



MÉMOIRE SUR LA PREMIÈRE PARTIE DU PROJET DE LOI N° 20 :
Loi favorisant l'accès aux services
de médecine de famille et de médecine spécialisée

ASSURER L'ACCÈS

**10 propositions pour vraiment améliorer
l'accès aux services de première ligne**

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

18 mars 2015

MQRP est un regroupement volontaire de médecins, voué au maintien et à l'amélioration du système public de santé accessible à tous, sans distinction de moyens, par la voie d'un financement et d'une prestation des soins publics. Constitué en 2005 suite au jugement Chaoulli de la Cour suprême, MQRP considère que des améliorations au système de santé s'imposent, mais qu'elles peuvent et doivent se faire dans le cadre du régime public pour être à l'avantage de toute la population.

Notre démarche se fonde sur les réalités de la pratique quotidienne de la médecine, l'analyse des données de la littérature scientifique et de l'économie des systèmes de santé, ainsi que sur le dialogue interdisciplinaire.

MQRP compte actuellement plusieurs centaines de médecins de toutes catégories dans diverses régions du Québec. Ses activités sont aussi ouvertes aux personnes et organisations amies qui contribuent de diverses manières à ses travaux.

MQRP est partenaire de Canadian Doctors for Medicare (www.canadiandoctorsformedicare.ca) qui poursuit des objectifs semblables dans les autres régions du Canada.

Médecins québécois pour le régime public
5225 rue Berri, bureau 304 Montréal (Québec)

H2J 2S4

info@mqrp.qc.ca

www.mqrp.qc.ca

Comité de rédaction du mémoire :

- Dre Saideh Khadir, conseillère
- Dre Isabelle Leblanc, présidente
- Dr Francis Livernoche, conseiller

MQRP dénonce le projet de loi 20 et demande son retrait

MQRP joint sa voix aux nombreux regroupements de médecins et aux directions des facultés de médecine qui dénoncent le projet de loi 20, craignant ses effets prévisibles négatifs.

MQRP déplore les difficultés d'accès *en temps utile* aux services de première ligne, particulièrement dans certaines régions, de même que l'attente souvent déraisonnable pour les soins spécialisés, qui peut même affecter la survie.

Au lieu de tenter d'agir sur les comportements individuels des médecins en leur imposant des normes chiffrées, le gouvernement doit plutôt identifier les problèmes systémiques d'accès et agir sur les facteurs pouvant rendre plus efficace le système public et améliorer la santé de l'ensemble de la population.

Au lieu d'imposer une solution unique, le gouvernement aurait intérêt à reconnaître les initiatives des acteurs du terrain et à s'en inspirer pour en favoriser le développement sur une plus large échelle.

Le gouvernement doit s'attaquer à des facteurs sur lesquels il a déjà *le pouvoir d'agir rapidement* plutôt que d'entraîner l'ensemble du réseau dans une réforme d'envergure aux lendemains très incertains.

MQRP présente 10 propositions pour améliorer l'accessibilité pour tous les patients et assurer que les soins médicalement requis seront disponibles pour tous.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
COMMENTAIRES SUR LE PROJET DE LOI 20	7
RÉPONSE AUTOCRATIQUE À UN ENJEU COMPLEXE	7
SÉLECTION DE PATIENTS, RISQUE POUR LES PLUS VULNÉRABLES.....	7
VOLUME DE SOINS AU DÉTRIMENT DE LA QUALITÉ.....	8
TAUX D'ASSIDUITÉ, ATTEINTE AU LIBRE-CHOIX.....	9
MÉCONNAISSANCE DU RÔLE DES MÉDECINS DE FAMILLE.....	10
PRIVATISATION ET PERTURBATION DU RÉSEAU.....	11
PROPOSITIONS DE MQRP.....	12
CONCLUSION.....	21

« Les régimes provinciaux et territoriaux doivent fournir à toutes les personnes assurées un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires sans frais ni autres mesures restrictives »

Définition d'accessibilité
Loi canadienne de la santé (chapitre C-6, art. 12.)

INTRODUCTION

Les changements apportés par le projet de loi 20 à la pratique de la médecine, principalement celle de la médecine de famille, risquent de perturber l'équilibre de notre système public. En établissant des cibles minimales de patients devant être inscrits par médecin de famille - avec pénalités financières si ces quotas ne sont pas respectés - le gouvernement mise sur une méthode coercitive plutôt que sur la concertation.

