



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi n° 20
(2015, chapitre 25)

**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**

**Présenté le 28 novembre 2014
Principe adopté le 20 mai 2015
Adopté le 10 novembre 2015
Sanctionné le 10 novembre 2015**

**Éditeur officiel du Québec
2015**

NOTES EXPLICATIVES

Cette loi édicte d'abord la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée.

Cette loi a pour but d'optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. À cette fin, cette loi prévoit certaines obligations applicables à la pratique des médecins qui participent au régime d'assurance maladie du Québec. Ainsi, cette loi prévoit que les médecins omnipraticiens doivent notamment assurer le suivi médical d'un nombre minimal de patients et se rendre disponibles auprès des personnes assurées en utilisant un système de prise de rendez-vous mis en place conformément à cette loi. À l'égard des médecins spécialistes, cette loi prévoit qu'ils doivent notamment, dans le cadre du mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés, recevoir en consultation, ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, des patients qui ne sont pas des usagers admis dans un centre exploité par un établissement. À défaut pour un médecin de se conformer à ces obligations, cette loi prévoit la réduction de sa rémunération par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Cette loi contient aussi des exigences pour assurer aux patients une continuité des soins et met en place un système d'information visant à permettre aux patients de se trouver un médecin qui accepte d'en assurer le suivi médical. Enfin, cette loi confère pour une période limitée au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir de déterminer, dans certaines circonstances, de nouvelles conditions et modalités de rémunération applicables aux médecins.

Par ailleurs, la présente loi modifie la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée afin d'y ajouter différentes dispositions applicables à l'exercice des activités de procréation assistée. En outre, elle exige que tout projet de recherche portant sur de telles activités soit approuvé et suivi par le comité d'éthique de la recherche institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux et prévoit l'obligation, pour le Collège des médecins du Québec, d'élaborer des lignes directrices en matière de procréation assistée et de voir à leur application. Elle prévoit que les activités de procréation assistée devront, dans certains cas, être précédées d'une évaluation psychosociale positive des personnes formant le projet parental.

De plus, la loi hausse le montant des amendes déjà prévues dans cette loi, y introduit de nouvelles dispositions pénales et prévoit des facteurs aggravants dont le juge devra tenir compte dans la détermination de la peine.

La loi modifie également la Loi sur l'assurance maladie afin d'exclure de la couverture du régime public d'assurance maladie les services de procréation assistée, en maintenant toutefois la couverture des services d'insémination artificielle, et d'ajouter à cette couverture les services requis à des fins de préservation de la fertilité. Elle y précise en outre qu'aucun paiement ne peut être réclamé d'une personne assurée pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente. Malgré cette interdiction, elle permet au gouvernement de prescrire des cas et des conditions dans lesquels un paiement est autorisé.

LOIS MODIFIÉES PAR CETTE LOI :

- Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01);
- Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);
- Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01);
- Loi sur la justice administrative (chapitre J-3);
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2);
- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2);
- Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

LOI ÉDICTÉE PAR CETTE LOI :

- Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (2015, chapitre 25, article 1).

RÈGLEMENTS MODIFIÉS PAR CETTE LOI :

- Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01, r. 1);
- Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29, r. 5).

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

LE PARLEMENT DU QUÉBEC DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

PARTIE I

LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

1. La Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, dont le texte figure à la présente partie, est édictée.

« LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

« CHAPITRE I

« DISPOSITIONS GÉNÉRALES

« 1. La présente loi vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée.

« 2. Aux fins de la présente loi :

1° l'expression « établissement » désigne un établissement public ou privé conventionné au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

2° l'expression « président-directeur général » désigne également le directeur général d'un établissement privé conventionné;

3° le département régional de médecine générale est celui institué en vertu de l'article 417.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et il exerce les responsabilités qui lui sont confiées sous l'autorité du président-directeur général du centre intégré de santé et de services sociaux, au sens de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2), dont il fait partie.

«**3.** Les établissements visés à l'annexe I ne sont pas assujettis aux dispositions de la présente loi.

