgence, à l'hôpital, en CLSC, dispenser des soins à domicile, etc.* La relève médicale a entendu l'appel et les étudiants en médecine investissaient avec enthousiasme cette pratique jusqu'à maintenant. À cet égard, un sondage réalisé par la FMRQ auprès des résidents présentement en formation en médecine familiale démontre que c'est effectivement la diversité de la pratique (94,3 %) et la possibilité de moduler sa pratique à travers la durée d'une carrière (88,4 %) qui ont motivé leur décision d'entrer en médecine familiale. D'ailleurs, c'est habituellement après cinq ans de pratique que les jeunes médecins modifient leur carrière pour y intégrer la prise en charge de patients, ce qui suppose, on le comprendra, le fait de s'installer en pratique dans une région ou une ville donnée.

Ce qu'on leur dit maintenant avec le projet de loi n° 20, alors que 914 résidents sont actuellement en formation pour devenir médecin de famille au terme de six à sept ans d'études doctorales et postdoctorales, c'est : *Oubliez ça, finalement, on veut vous voir faire que du cabinet avec des quotas de patients à rencontrer sous peine de baisse de rémunération, un point c'est tout. Oubliez les idéaux qu'on vous a enseignés en médecine de famille avec cette idée d'une pratique axée sur le patient et sa santé dans sa globalité, l'important, ce sont les statistiques du ministère et votre niveau de productivité.* Et on se surprend que la relève médicale réagisse négativement et ait la désagréable impression qu'un autre ministre est en train de décréter ses vues personnelles de la pratique médicale à l'ensemble des médecins du Québec, sans que les objectifs recherchés ne soient vraiment clairs. Et dans 5 ou 10 ans, un nouveau ministre de la Santé, d'une autre école de pensée, va-t-il encore imposer un virage à 180 degrés au réseau de la santé parce qu'il ne sera pas d'avis que la principale solution aux problèmes de notre réseau de la santé est vraiment celle de doter tous les citoyens du Québec d'un médecin de famille ?

Et le manque d'infirmières spécialisées, le manque de plateaux techniques pour permettre aux médecins spécialistes d'opérer et de faire diminuer les listes d'attente, l'absence de suivi informatisé des dossiers médicaux, le manque d'accès aux laboratoires et aux tests diagnostiques, le projet de loi n° 20 n'en parle pas, ne propose rien en ce sens. Le Ministre veut augmenter la productivité dans le réseau, mais il réduit les effectifs d'autres groupes de professionnels avec lesquels les médecins travaillent au quotidien, que ce soit en établissement ou en cabinet, GMF, etc. Cela nous laisse fort perplexe.

## 6. DE VÉRITABLES SOLUTIONS SONT POSSIBLES!

D'autres solutions existent pourtant. En première ligne, plusieurs milieux s'organisent autour du concept d'accès adapté. Les résidents en médecine familiale qui ont pu faire des stages dans des UMF ou GMF qui ont adopté ce concept, semblent grandement apprécier cette pratique d'heures de services adaptées aux besoins des clientèles basée sur la mise en place de plages réservées aux consultations plus urgentes pour leurs patients. Un article publié dans *Le médecin du Québec* décrit l'accès adapté comme suit : « *L'accès adapté est une organisation de la pratique médicale qui permet au docteur de « faire le travail d'aujourd'hui, aujourd'hui » et au patient de consulter son médecin au moment opportun. (...) Le patient voit « son » médecin, le travail est plus stimulant pour le médecin et les patients sont satisfaits. »*

Une organisation des soins autour d'objectifs clairs pour les soins médicalement requis et médicalement acceptables, tant en première ligne que par la suite, est une autre piste de solutions aux difficultés d'accès, autant aux soins de première ligne qu'aux soins spécialisés, pour faire diminuer les fameuses listes d'attente qui constituent un sujet récurrent de préoccupation de la population du Québec. Mais, pour que ce soit possible, il faut une clinique, du personnel clérical, des infirmières, et l'accès en temps opportun à la 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> ligne. Si la seule préoccupation du gouvernement est l'atteinte de l'équilibre budgétaire, il y a fort à parier que les solutions ne seront pas au rendez-vous.

