

L'allocution prononcée fait foi

**Note d'allocution du
ministre de la Santé et des Services sociaux,
monsieur Gaétan Barrette,
portant sur le projet de 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**

Québec

Le 28 novembre 2014

Mesdames et Messieurs,

La population est insatisfaite de la performance de notre système de santé et de services sociaux, non pas quant à la qualité des services fournis, mais plutôt quant à l'accès à ces services et son cheminement dans le système.

La population s'attend à des actions de la part de son gouvernement.

Elle a raison.

Quelques faits : en comparaison avec l'Ontario, le Québec compte 20 % de plus de médecins de famille et 15 % de plus de médecins spécialistes.

Les médecins québécois répondent eux-mêmes à des sondages révélant qu'ils travaillent moins d'heures que leurs confrères canadiens.

L'analyse sur une période de 15 ans montre une diminution constante du nombre de jours travaillés et du nombre de patients vus par jour travaillé. Bien que cet état de fait touche autant les médecins de famille que les médecins spécialistes, la situation est plus marquée chez les médecins de famille, qui représentent la porte d'entrée du réseau.

Aujourd'hui, les statistiques montrent que 59 % des médecins de famille travaillent moins de 175 jours par an, pour une moyenne annuelle de 117 jours.

Du côté des médecins spécialistes, cette diminution est beaucoup moins grande, mais la gestion de leur pratique ne favorise pas la performance du réseau, ni l'intégration avec la première ligne.

Je l'ai dit, pour améliorer la situation, une seule mesure ne peut suffire; il en faudra donc plusieurs.

C'est dans cet esprit que nous avons déposé le projet de loi 10, qui porte sur la gouvernance et l'organisation du réseau.

C'est dans ce même esprit que nous présentons le projet de loi 20, lequel s'adresse aux médecins, et concerne plus particulièrement l'accès à ceux-ci, leur capacité de donner des services, et la fluidité entre les médecins de famille et les spécialistes.

Le projet de loi 10 organise les soins, le projet de loi 20 augmente les soins.

Ainsi, deux séries de mesures sont proposées : l'une pour les médecins de famille, l'autre pour les médecins spécialistes.

D'abord les médecins de famille.

Actuellement, ils sont assujettis à des activités médicales particulières, c'est-à-dire à un nombre minimal d'heures devant être exercées en institution. Par exemple, l'hôpital, l'urgence, le CHSLD, les soins palliatifs, etc.

Mais, dans le régime actuel, un médecin, en plus de ses AMP, n'a pas l'obligation de prendre en charge des patients.

En fait, un médecin peut exercer totalement ou majoritairement à l'hôpital, s'il le désire. Dans les faits, on observe un déséquilibre patent en faveur de l'hôpital.

La cause : une rémunération nettement plus favorable à l'hôpital qu'en cabinet.

Le projet de loi 20 viendrait changer cette donne en permettant au gouvernement, par voie réglementaire, d'imposer à chaque médecin la prise en charge d'un nombre minimal de patients, et en établissant des paramètres stricts l'incitant à voir ses patients sous peine de sanctions pécuniaires.

Prenons l'exemple d'un médecin qui en est à sa 10^e année de pratique. Aujourd'hui, on exige de lui 12 heures d'AMP par semaine. Avec le projet de loi 20, cette obligation réglementaire demeurerait. Mais ce médecin aurait en plus l'obligation réglementaire de prendre en charge, par exemple, 1000 patients. À titre indicatif, le nombre moyen de patients pris en charge par un médecin ayant 10 ans de pratique est de 564. De toute manière, aujourd'hui il aurait la possibilité de ne prendre aucun patient.

Ceci n'est évidemment pas suffisant puisque la prise en charge, c'est-à-dire l'inscription, ne garantit pas une visite chez son médecin de famille.

Conséquemment, pour inciter ce médecin à développer une pratique garantissant un accès accru pour ses patients, un outil de gestion permanente de son profil de pratique serait mis en place.

Et cet outil lierait directement le niveau de rémunération de ce médecin à son profil de pratique. Je m'explique.

Cet outil déterminerait un « taux d'assiduité » du patient envers son médecin.

Ce que l'on veut, c'est que le patient voit majoritairement son médecin de famille plutôt que d'aller attendre des heures dans une salle d'urgence.

Pour que ça arrive, le médecin doit se rendre accessible pour ses patients.

Pour établir ce taux d'assiduité, la RAMQ a dès maintenant la capacité de déterminer en direct le ratio entre le nombre de fois où le patient a vu son médecin de famille versus le nombre de fois où le patient a été vu partout dans le système, incluant son propre médecin.