«**CHAPITRE II**

«ACCÈS AUX SERVICES

«**SECTION I**

«OBLIGATIONS

«§1. — *Médecine de famille*

«**4.** Tout médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) doit, dans la mesure prévue par règlement du gouvernement, satisfaire aux obligations suivantes :

1° assurer, individuellement ou avec d'autres médecins au sein d'un groupe de médecine de famille, le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients;

2° exercer, auprès des usagers d'un établissement, un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisé par le département régional de médecine générale de sa région conformément à l'article 7.

Le règlement du gouvernement peut notamment prévoir :

1° l'âge à compter duquel un médecin est soustrait à ces obligations;

2° les modalités de suivi de la clientèle;

3° le nombre minimal de patients devant être suivis;

4° les activités médicales pouvant faire l'objet d'une autorisation conformément à l'article 7;

5° le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être exercées;

6° les règles particulières applicables lorsqu'un médecin souhaite exercer des activités médicales dans plus d'une région;

7° toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.

«**5.** Le directeur des services professionnels de tout établissement détermine, conformément aux directives que le ministre transmet aux établissements, le nombre d'heures d'activités médicales disponibles dans tout centre exploité par cet établissement et en informe le département régional de médecine générale de sa région.

Le département régional fait connaître aux médecins, notamment sur le site Internet du centre intégré de santé et de services sociaux dont il fait partie, les activités médicales disponibles dans sa région.

«**6.** Tout médecin omnipraticien doit transmettre au département régional de médecine générale de la région où il exerce la majeure partie de sa pratique une demande dans laquelle il indique les activités médicales disponibles qu'il veut exercer. La demande du médecin précise, pour chaque activité, le nombre d'heures qu'il souhaite exercer.

«**7.** Le département régional de médecine générale autorise le médecin à exercer le nombre minimal d'heures d'activités médicales qu'il doit exercer conformément au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 4, en fonction des priorités établies par règlement du gouvernement et en tenant compte du choix effectué par le médecin, sous réserve que les privilèges requis soient accordés au médecin conformément à l'article 242 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Malgré le premier alinéa, le département régional peut, dans le but de répondre adéquatement aux besoins de sa région et dans les conditions prévues par règlement du gouvernement, autoriser un médecin qui lui en fait la demande à exercer plus que le nombre minimal d'heures d'activités médicales qu'il doit exercer. Un tel médecin est exempté de suivre, pour l'application du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 4, le nombre de patients que détermine le règlement du gouvernement. Le département régional informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de cette exemption.

«**8.** Le département régional peut, de sa propre initiative et dans le but de répondre adéquatement aux besoins de sa région, réviser l'autorisation accordée à un médecin en lui donnant un préavis d'au moins 90 jours. Le département régional peut également, en tout temps, réviser l'autorisation accordée à un médecin qui lui en fait la demande.

«**9.** Les heures de soutien temporaire qu'un médecin effectue en application de l'article 61 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales doivent être comprises dans le calcul des heures d'activités médicales autorisées devant être exercées par ce médecin.

«**10.** Tout médecin omnipraticien doit, avant de cesser d'assurer le suivi médical d'un patient, prendre les dispositions nécessaires afin qu'un autre médecin assure ce suivi conformément à ce qui est prévu au Code de déontologie des médecins (chapitre M-9, r. 17).

Si, au moment où il cesse d'assurer le suivi d'un patient, aucun autre médecin n'a pris la relève, le médecin doit, après avoir obtenu le consentement de ce patient, l'inscrire au système d'information, visé au sixième alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5), qui vise à permettre à toute personne assurée, au sens de la Loi sur l'assurance

maladie, de se trouver un médecin qui accepte d'en assurer le suivi médical. Un règlement du gouvernement détermine les exigences relatives à l'utilisation du système, notamment les renseignements qui doivent y être versés.

« **11.** Tout médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie doit, dans la mesure prévue par règlement du gouvernement, se rendre disponible auprès des personnes assurées au sens de cette loi en utilisant le système de prise de rendez-vous visé au sixième alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec. À cette fin, tout médecin doit y publier ses plages horaires de disponibilité, dont un pourcentage, déterminé par ce règlement, doit viser des plages horaires de disponibilité du lundi au vendredi, avant 8 h et après 19 h, ainsi que le samedi et le dimanche.