Il nous semble que la solution arithmétique proposée par le gouvernement est vouée à l'échec. Le projet de loi 20 traduit une vision simpliste reposant sur un *a priori* erroné : la responsabilité du manque d'accès à la première ligne tient au manque de productivité des médecins de famille. Nous nous garderons ici d'alimenter la guerre de chiffres à laquelle s'est appliqué le ministre ces dernières semaines, pour recentrer la discussion sur une évaluation plus globale de l'accessibilité au Québec.

Certaines décisions politiques antérieures ont contribué à la dégradation progressive de l'accès aux services de santé de première ligne. Par exemple, la réduction du financement des établissements publics de première ligne (CLSC et Unités de médecine familiale (UMF)) ainsi que la transformation de plusieurs équipes de médecins de CLSC en groupes de médecine familiale (GMF) - pour lesquels l'accès n'est réservé qu'aux patients *inscrits* - ont certainement nui à l'accessibilité pour la population générale. De plus, le gouvernement doit prendre sa part de responsabilités pour les dérives découlant des négociations avec les fédérations médicales, sur la question des primes pour patients orphelins notamment.

Dans ce mémoire, nous commenterons les aspects du projet de loi qui nous semblent les plus préoccupants compte tenu de la mission publique de notre système de santé. Nous chercherons ensuite à démontrer que les problèmes d'accessibilité sont avant tout d'ordre organisationnel et proposerons différentes pistes de solutions tenant compte de la réalité de notre système de santé et des forces qui l'animent.

COMMENTAIRES SUR LE PROJET DE LOI 20

RÉPONSE AUTOCRATIQUE À UN ENJEU COMPLEXE

Si MQRP reconnaît l'importance du problème d'accessibilité à la première ligne, nous estimons que ce projet de loi, présenté de manière précipitée par le ministre de la Santé, est voué à l'échec.

S'étant déjà octroyé des pouvoirs quasi absolus sur les établissements par le projet de loi 10, ministre présente maintenant, sans étude sérieuse ni consultation préalable supportant sa proposition, un projet de loi qui laisse entendre que lui seul détient la clef de l'enjeu considérable qu'est l'accessibilité en première ligne. Ne se contentant pas seulement de prendre des décisions unilatérales, il rajoute à l'incertitude en ne révélant que partiellement ses intentions dans son projet de loi. Il se garde ainsi toute la latitude pour encadrer davantage la pratique par des règlements qui n'auront pas été discutés au sein de nos instances démocratiques.

Nous sommes d'avis que les réponses se trouvent plutôt du côté de la concertation, dans la mise en place de mesures à plusieurs niveaux qui incluraient tous les acteurs du milieu. Rarement avons-nous vu au Québec un tel niveau de confrontation entre le ministre et les médecins. Pourtant, l'adhésion des omnipraticiens à une telle réforme est indispensable.

Nous incitons le ministre à reprendre un dialogue honnête et ouvert avec l'ensemble du corps médical afin de faire face ensemble à ce défi majeur de notre système de santé.

SÉLECTION DE PATIENTS, RISQUE POUR LES PLUS VULNÉRABLES

Alors que le projet de loi 20 se veut une réponse au problème d'accessibilité, notre plus grande crainte est qu'il limite au contraire l'accès des patients les plus vulnérables au suivi médical dont ils ont besoin. Pour se conformer aux quotas et aux

exigences d'assiduité, les médecins seront en effet incités à délaissier une partie de leurs patients très malades pour inscrire des patients en meilleure santé (« *cherry-picking* »).

Afin de pallier ce risque de sélection opportuniste, le gouvernement a évoqué différentes pondérations pouvant favoriser la prise en charge de ces patients plus complexes. À notre avis, aucun système de pondération, aussi détaillé soit-il, ne pourra jamais représenter la complexité et l'ensemble des conditions médicales et psychosociales pouvant nécessiter une prise en charge plus intensive du médecin. Nous avons déjà pu constater les limitations évidentes de ce système avec les codes de vulnérabilité définis par la RAMQ dans le contexte des GMF et des Guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO). Puisque l'identification de ces patients revient au médecin, le risque demeure que des médecins abusent de cette notification en exagérant la vulnérabilité (« *gaming* »).