Par exemple, si un patient inscrit à un médecin X voit ce dernier quatre fois dans l'année mais s'est présenté à l'urgence une fois voir un autre médecin, le taux d'assiduité de ce médecin serait établi à 80 %.

Cette donnée-là est une donnée fiable et solide.

Or, j'ai dit que la rémunération du médecin serait liée directement à ce taux d'assiduité. Le projet de loi 20 permettrait au gouvernement de déterminer par voie de règlement le taux d'assiduité à partir duquel le médecin recevrait sa pleine rémunération.

Par exemple, un médecin qui aurait un taux d'assiduité de 80 % ou plus aurait sa pleine rémunération. Une décroissance par paliers du taux d'assiduité entraînerait une pénalité pouvant atteindre jusqu'à 30 % de sa rémunération totale à partir d'un taux d'assiduité inférieur à 60 %.

Revenons à mon exemple. Un patient qui verrait deux fois dans l'année son médecin, mais qui irait 3 fois à l'urgence ferait en sorte que la RAMQ établirait le taux d'assiduité de ce médecin à 40 %. Le médecin verrait sa rémunération totale diminuée de 30 %.

La même mécanique s'appliquerait pour le nombre de patients inscrits, soit une pleine rémunération à 100 % du nombre requis jusqu'à une perte de 30 % si le nombre de patients inscrits est de moins de 80 % de l'objectif.

Finalement, la non-observance des AMP entraînerait la même chose.

Conséquemment, pour avoir accès à sa pleine rémunération, le médecin aurait :

- 1- l'obligation de faire son nombre d'heures d'AMP dans une semaine;
- 2- l'obligation de prendre en charge un minimum de patients;
- 3- l'incitation effective de développer une pratique qui favorise l'accès à ses patients pour éviter une perte monétaire significative.

On comprendra que le régime actuel de primes à l'inscription serait aboli.

Selon nos prévisions, nous estimons que la moitié des médecins à temps partiel choisiront le temps plutôt que l'argent et assumeront la pénalité, laquelle évidemment compensera pour ceux qui choisiront l'argent plutôt que le temps. Bref, cette mesure serait à coût nul.

Selon nos prévisions, cette technique ferait en sorte que 8 011 850 Québécois seraient inscrits à un médecin de famille, c'est-à-dire toute la population du Québec.

Nous estimons également que le nombre de visites serait augmenté d'au moins 3 M.

Pour assurer la fluidité et la performance du système, notamment pour assurer la performance du travail du médecin de famille, d'autres mesures seraient mises en place pour les médecins spécialistes.

Les paramètres qui s'appliqueraient sont les suivants :

- Recevoir en consultation (hors de l'urgence) un nombre minimal de patients référés par un médecin de famille, tel que déterminé par règlement du gouvernement.
- Assurer le suivi d'une consultation demandée entre 7 h et 17 h à l'urgence dans un délai prescrit par règlement (3 h).
- Assurer la prise en charge et le suivi médical des patients hospitalisés, à titre de médecin traitant, lorsque la masse critique de médecins de famille dans le centre hospitalier est insuffisante.
- Assurer une gestion adéquate des listes d'attente chirurgicales en priorisant les patients en attente depuis plus de 6 mois.

Comme c'est le cas pour les médecins de famille, la non-observance d'au moins une de ces mesures entraînerait la diminution de 30 % de la rémunération de l'ensemble de la pratique des médecins visés.

Finalement, le gouvernement aurait la possibilité, de façon exceptionnelle, de réaménager les grilles tarifaires tout en respectant les masses salariales négociées.

PMA

Le projet de loi 20 propose également des dispositions visant à encadrer la pratique de la procréation assistée.

Ce programme a été abondamment questionné, tant en raison du manque de balises que du volume d'activités et des coûts qu'il a entraînés, lesquels sont largement supérieurs à ceux anticipés. Au total, les contribuables l'ont financé à hauteur de 216 M\$.

Ces critiques sont d'ailleurs bien documentées dans le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être paru en juin 2014.

Ce projet de loi vise à mieux encadrer ce programme et à resserrer certaines pratiques médicales, et ce, dans l'objectif d'assurer la protection de la santé des femmes et des enfants à naître.