Le règlement prévu au présent article prévoit notamment les exigences relatives à l'utilisation du système et les renseignements qui doivent y être versés.

« **12.** Tout médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie doit, pour exercer sa profession dans une région, obtenir du département régional de médecine générale de cette région un avis de conformité au plan régional des effectifs médicaux visé à l'article 97 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Il peut alors exercer sa profession dans la région en respectant les obligations prévues à cet avis.

Un tel médecin doit obtenir un nouvel avis de conformité lorsqu'il souhaite modifier ces obligations ou lorsqu'il souhaite débiter une pratique de médecine de famille de première ligne ou en changer le lieu.

« §2. — *Médecine spécialisée*

« **13.** Tout médecin spécialiste soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie et dont la spécialité est visée par règlement du gouvernement doit, dans la mesure prévue par ce règlement, participer au mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés que le ministre met en place. Ce règlement détermine notamment les périodes et fréquences de participation au mécanisme, les exigences relatives à l'utilisation du mécanisme et les renseignements que le médecin doit fournir.

Dans le cadre de sa participation au mécanisme, le médecin spécialiste doit, à la demande d'un médecin omnipraticien ou d'un autre professionnel de la santé visé par règlement du gouvernement, recevoir en consultation, ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, des patients qui ne sont pas des usagers admis dans un centre exploité par un établissement.

« **14.** Tout médecin spécialiste dont la spécialité est visée par règlement du gouvernement et qui exerce sa profession au sein d'un département ou d'un

service d'un centre hospitalier exploité par un établissement doit, dans la mesure prévue par ce règlement, assurer en tant que médecin traitant, avec les autres médecins de la même spécialité de ce département ou de ce service, la prise en charge et le suivi médical d'usagers admis dans ce centre.

« **15.** Tout médecin spécialiste qui exerce sa profession dans un centre hospitalier exploité par un établissement doit :

1° assurer, au service d'urgence de ce centre, le suivi des demandes de consultation qu'il reçoit entre 8 h et 16 h à l'intérieur du délai déterminé par règlement du gouvernement;

2° dispenser les services spécialisés ou surspécialisés aux usagers inscrits à son nom sur la liste d'accès aux services spécialisés et surspécialisés visée à l'article 185.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, selon la proportion et toute autre modalité prévues par règlement du gouvernement.

« SECTION II

« EXEMPTIONS

« **16.** Un médecin omnipraticien peut, dans les cas et aux conditions prévus par règlement du gouvernement, demander au département régional de médecine générale de la région où il exerce la majeure partie de sa pratique d'être exempté de tout ou partie des obligations qui lui incombent en vertu du premier alinéa de l'article 4 ou des articles 11 et 12.

Un médecin spécialiste peut, dans les cas et aux conditions prévus par règlement du gouvernement, demander au président-directeur général de l'établissement au sein duquel il exerce sa profession d'être exempté de tout ou partie des obligations qui lui incombent en vertu des articles 13 ou 14.

De manière exceptionnelle, le département régional ou le président-directeur général, selon le cas, peut, dans un cas qui n'est pas prévu par règlement et pour un motif sérieux, notamment pour répondre à un besoin particulier des usagers desservis par un établissement, exempter temporairement un médecin qui lui en fait la demande de tout ou partie des obligations visées aux premier et deuxième alinéas.

Le département régional ou le président-directeur général répond à toute demande dans les 15 jours de sa réception.

Le règlement visé au premier alinéa doit prévoir les conditions d'exemption applicables à un médecin omnipraticien qui exerce tout ou partie de sa pratique au sein de l'un des établissements visés à l'annexe I ou du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5). Un tel médecin doit présenter sa demande d'exemption au département régional de médecine générale que le ministre désigne.

« **17.** Le médecin qui bénéficie d'une exemption doit aviser sans délai le département régional de médecine générale ou le président-directeur général de l'établissement qui la lui a accordée de tout changement dans sa situation susceptible de remettre en cause son droit à cette exemption.