Il faut aussi considérer que le fonctionnement de ce système de quota et de pondérations représentera une charge administrative significative pour notre réseau qui peine déjà à subvenir aux exigences actuelles. Dans le contexte d'austérité et de réforme structurelle, nous nous questionnons sur la capacité réelle du réseau à gérer l'application et à la surveillance de ces mesures.

VOLUME DE SOINS AU DÉTRIMENT DE LA QUALITÉ

Il ne suffit pas simplement d'augmenter le volume de soins pour répondre de manière adéquate au problème d'accessibilité. La population s'attend aussi au maintien de la qualité des soins qui lui sont dispensés.

Or, avec la pression de performance qu'exercera le projet de loi 20 sur la pratique des omnipraticiens, on risque de voir apparaître une médecine de chaîne de montage, déshumanisée. Il sera ainsi plus facile de répondre aux inquiétudes des patients par des investigations et des références rapides plutôt que de les accompagner, avec écoute et empathie, dans leur trajectoire de soins.

En plus de s'éloigner des normes de qualité, ce type de pratique productiviste, combiné à la rémunération à l'acte qui prévaut dans notre système de santé, représentera une charge salariale supplémentaire significative pour notre État. Dans le contexte actuel d'austérité, il semble y avoir contradiction avec l'article 1 de ce projet de loi visant à « optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé ».

TAUX D'ASSIDUITÉ, ATTEINTE AU LIBRE-CHOIX

Au lendemain du dépôt du projet de loi, le ministre a proposé comme nouvelle mesure d'encadrement de la pratique la notion d'assiduité du patient envers son omnipraticien. Nous sommes restreints ici à commenter essentiellement le concept général d'assiduité, car ses modalités d'application ne seront connues que plus tard, par décret unilatéral des règlements.

Si la perspective de limiter des consultations inutiles auprès des autres services de santé et de favoriser une continuité dans le suivi est hautement souhaitable, nous sommes d'avis que cette responsabilité incombe surtout à l'équipe médicale qui supporte le patient plutôt qu'au médecin seul. Cette notion de responsabilité partagée est d'ailleurs explicite lorsque le projet de loi définit ses attentes par rapport aux médecins spécialistes (article 11, alinéa 2).

À notre avis, le fait d'imposer une mesure punitive à un médecin pour le choix personnel de son patient risque d'engendrer certaines distorsions dans la relation patient-médecin. Non seulement elle favorise la sélection par le médecin de patients avec un certain profil d'assiduité, mais en plus elle contredit le droit fondamental des usagers du système de choisir librement son médecin, tel que garanti par la Loi sur l'assurance-maladie¹.

¹ Loi sur l'assurance-maladie, chapitre A-29, art. 2.

MÉCONNAISSANCE DU RÔLE DES MÉDECINS DE FAMILLE

Le projet de loi fait montre d'une méconnaissance profonde du rôle unique que joue la médecine familiale au Québec. Au cours des dernières années, les omnipraticiens ont diversifié leur pratique pour s'adapter aux besoins multiples de la population, intégrant notamment les centres hospitaliers comme nulle part ailleurs au Canada. Alors que certains ont développé une expertise appréciable dans des services précis, d'autres se vouent à la prise en charge globale des patients. L'idée que des dispositions aussi contraignantes que celles mentionnées par le projet de loi puissent s'appliquer à tous les omnipraticiens, peu importe leur région et leur type de pratique, est donc illusoire.

Dans le débat entourant le projet de loi, nous déplorons particulièrement l'attitude malhonnête du ministre envers la médecine de famille. En insinuant à mots à peine couverts que les omnipraticiens sont des privilégiés paresseux, c'est la profession de médecine de famille elle-même qui est discréditée devant la population. Plus particulièrement, le ministre s'attaque aux choix personnels de milliers de médecins qui optent pour une pratique allégée pour des raisons familiales, professionnelles ou de santé. Avec la plus grande proportion de femmes médecins au Canada (44,8%), plusieurs observateurs ont vu dans ce projet de loi une fronde directe envers les femmes médecins du Québec.

Nous craignons que cette dépréciation générale n'ait des conséquences importantes sur le choix de carrière des étudiants en médecine alors que des efforts considérables sont déployés par les Facultés pour atteindre les cibles de 55% d'admissions en médecine de famille.