Nous croyons qu'il faut sortir de cette approche essentiellement statistique, coercitive et productiviste qui nous est servie dans le projet de loi n<sup>o</sup> 20. Il faut des solutions plus constructives et respectueuses des réalités de chaque milieu et des multiples facettes de la pratique médicale. Encore faut-il qu'il y ait une volonté réelle de favoriser leur mise en place à partir d'une analyse partagée des faits, d'une approche mobilisatrice auprès des médecins et de mécanismes d'évaluation en continu des résultats des changements qui supposent – comme la FMRQ l'avait proposé dans son mémoire critiquant le projet de loi n<sup>o</sup> 10 - la mise en place d'un réel système de relevés d'indicateurs de performance du réseau de la santé.

Le Québec a besoin d'une véritable mise à niveau des processus de suivi médical, lesquels sont actuellement fort limités et fragmentés. Il faut une vision globale de l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du réseau, par tous les professionnels de la santé mobilisés autour des mêmes patients. Cela nous semble une condition incontournable pour assurer le succès de toute nouvelle réforme, contrairement à une approche qui se limite à compiler le nombre d'actes médicaux facturés par les médecins auprès de la RAMQ et de les comparer à des cibles décrétées unilatéralement par le Ministre par règlement. Nous parlons ici de médecine du 21<sup>e</sup> siècle où un patient n'attend plus parce qu'on a égaré son dossier papier ou parce que le médecin attend l'envoi d'un rapport diagnostique ou d'un résultat de laboratoire par la poste.

## **NOS RECOMMANDATIONS**

### **L'interdisciplinarité**

La clé du succès de toute réforme du système de santé en 2015, c'est l'interdisciplinarité. On ne peut imposer des mesures aussi contraignantes que celles qui sont proposées dans le projet de loi n° 20 à l'endroit des médecins, alors qu'il y a une insuffisance sur le plan des ressources humaines et des plateaux techniques dans le réseau de la santé. C'est un effort collectif qu'on doit demander aux médecins de famille et aux médecins spécialistes, et aux autres professionnels de la santé, pour assurer une plus grande accessibilité aux soins et services de santé, et pas seulement en 1<sup>re</sup> ligne.

### **Il faut agir en amont et en aval : de l'inscription à la fin de l'épisode de soins**

Le gouvernement doit assurer l'accès aux soins de 1<sup>re</sup> ligne en amont, ce qui peut se faire par le biais de l'inscription des patients, mais il doit aussi rendre disponible en aval les examens, l'accès aux autres médecins spécialistes, plateaux techniques, salles d'opération, dans des délais médicalement requis et acceptables, selon les critères scientifiques établis.

**Infirmières praticiennes spécialisées : il faut prévoir une augmentation sérieuse du nombre d'IPS**

L'apport d'un nombre suffisant d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne constitue une autre piste de solution qui doit faire l'objet d'une attention particulière pour améliorer davantage l'accessibilité aux soins.

**Responsabilité collective**

Quelles que soient les structures qui seront mises en place, il faut que le gouvernement s'assure de ne pas imposer la responsabilité de répondre aux besoins en première ligne qu'aux seuls médecins de famille, sur une base individuelle. Celui-ci doit miser sur la collectivité médicale et paramédicale, les regroupements de médecins en GMF ou en cliniques-réseaux, lesquelles offrent des services avec heures d'ouverture élargies et qui disposent de plateaux techniques pour des tests urgents, qui peuvent avoir des ententes avec les établissements pour offrir des services, en tenant compte des besoins de la population de leur région. Les médecins de famille optent également de plus en plus pour l'accès adapté pour ce qui est de la prise de rendez-vous, une formule qui permet de voir leurs patients en temps opportun.

**AMP ou AMA, le gouvernement ne peut changer d'orientation constamment**

Le gouvernement dénonce l'insuffisance de prise en charge par les médecins de famille. Le Ministre et son ministère ne doivent pas oublier que les activités médicales particulières (AMP) ont modelé la formation des médecins de famille des 25 dernières années et que c'est le gouvernement qui a « sorti » les médecins de famille de leurs cabinets pour combler des besoins criants dans les salles d'urgence, en milieu hospitalier, en obstétrique. Qu'arrivera-t-il si ces médecins quittent leurs obligations pour retourner en cabinet ? Ne compte-t-on que sur la nouvelle génération de médecins pour la prise en charge ? Quelle que soit la réponse à ces questions, on ne peut se permettre de créer une rupture de services dans les établissements de santé, où les médecins de famille dispensent des soins en complémentarité avec leurs collègues des autres spécialités.