« **18.** Lorsque le département régional ou le président-directeur général constate que le motif pour lequel il a accordé une exemption à un médecin cesse d'exister, il lui retire cette exemption. Avant de prendre une telle décision, il doit permettre au médecin de présenter ses observations. Ce médecin doit présenter ses observations dans un délai maximal de 30 jours après avoir reçu une invitation à cette fin, selon le cas, du département régional ou du président-directeur général.

« **19.** Le département régional ou le président-directeur général notifie le plus tôt possible au médecin toute décision prise en application des articles 16 et 18.

En outre, le département régional informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de toute décision qui a pour effet d'affecter le nombre minimal de patients dont un médecin omnipraticien doit assurer le suivi en vertu du paragraphe 1^o du premier alinéa de l'article 4 ou l'obligation qui incombe à ce médecin en vertu de l'article 11.

« **20.** Toute personne ayant l'autorité pour attester tout fait établissant le droit d'un médecin à une exemption est tenue de fournir au département régional de médecine générale ou au président-directeur général d'un établissement, sur demande de l'un d'eux, tout renseignement nécessaire à l'application de la présente section. Les renseignements fournis ne doivent pas permettre d'identifier un patient.

«SECTION III

«VÉRIFICATION ET SANCTION

« §1. — *Vérification du respect des obligations*

« **21.** La vérification du respect d'une obligation prévue au paragraphe 1^o du premier alinéa de l'article 4 ou à l'un des articles 10 et 11 est assumée par la Régie de l'assurance maladie du Québec, celle d'une obligation prévue à l'un des articles 6 et 12 est assumée par le département régional de médecine générale et celle d'une autorisation délivrée en vertu de l'article 7 ou d'une obligation prévue à l'un des articles 14 et 15 est assumée par le directeur des services professionnels de l'établissement concerné.

En outre, la vérification du respect de l'obligation prévue à l'article 13 est assumée par le président-directeur général du centre intégré de santé et de services sociaux à l'égard de tout médecin spécialiste qui exerce sa profession sur le territoire desservi par ce centre. À cette fin, le médecin qui exerce sa profession au sein d'un cabinet privé est tenu de fournir au président-directeur

général tout renseignement que celui-ci requiert et qui est nécessaire pour l'exercice de cette responsabilité. Les renseignements fournis ne doivent pas permettre d'identifier un patient.

«**22.** Le gouvernement peut, par règlement, prévoir les périodes, mesures ou tout autre paramètre utilisés pour vérifier le respect de toute obligation qui incombe à un médecin.

«§2. — *Défaut du médecin, retrait de l'autorisation et calcul de la réduction*

«**23.** Lorsque le président-directeur général d'un établissement constate qu'un médecin ne respecte pas l'obligation prévue à l'article 13, il le déclare en défaut. Il agit de même, après avoir été informé par le directeur des services professionnels ou le département régional de médecine générale qu'un médecin ne respecte pas l'une des obligations ou autorisations prévues aux articles 6, 7, 12, 14 et 15, lorsqu'il est d'avis que ce médecin est en défaut.

Avant de prendre sa décision, le président-directeur général doit permettre au médecin de présenter ses observations. Ce médecin doit présenter ses observations dans un délai maximal de 30 jours après avoir reçu une invitation à cette fin du président-directeur général. Le président-directeur général notifie dans un délai maximal de 14 jours au médecin sa décision et en informe la Régie de l'assurance maladie du Québec.

«**24.** Lorsque la Régie de l'assurance maladie du Québec constate qu'un médecin omnipraticien ne respecte pas l'une des obligations prévues au paragraphe 1^o du premier alinéa de l'article 4 ou à l'un des articles 10 et 11, elle le déclare en défaut et lui notifie sa décision le plus tôt possible. Avant de prendre une telle décision, la Régie doit permettre au médecin de présenter ses observations. Ce médecin doit présenter ses observations dans un délai maximal de 30 jours après avoir reçu une invitation à cette fin de la Régie.