PRIVATISATION ET PERTURBATION DU RÉSEAU

Comme nous avons pu le constater par de récentes déclarations dans les médias, le projet de loi 20 expose notre système public de santé à la menace d'un mouvement majeur de désaffiliation des médecins participants. Déjà, les cliniques privées se mobilisent afin de profiter du climat d'insécurité qui règne parmi les médecins et cherchent à optimiser leur recrutement en mettant de l'avant la qualité de vie, l'autonomie de la pratique, les horaires flexibles et le temps protégé pour les rencontres avec les patients.

Le contraste entre ce type de pratique dérèglementée et la perception d'une pratique à multiples entraves dans le système public risque fort d'attirer de plus en plus de médecins de famille vers la pratique privée, hors RAMQ. En effet, si l'accumulation de contraintes telles que les PEM (plans d'effectifs médicaux), les PREM (plans régionaux d'effectifs médicaux) et les AMP (activités médicales particulières) étaient déjà parvenues à détourner plusieurs omnipraticiens du système public, les nouvelles mesures de quotas de patients et d'assiduité - avec les punitions financières disproportionnées qu'elles impliquent pour les médecins travaillant à temps partiel - risquent d'augmenter encore davantage la cadence. C'est une conséquence tellement prévisible que MQRP se demande si ce n'est pas là un des objectifs inavoués de ce projet de loi.

Après que le projet de loi 10 ait heurté l'ensemble des fonctionnaires de la santé, le projet de loi 20 accentuera encore davantage la déstabilisation du réseau en venant confronter cette fois les médecins de la première ligne comme du milieu hospitalier. La mise en place précipitée de toutes ces mesures entraînera inévitablement des ratés dont les patients pâtiront à nouveau, risquant d'augmenter l'attrait de soins au privé, avec les inégalités que cela implique. Un système public dégradé et dégradant rend le système privé d'autant plus attrayant, tant pour les patients que pour les médecins.

PROPOSITIONS DE MQRP

MQRP défend un système de santé public, équitable et accessible pour tous.

Nous observons et décrivons depuis notre fondation de nombreux obstacles à l'accès qui semblent se multiplier depuis une dizaine d'années : barrières financières qui instaurent des iniquités (services non couverts, frais accessoires, médecins non participants, accès aux autres professionnels de la santé), contraintes budgétaires (sous-financement de la première ligne, réformes structurelles déstabilisantes) et absence de vision globale pour renforcer le système public.

Sous le couvert d'améliorer l'accessibilité, le projet de loi 20 ne présente aucune solution pour augmenter la capacité des médecins de famille à faire de la prise en charge alors que les freins se multiplient, comme le manque d'intégration des soins médicaux et accès difficile ou coûteux aux investigations, plateaux techniques, médecins spécialistes et autres professionnels de la santé.

Nous présentons donc dix propositions qui visent à augmenter l'accessibilité aux soins.

1. Accroître l'offre de service en réduisant le nombre de médecins non-participants à la RAMQ

L'accès gratuit aux services médicalement requis est compromis par le nombre croissant de médecins qui n'adhèrent pas au régime d'assurance maladie, surtout dans certaines villes ou régions. Leur nombre total était inférieur à 50 dans les années 1980 et à 100 en 2005. En février 2015, ils étaient 82 médecins spécialistes et 225 omnipraticiens non-participants. À noter que depuis le dépôt du projet de loi, le nombre d'omnipraticiens non-participants a augmenté de 5 % en seulement 3 mois.

Dans la législation québécoise, les médecins sont libres d'adhérer ou non au régime public, mais le droit au désengagement n'est pas absolu. Lorsque le ministre estime que le nombre de non-participants est trop considérable pour que les services

puissent être rendus selon des conditions uniformes, il peut imposer aux non-participants de limiter leurs honoraires au montant négocié pour les participants et faire rembourser les patients (LAM art. 30). Il peut aussi suspendre pendant un certain temps le droit de devenir non-participant et d'exercer leur genre d'activité (LAM art. 30.1). Or, à notre connaissance, aucun ministre de la santé n'a exercé les pouvoirs que la loi lui confère, cela malgré les demandes répétées depuis 2006, notamment de la part de Médecins québécois pour le régime public (MQRP) et des organisations syndicales.

Le Québec pourrait aller plus loin que le règlement actuel et s'inspirer de l'Ontario pour arrêter le désengagement et interdire à ceux qui sont déjà non-participants de réclamer des honoraires supérieurs à ceux de la RAMQ.