Par ailleurs, il faut aussi s'assurer que les exigences des établissements respectent les règles établies. En effet, il arrive souvent que les établissements, en raison de besoins importants, exigent jusqu'à 25 h et plus d'AMP de la part des médecins de famille, ce qui rogne sur la prise en charge et les autres volets de la pratique en première ligne.

De plus, la prise en charge se retrouve actuellement au bas de la liste des activités médicales particulières. Si l'on souhaite augmenter le nombre d'heures consacrées à cet aspect de la pratique, il faudra lui donner plus d'importance dans la liste des « activités médicales autorisées ». Il faut ainsi noter que la prise en charge de patients impliquerait l'installation, dans une région donnée, des jeunes médecins en tout début de pratique, alors que ceux-ci retardent souvent cette décision, pour éviter de laisser tomber une clientèle après quelques années. Selon nous, il y aura lieu de questionner la pertinence du maintien des AMP une fois que les objectifs d'inscription des patients auront été atteints.

### **Du temps protégé pour la formation de la relève**

L'un des aspects de ce projet de loi qui touche directement les médecins en formation est la protection du temps d'enseignement et de recherche des médecins en exercice. Même si nous sommes d'accord que l'accessibilité et la qualité des soins demeurent une priorité pour le Québec, la qualité de la formation médicale ne peut être reléguée à l'arrière-plan. Il faut absolument que le projet de loi précise que les médecins qui font de l'enseignement et de la recherche verront cet aspect de leur pratique pris en compte dans l'établissement des exigences qui pourraient leur être imposées.

### **Des indicateurs de performance du réseau et des objectifs mesurables**

Pour permettre l'identification des ressources manquantes actuellement dans le réseau de la santé et le niveau requis pour pallier le problème, on ne peut mettre en place des solutions mur à mur. Bien que certains indicateurs de performance soient déjà disponibles dans le réseau, nous sommes d'avis qu'il y a encore beaucoup de travail à faire, parfois même sur une base plus sectorielle ou locale, afin de mieux cerner les réels besoins et les correctifs à apporter. On pourrait, entre autres, mettre en place des mesures susceptibles d'identifier les zones d'inefficacité du réseau et d'apporter des améliorations ciblées sur le terrain, dans les endroits où l'on performe moins bien.

**Le dossier patient électronique, un outil indispensable**

Les communications entre les divers professionnels du réseau doivent absolument être améliorées, que ce soit pour les transferts de patients, les liens entre les professionnels du réseau – médecins, infirmières, pharmaciens, nutritionnistes, et autres, notamment par la mise en place d'un dossier électronique efficace dans les meilleurs délais.

**Rémunération**

Le mode de rémunération des médecins de famille pourrait peut-être bénéficier de nouveaux modèles pour certains types de pratique. Une rémunération par capitation favorisant la prise en charge, comme cela se fait en Ontario, est une piste de solution qui devrait être étudiée. Par exemple, chez nos voisins ontariens, 35 % de la rémunération est basée sur la capitation et 65 % sur la rémunération à l'acte. De toute façon, peu importe le modèle retenu, celui-ci devrait être discuté dans le cadre des négociations avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, comme il se doit, et non pas dans le cadre d'un projet de loi qui irait à l'encontre du processus de libre négociation.

**Une consultation plus étroite avec les acteurs du réseau**

La dernière recommandation mais non la moindre consiste à mettre en place un véritable dialogue entre le Ministre et les principaux acteurs du réseau. Une réforme de l'envergure de celle qui est proposée dans le projet de loi n° 20, soit l'accessibilité partout pour tous, ne peut se faire sans les médecins, infirmières et autres professionnels sur le terrain, qui sont au fait des difficultés que rencontrent les patients et donc, porteurs de solutions.