«**25.** Le département régional de médecine générale peut, sur demande du président-directeur général de l'établissement, retirer l'autorisation accordée à un médecin omnipraticien qui a été déclaré en défaut à plus d'une reprise lorsque cette situation affecte significativement l'offre de services de l'établissement. Le département régional notifie le plus tôt possible au médecin sa décision et en informe la Régie de l'assurance maladie du Québec. Avant de prendre sa décision, le département régional doit permettre au médecin de présenter ses observations. Ce médecin doit présenter ses observations dans un délai maximal de 30 jours après avoir reçu une invitation à cette fin du département régional.

Dès qu'un département régional de médecine générale accorde au médecin visé au premier alinéa une nouvelle autorisation conformément à l'article 7, il en informe la Régie.

«**26.** La rémunération d'un médecin qui a été déclaré en défaut est réduite d'un montant déterminé selon les règles prévues par règlement du gouvernement.

Dès qu'elle déclare un médecin en défaut ou qu'elle est informée qu'un médecin a été déclaré en défaut en application des dispositions de la présente sous-section, la Régie de l'assurance maladie du Québec calcule le montant de la réduction applicable à la rémunération du médecin et lui notifie sa décision le plus tôt possible. Cette décision précise la nature du défaut pour lequel une réduction est appliquée.

« §3. — *Recours devant le Tribunal administratif du Québec*

«**27.** Le médecin qui se croit lésé par une décision rendue en application du premier ou du deuxième alinéa de l'article 16 ou de l'article 18 peut, dans les 60 jours de la notification de la décision, la contester devant le Tribunal administratif du Québec. Dans un tel cas, le tribunal peut statuer à la fois sur cette demande et, le cas échéant, sur tout défaut découlant de la décision contestée ainsi que sur le montant de la réduction applicable.

En outre, le médecin qui se croit lésé par une décision rendue en application des articles 23, 24 ou 26 peut, dans les 60 jours de la notification de la décision visée à l'article 26, la contester devant le Tribunal administratif du Québec.

Le Tribunal administratif du Québec informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de toute contestation dont il est saisi en application du présent article.

« §4. — *Application de la réduction*

«**28.** La Régie de l'assurance maladie du Québec récupère du médecin visé à l'article 26, par compensation ou autrement, le montant de la réduction applicable à la rémunération de ce médecin.

La Régie récupère ce montant à compter du jour de la notification de la décision prévue au deuxième alinéa de l'article 26.

Si la Régie ne peut procéder par compensation pour récupérer le montant de la réduction, celle-ci peut délivrer un certificat. Ce certificat ne peut être délivré qu'à l'expiration d'un délai de 60 jours suivant la date de notification de la décision prévue au deuxième alinéa ou, selon le cas, d'un délai de 30 jours suivant la décision du Tribunal administratif du Québec confirmant en tout ou en partie la décision de la Régie. Le certificat mentionne les nom et adresse du médecin, atteste l'expiration du délai applicable ainsi que le montant de la réduction. Sur dépôt de ce certificat au greffe du tribunal compétent, la décision devient exécutoire comme s'il s'agissait d'un jugement de ce tribunal passé en force de chose jugée et en a tous les effets. Lorsque, après délivrance du certificat, le ministre du Revenu affecte, conformément à l'article 31 de la Loi sur l'administration fiscale (chapitre A-6.002), un remboursement dû à un médecin par suite de l'application d'une loi fiscale au paiement du montant de

la réduction, cette affectation interrompt la prescription quant au recouvrement de ce montant.

« CHAPITRE III

« REDDITION DE COMPTES

« **29.** Tout établissement doit rendre compte de l'application de la présente loi dans une section particulière de son rapport annuel d'activité.

Le ministre peut exiger de tout établissement, en la forme et dans le délai qu'il détermine, tout renseignement qu'il requiert sur les fonctions que le président-directeur général, le directeur des services professionnels ou le département régional de médecine générale exerce en vertu de la présente loi. Les renseignements fournis ne doivent pas permettre d'identifier un patient ou un médecin.

« CHAPITRE IV

« DISPOSITIONS MODIFICATIVES

« LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

« **30.** L'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est modifié :

1° par la suppression des cinquième et huitième alinéas;

2° par le remplacement, dans le neuvième alinéa, de « sixième » par « cinquième ».