Nous demandons au gouvernement actuel d'exercer son pouvoir pour arrêter le désengagement et interdire aux médecins non participants de réclamer des honoraires supérieurs à ceux du régime public.

2. Faciliter l'accès aux examens d'imagerie diagnostique en retirant leur exclusion hors hôpital de la couverture de la Loi sur l'assurance maladie

Le docteur Barrette parlait récemment de l'échographie en ces termes : « C'est l'examen paraclinique le plus nécessaire et le plus courant pour une pratique de la médecine, que ce soit de première ligne ou de médecine spécialisée. L'accès en échographie, a-t-il dit, c'est comme une prise de sang, il faut que ce soit presque immédiat ». (Assnat CAS, mercredi 25 juin 2014).

Pourtant, l'accès à cet examen essentiel, tout comme l'accès à la tomodensitométrie et à l'imagerie par résonance magnétique, est parfois très difficile dans le système public. La longue attente pour ces examens est source d'inquiétude et de frustration pour les malades et pour leurs médecins traitants. Elle retarde le diagnostic et la prise en charge des problèmes de santé, occasionne une multiplication des visites et le

recours à des expédients, dont les médicaments ou autres moyens diagnostiques moins indiqués, mais gratuits. Les délais dans l'obtention de ces examens incitent parfois les patients à aller à l'urgence pour obtenir l'examen rapidement et gratuitement et les médecins à les y référer, contribuant à l'engorgement. Pourtant, ce ne sont ni les ressources humaines ni les appareils d'imagerie qui manquent.² Il n'est donc pas nécessaire de créer de nouvelles structures pour corriger cette injustice propre au Québec.

Nous demandons au gouvernement de mettre fin à ce système à deux vitesses et d'offrir une couverture publique complète de l'imagerie médicale conformément aux engagements du PLQ.

3. Abolition des frais accessoires pour soins médicalement requis

De plus en plus de patients doivent payer lors de visites médicales avec des médecins participant à la RAMQ, soit pour des frais dits « administratifs » ou pour des médicaments souvent facturés des dizaines de fois plus cher que leur coût de revient. Ces frais limitent grandement l'accès en première ligne ou aux spécialistes et sont souvent illégaux. Le Collège des médecins a récemment émis une proposition de révision du code de déontologie en ce sens, mais le problème pourrait se régler définitivement si la RAMQ procédait aux enquêtes et sanctions nécessaires³.

Nous demandons au gouvernement et à la RAMQ de voir à l'application de la Loi sur l'assurance maladie sur les frais imposés aux patients pour des soins médicalement requis et de garantir que les médicaments ne soient facturés qu'à leur coût réel.

²Rapport MQRP 2012 : *La mixité en radiologie : un modèle à deux vitesses en voie de propagation*
(<http://mgrp.qc.ca/MQRP2012AGA.pdf>)

³Rapport MQRP 2013 : *Pas de frais pour les patients*
(<http://www.mgrp.qc.ca/RapportMQRP2013.pdf>)

4. Rendre accessibles sans frais les services des autres professionnels de la santé (couverture publique) ⁴

Est-ce que les budgets des CLSC et des GMF à cet effet rendent réellement disponibles ces professionnels à tous ceux qui en ont besoin ? Nous croyons que non. Le médecin de famille n'est pourtant pas en mesure d'intervenir sur tous les aspects préventifs, diagnostiques et curatifs. Le rôle essentiel et complémentaire des infirmières et de l'ensemble des autres professionnels de la santé n'est plus à démontrer dans la prise en charge globale des problèmes de santé, notamment des maladies chroniques.

En raison de l'accès difficile aux autres professionnels de la santé, le médecin doit consacrer du temps précieux aux démarches pour obtenir des soins pour ses patients, parfois sans succès. Ceci contribue à une surmédicalisation de certains problèmes, à leur chronicisation ou à des délais importants dans leur prise en charge. Par exemple, les consultations pour symptômes anxio-dépressifs et musculo-squelettiques sont parmi les plus fréquentes en première ligne. Or, la difficulté d'accès aux psychologues et physiothérapeutes entraîne des visites répétées chez le médecin, qui doit plutôt recourir à des traitements pharmacologiques parfois coûteux, non dépourvus d'effets secondaires et souvent moins efficaces que les traitements non pharmacologiques pouvant être rendus par d'autres professionnels de la santé.