**Le gouvernement devra réécrire son projet de loi**

Tout ce dont le Ministre tient compte dans son évaluation du travail des médecins, c'est le nombre d'actes posés et de patients vus. Mais, un fait demeure, il est important d'évaluer si la population reçoit les soins dont elle a besoin, tant en première ligne que sur le plan du suivi médical. Il faut préciser les objectifs à atteindre et mesurer les besoins de façon plus précise, tant en amont, lors de la prise en charge, qu'en aval, lors des traitements et de la fin de l'épisode de soins.

Comme le projet de loi est basé sur une fausse prémisse, il y a lieu de le rejeter de procéder à sa réécriture complète, et ce, dans le plus grand respect des accords-cadres existants et de la libre négociation, comme le prévoit l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie du Québec.

## 7. CONCLUSION

Le projet de loi n° 20 risque d'entraîner des effets pervers et, pire encore, de ne pas permettre l'atteinte de son principal objectif : l'accessibilité aux soins de santé pour tous les Québécois. Nous croyons primordial que le gouvernement travaille avec les principaux acteurs du réseau plutôt que de s'en prendre à la profession médicale. Il faut rétablir un climat de confiance. Le Ministre doit faire preuve de beaucoup plus de transparence sur ses intentions quant aux règlements qu'il entend adopter pour mener à bien son projet de réforme et il doit retirer les mesures coercitives, selon nous illégales et discriminatoires du projet de loi.

Convenons d'une chose. En priorité, il y a l'accès à un médecin de famille et, selon nous, les médecins de famille vont s'assurer, collectivement, qu'il en soit ainsi. Mais, en aval, qui va s'assurer que les patients auront accès à des soins dans des délais qui limiteront le plus possible la morbidité et la mortalité ? Qui va s'assurer que ces mêmes patients auront accès rapidement, dans des délais médicalement acceptables, aux soins médicalement requis, aux médecins spécialistes et aux différents plateaux diagnostiques et thérapeutiques ? Étrangement, le Ministre s'est bien gardé de le mentionner. Promettre à la population québécoise qu'elle aura accès à un médecin de famille, foi du ministre Barrette, c'est peut-être vendeur et ça peut plaire. Mais, si nous ne garantissons pas la suite de l'épisode de soins, cela ne sert à rien. Et le Ministre qui veut contrôler les médecins sera confronté à la réalité de l'austérité et des restrictions budgétaires qui frappent les établissements de santé et forcent ces derniers à réduire leur offre de services. Le report d'interventions chirurgicales en raison du manque d'effectifs (ex : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal) en est la preuve éloquente. Et qui écope ? Le patient qui, soit dit en passant, est censé être au centre du système depuis des décennies. Et qui sera imputable et pénalisé pour ce manquement ? Même si les décisions auront été prises par le gouvernement, ce seront encore une fois les médecins dispensateurs de soins qui seront blâmés.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux fait preuve d'un machiavélisme sans précédent en jetant l'opprobre sur la seule profession médicale en les désignant comme uniques responsables des failles du système de santé, dans le cadre d'un projet de loi par lequel il tente d'imposer ses vues plutôt que de négocier des solutions avec les partenaires que sont les médecins. Comme responsable du système de santé, il doit obligatoirement s'assurer que tous les soins et services médicalement requis seront rendus dans des délais médicalement acceptables et il doit également le promettre à la population québécoise. Ce faisant, il fera alors la preuve qu'il est un vrai leader.

Le projet de loi n° 20 n'est pas une réforme de structure comme l'était le projet de loi n° 10. Il est impensable pour nous, cette fois, que le gouvernement s'en tienne à des changements de forme apportés ultérieurement par amendements, pour ensuite s'appuyer sur sa majorité parlementaire pour les faire adopter, en mettant fin abruptement aux consultations et à la délibération démocratique. Le cœur du projet de loi ici est à réécrire. Une approche mobilisatrice et d'autres solutions doivent être trouvées. Le Ministre doit travailler en collaboration avec les fédérations médicales. La FMRQ offre ainsi toute sa collaboration à la mise en place de mesures favorisant un meilleur accès aux soins de santé pour les patients et un accès à des soins de qualité, car c'est l'actuelle relève médicale qui assumera progressivement cette responsabilité dans les années à venir.