« **31.** L'article 19.1 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « douzième » par « dixième ».

« **32.** L'article 22 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement des neuvième et dixième alinéas par les suivants :

«Aucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé. Constituent notamment de tels frais ceux liés :

1° au fonctionnement d'un cabinet privé de professionnel ou d'un centre médical spécialisé au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

2° aux services, fournitures, médicaments et équipements requis pour la dispensation d'un service assuré, ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostique se rapportant à un tel service.

Ne constituent pas de tels frais ceux liés à des services non considérés comme assurés requis avant, pendant ou après la dispensation d'un service assuré.

Il est de plus interdit de rendre, directement ou indirectement, l'accès à un service assuré conditionnel à un paiement par une personne assurée, ou de procurer à celle-ci un accès privilégié à un tel service moyennant paiement.

Malgré les interdictions énoncées aux neuvième et onzième alinéas, le gouvernement peut, par règlement, prescrire des cas et des conditions dans lesquels un paiement est autorisé. »;

2° par le remplacement, dans le douzième alinéa, de « onzième » par « treizième » et de « neuvième » par « neuvième ou onzième ».

« **33.** Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 22, du suivant :

« **22.0.0.0.1.** Le gouvernement doit, avant de prendre un règlement en application du douzième alinéa de l'article 22, consulter l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Au moment de la publication du projet de règlement à la *Gazette officielle du Québec*, le ministre rend publiques les évaluations ayant servi à l'établissement d'un tarif qui y est prévu. ».

« **34.** Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 22.0.0.1, du suivant :

« **22.0.0.0.2.** Le gouvernement peut, par règlement, prescrire le tarif maximal qui peut être exigé d'une personne assurée pour un service de nature administrative lié à un service non assuré ou non considéré comme assuré fourni par un médecin soumis à l'application d'une entente qui exerce dans un cabinet privé ou un centre médical spécialisé au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou fourni par un médecin désengagé qui exerce dans un cabinet privé.

Le gouvernement peut également, par règlement, prescrire le tarif maximal qui peut être exigé d'une personne assurée pour un service fourni par un médecin non participant.

Le médecin qui contrevient à une disposition d'un règlement pris en application du présent article commet une infraction et est passible d'une amende de 1 000 \$ à 2 000 \$ et, en cas de récidive, d'une amende de 2 000 \$ à 5 000 \$.

«**35.** L'article 22.0.0.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « le tarif des services, fournitures et frais accessoires prescrits ou prévus dans une entente qu'il peut réclamer d'une personne assurée, conformément au neuvième alinéa de l'article 22 » par « le tarif des frais qu'il peut réclamer d'une personne assurée suivant un règlement du gouvernement pris en application de la présente loi »;

2° par l'insertion, dans le deuxième alinéa et après le mot « réclamée », des mots « ou reçue »;

3° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « services, fournitures et frais accessoires » par « frais visés au premier alinéa »;

4° par le remplacement, dans le cinquième alinéa, de « services, fournitures et frais accessoires » par « frais ».

«**36.** L'article 22.0.1 de cette loi est modifié par la suppression, dans le premier alinéa, de « ou les ententes ».

«**37.** L'article 65 de cette loi est modifié par le remplacement du quatrième alinéa par le suivant :

« La Régie est tenue de divulguer à tout établissement et à tout département régional de médecine générale visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) les renseignements concernant la rémunération d'un médecin nécessaires à la vérification du respect de toute obligation prévue par la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (2015, chapitre 25, article 1). Ces renseignements doivent notamment préciser, pour chaque médecin, la proportion de sa pratique effectuée dans chaque région et, le cas échéant, dans chaque territoire identifié au plan de répartition des médecins de famille en première ligne élaboré en application du deuxième alinéa de l'article 91 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2). De plus, la Régie produit et transmet au ministre de la Santé et des Services sociaux les statistiques qu'il juge nécessaires à l'élaboration et à l'évaluation de la mise en œuvre de tout plan de répartition des médecins de famille en première ligne. Les renseignements visés au présent alinéa ne doivent pas permettre d'identifier une personne assurée. ».