Cette situation est également créatrice d'iniquités. Les patients réussissant à payer ces soins de leur poche ou via une assurance privée peuvent se procurer les soins médicalement nécessaires hors établissement plus rapidement.

Nous demandons une couverture publique de tous les soins médicalement nécessaires incluant ceux qui sont prodigués par les autres professionnels de la santé.

⁴ Infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, nutritionnistes, travailleurs sociaux, orthophonistes, psychoéducateurs, inhalothérapeutes, auxiliaires familiales

5. Améliorer le transfert d'information ainsi que l'échange entre omnipraticien et médecin spécialiste

Il faut reconnaître les progrès considérables qu'il est possible de réaliser avec l'informatisation des dossiers médicaux. Une partie de l'information émanant des établissements commence maintenant à être disponible dans les cabinets avec le Dossier Santé Québec. Il faut continuer dans cette direction et étendre la portée de cet outil, notamment pour les échanges entre médecins référant et référé.

Certains moyens simples et innovateurs ont déjà fait leurs preuves dans d'autres juridictions. Ainsi, le programme RACE (Rapid Access to consultative expertise) instauré en Colombie-Britannique en 2010 est un programme d'accès téléphonique en temps réel qui vise à éviter les consultations à l'urgence et les déplacements chez le spécialiste. La ligne offre les services de plusieurs spécialistes auxquels le médecin de famille a accès en temps réel pour le conseiller et ajuster le traitement du patient.

De même, dans certains CSSS on retrouve maintenant des Centres de répartition des demandes de services (CRDS) qui permettent de faciliter l'accès à certains spécialistes. La centralisation des demandes permet de décharger le médecin et le patient de la responsabilité de trouver un rendez-vous dans un délai acceptable; le médecin peut donc s'occuper de tâches médicales plutôt qu'administratives et le patient est certain que sa demande de consultation sera honorée en des délais sécuritaires selon sa condition.

Nous proposons que le ministère entreprenne avec le milieu universitaire et les principaux intéressés un relevé systématique des solutions d'accessibilité aux services spécialisés dans les autres provinces et favorise l'application des solutions reconnues efficaces.

6. Encourager et généraliser les rendez-vous en accès adapté

Les patients sont souvent confrontés à des délais importants avant d'obtenir un rendez-vous avec leur médecin. Ce n'est alors pas tant le fait d'avoir ou non un médecin de famille qui est en cause, que la difficulté d'accès en temps utile aussi bien à son médecin qu'à n'importe quel autre médecin.

On voit de plus en plus de cliniques et de médecins offrir le mode de rendez-vous en « accès adapté » permettant au patient d'être vu par son médecin quand il en a besoin dans des délais de quelques heures à 2 semaines. L'accès adapté augmente la qualité et la continuité des soins, ainsi que leur pertinence en éliminant les suivis de routine souvent peu utiles et en intégrant plutôt les éléments de prévention aux visites ponctuelles. Il entraîne aussi une satisfaction augmentée tant du point de vue du patient que du médecin.

Nous demandons que l'on encourage la pratique des rendez-vous en accès adapté pour qu'elle devienne la norme.

7. Reconnaître la diversité des lieux et des types de pratique des omnipraticiens sans décourager une pratique consacrée exclusivement à la prise en charge

Les omnipraticiens exercent en cabinets privés, dans les urgences, les services hospitaliers de courte et longue durée, les soins à domicile, en salle d'accouchement, les CLSC, les unités de médecine familiale (UMF) tout en participant à l'enseignement aux étudiants en médecine.

Le contact des omnipraticiens avec le milieu hospitalier, où l'on retrouve une multitude de pathologies et une médecine en constante évolution, présente l'avantage de favoriser le développement d'une expertise particulière et de la polyvalence. Plutôt que de remettre en question ce rôle hospitalier au risque de perdre une main-d'œuvre essentielle, il faut au contraire chercher à créer les meilleures conditions

pour la pratique de prise en charge et de suivi pour en augmenter l'efficacité et faciliter la tâche des médecins de famille.

Nous reconnaissons que les médecins doivent être imputables face à l'accessibilité des patients et de la population aux soins de première ligne. Les conditions de travail des médecins devraient être négociées selon les besoins de la population et des compétences des médecins de la région. Si l'on vise une première ligne forte et accessible, la prise en charge et le suivi devraient être privilégiés et les médecins qui le désirent devraient pouvoir s'y consacrer à plein temps.