En effet :

- Une croissance rapide du taux de césarienne chez les femmes ayant eu recours à la procréation assistée. 37 % d'entre elles ont subi cette intervention contre 22 % dans les cas de procréation spontanée.
- Les bébés issus de la procréation assistée sont aussi plus petits, ceci ayant pour conséquence de plus longs séjours hospitaliers, notamment aux soins intensifs.
- Ces séjours prolongés aux soins intensifs coûtent 42 % de plus au trésor public que pour les bébés non issus de la procréation assistée.

Le projet de loi 20 vise aussi à participer aux efforts de redressement des finances publiques.

Nous jugeons donc important de proposer de nouvelles balises.

Ainsi, le projet de loi 20 propose les balises suivantes :

- Le programme serait ouvert à toutes et à tous : aux couples hétérosexuels, aux femmes seules et aux couples de même sexe.
- L'âge d'accès : la fécondation *in vitro* serait accessible aux femmes âgées de 18 à 42 ans inclusivement.

- Une période minimale de relations sexuelles ou d'insémination artificielle serait exigée avant tout traitement de fécondation *in vitro*.
- La femme souhaitant bénéficier du programme devrait le faire suivant une séquence définie et hiérarchiquement croissante commençant par la stimulation ovarienne, suivie de séquences d'insémination artificielle, pour finalement, si ces deux méthodes échouent, accéder à la fécondation *in vitro*.
- Une évaluation psychosociale des parents serait requise dans le cas du recours à des gamètes de donneurs ou si le médecin traitant le juge pertinent.
- Un diagnostic génétique préimplantatoire ne pourrait être effectué sur des embryons aux fins d'identifier les maladies monogéniques graves et les anomalies chromosomiques.
- À propos du transfert d'embryons : un seul transfert serait autorisé chez les femmes de moins de 37 ans et deux par la suite.
- Il serait interdit aux professionnels de la santé et des services sociaux de diriger une personne hors du Québec pour y recevoir des services de procréation assistée qui ne sont pas conformes aux normes prévues par le présent projet de loi.
- Tout projet de recherche serait encadré par un comité central d'éthique et de recherche en application de l'article 21 du Code civil du Québec;
- Afin de relever le niveau de qualité, de sécurité et d'éthique, la loi permettrait au ministre de demander à un organisme compétent, tel le Collège des médecins du Québec, d'élaborer des lignes directrices en matière de procréation assistée.
- Des amendes pouvant aller jusqu'à 50 000 \$ seraient prévues pour toute personne qui contreviendrait à certaines dispositions de la loi. Notamment, un nombre excédentaire d'implantations.

Par ailleurs, je vous annonce que notre gouvernement a également décidé de mettre fin à la couverture publique de ces actes. Toutefois, la gratuité serait maintenue lorsque médicalement indiquée, par exemple dans les cas où la fertilité serait compromise, comme lors de traitements de chimiothérapie.

La gratuité serait aussi maintenue pour les services d'insémination artificielle rendus par un médecin.

Afin de garantir un accès raisonnable à ce programme, nous avons fait le choix d'attribuer un crédit d'impôt variable aux familles selon les paramètres suivants :

- Un seul cycle serait payé jusqu'à l'âge de 37 ans. Un 2^e cycle pourrait être payé de 38 à 42 ans.
- Seraient exclus du crédit d'impôt les ménages dont l'homme est vasectomisé ou la femme ligaturée. Seraient aussi exclus les gens qui ont déjà eu un enfant.
- Ainsi, un crédit d'impôt remboursable à hauteur de 80 % des coûts liés aux traitements serait octroyé aux familles ayant un revenu de 50 000 \$ ou moins.
- Ce crédit d'impôt diminuerait graduellement et linéairement jusqu'à concurrence de 20 % des coûts liés aux traitements pour les ménages ayant un salaire combiné de 120 000 \$ ou plus.

Je tiens également à rassurer les personnes qui ont déjà commencé le processus de procréation assistée : des mesures transitoires sont prévues dans le projet de loi pour leur permettre de poursuivre et de terminer leur traitement en cours selon le régime actuel.

Conclusion

Le projet de loi 20 déposé aujourd'hui s'inscrit en complémentarité du projet de loi 10 qui propose une réforme importante de notre réseau.

Il s'inscrit dans la volonté ferme du gouvernement d'améliorer l'accessibilité aux services de santé et services sociaux au Québec tout en contrôlant la croissance des coûts du réseau.

Également, des économies appréciables seront réalisées à la suite de l'adoption de ce projet de loi.

J'invite les parlementaires et la population à soutenir le gouvernement dans ses démarches visant à améliorer l'accessibilité aux soins et services de santé.