Nous demandons que les notions de PREM et d'AMP soient reconsidérées pour que les modes de pratique des médecins soient négociés et prévus en fonction des besoins de la population, incluant la prise en charge et le suivi.

8. Respecter la liberté de choix des patients

Autant il est important d'offrir au patient les ressources disponibles et de faciliter la référence au besoin, autant il est essentiel de respecter sa liberté de choix, formellement reconnue dans la Loi sur l'assurance maladie et dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le médecin n'a pas à intervenir ou à être puni si un patient, pour diverses raisons, s'adresse à d'autres professionnels.

S'il y a des abus dans le recours aux services de la part des malades, la RAMQ est en mesure de les déceler.

Nous nous opposons aux règles d'assiduité qui veulent attacher les patients à un médecin, punissant celui-ci pour les décisions prises par le patient. Nous demandons que le libre-choix du soignant par le patient soit respecté et ne soit pas restreint par la loi.

9. Politiques de maintien des services publics

Dans le contexte actuel d'austérité, le gouvernement envisage différentes mesures qui visent à réduire de manière substantielle les services publics et la taille de l'État. En ciblant particulièrement des programmes dédiés aux travailleurs et aux moins nantis, ces coupures viendront fragiliser encore davantage ces populations vulnérables et nuiront à leur état de santé, un nouveau stress sur la première ligne dont on pourrait faire l'économie.

Dans le lot de compressions, les coupures de 30% des budgets de la santé publique nous interpellent particulièrement. Nous craignons que la mission de prévention qu'elle défend ne soit sévèrement amputée, au détriment de la santé de la population.

Nous demandons au gouvernement d'investir davantage dans des politiques publiques visant à réduire les inégalités et d'arrêter l'érosion des services publics actuelle.

10. Démocratie et concertation

L'un des aspects les plus inquiétants de la réforme actuelle en santé est le rôle prépondérant que se donne le ministre dans toutes les décisions. Les modalités d'application du projet de loi (nombre de patients à suivre, règles particulières) seront déterminées par règlement ou directive, donc sans négociation ni concertation. Le ministre se donne aussi le pouvoir de modifier unilatéralement les ententes sur la rémunération (article 39).

De grands changements sont nécessaires dans le système et ce n'est qu'avec concertation et consultation que des solutions durables, efficaces et équitables pourront être trouvées.

Nous dénonçons l'approche autoritaire adoptée par le gouvernement actuel et demandons une approche -démocratique.

Nous proposons qu'une consultation regroupant les différents acteurs du réseau autour de cet enjeu soit initiée par le gouvernement dans les plus brefs délais.

CONCLUSION

Le discours gouvernemental sur le système de santé au Québec dévalorise l'engagement de centaines de milliers de personnes qui y travaillent, à commencer par les médecins, les femmes surtout, qui ne travailleraient pas assez. Il tend aussi à ne présenter que négativement les différences dans l'organisation des services au Québec en comparaison avec celle des autres provinces.

Ce discours catastrophiste inquiète la population, qui n'arrive pas à s'y retrouver. On oublie de dire que c'est au Québec que l'on dépense le moins d'argent public per capita en soins de santé au Canada. Tout ce qui compte actuellement, c'est la colonne de chiffres des dépenses, non pas celle des revenus, et la réduction des dépenses mur à mur s'accélère.

Ce n'est pas seulement l'accès pour toutes et tous à un médecin de famille qui va améliorer l'état de santé de la population. L'importance de la prévention, de la complémentarité entre les services des médecins et ceux des autres professionnels de la santé et l'intégration des soins ne sont plus à démontrer.

Dans les dernières décennies, le Québec a expérimenté plusieurs réformes majeures sans grands résultats. Ces réformes épuisent temps, argent et énergie – pourtant limités - et retardent l'adoption de transformations efficaces, dont certaines peu coûteuses ont fait leurs preuves pour améliorer l'accessibilité et la qualité.

MQRP incite le ministre à exposer avec transparence sa vision du réseau de la santé, à retirer le PL20 et à consulter les intervenants du milieu. Nous devons nous inspirer des solutions connues qui ont fait leurs preuves à l'extérieur du Québec. Les mesures coercitives visant uniquement les médecins n'augmenteront pas l'accessibilité ; les solutions sont systémiques, comme nous l'avons démontré dans ce mémoire.