«**38.** Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 65.0.3, du suivant :

«**65.0.4.** La Régie utilise les renseignements obtenus pour l'exécution de la présente loi pour exercer les fonctions prévues au sixième alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5).

Elle utilise également ces renseignements pour exercer les fonctions qui lui sont confiées par la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (2015, chapitre 25, article 1). ».

«**39.** L'article 69.0.1.1 de cette loi est modifié par le remplacement de « des septième et huitième alinéas » par « du sixième alinéa ».

«LOI SUR L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

«**40.** L'article 8.1 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01) est modifié par l'ajout, à la fin, de la phrase suivante : « Ces honoraires, à l'exception de ceux réclamés pour le service d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance, ne peuvent être supérieurs au tarif prévu dans l'entente. ».

«LOI SUR LA JUSTICE ADMINISTRATIVE

«**41.** L'article 25 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3) est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « et 14° » par « , 14° et 15° ».

«**42.** L'article 3 de l'annexe I de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, du paragraphe suivant :

« 15° les recours formés en vertu de l'article 27 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (2015, chapitre 25, article 1). ».

«LOI SUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

«**43.** La Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) est modifiée par l'insertion, après l'article 10.3, du suivant :

« **10.4.** Le ministre peut, avec l'approbation du Conseil du trésor, établir par règlement un programme visant à favoriser la pratique de la médecine de famille en groupe de médecine familiale. Ce règlement peut notamment prévoir les modalités de suivi de la clientèle des médecins qui bénéficient du programme, dont celles relatives aux heures auxquelles ceux-ci doivent se rendre disponibles.

Le ministre peut, pour l'application du programme, émettre des directives aux établissements notamment pour l'allocation des ressources qui y sont prévues. ».

« LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES

« **44.** La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) est modifiée par l'insertion, après l'article 55, du suivant :

« **55.1.** En plus des éléments prévus aux articles 184 et 186 de cette loi, la partie d'un plan d'organisation élaboré en application de l'un de ces articles doit prévoir une répartition du nombre de médecins omnipraticiens et, le cas échéant, de médecins spécialistes pour chacune des installations maintenues par l'établissement ou par groupement d'installations déterminé selon le territoire que le ministre indique.

Le ministre peut également transmettre des directives à un établissement concernant l'élaboration de son plan d'organisation. Ces directives peuvent notamment prévoir les modalités de répartition des médecins entre les installations ainsi que celles applicables pour en déterminer le nombre, lesquelles peuvent varier selon qu'il s'agisse d'un médecin omnipraticien ou d'un médecin spécialiste.

Le ministre peut, pour l'application du plan de répartition des médecins de famille en première ligne élaboré en application du deuxième alinéa de l'article 91, modifier un plan des effectifs médicaux et dentaires qu'il a autorisé. Il peut également, lorsqu'il estime que des circonstances exceptionnelles le justifient et dans les conditions qu'il fixe, permettre à un établissement de déroger à ce plan. ».

« **45.** L'article 71 de cette loi est modifié par la suppression, dans le paragraphe 6°, de « des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 de cette loi ainsi que ».

« **46.** L'article 81 de cette loi est modifié par la suppression de « soumis à une entente visée à l'article 360 de cette loi ».

« **47.** L'article 86 de cette loi est abrogé.

« **48.** L'article 91 de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, des alinéas suivants :

« Dans le cadre des fonctions prévues à l'article 377, le ministre élabore annuellement un plan de répartition des médecins de famille en première ligne. Ce plan identifie les différents territoires d'une région où il est prioritaire de combler des besoins en médecine de famille de première ligne ainsi que le niveau de ces besoins.

Le ministre peut, en cours d'année, modifier ce plan. ».

«**49.** L'article 97 de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, des alinéas suivants :

«De plus, dans le cadre de l'exercice de sa responsabilité d'assurer la mise en place et l'application de la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens, le département régional de médecine générale doit autoriser tout médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) à exercer sa profession dans la région. Pour ce faire, il lui délivre un avis de conformité au plan régional des effectifs médicaux.

L'avis de conformité est délivré sous réserve du nombre de médecins omnipraticiens autorisé au plan des effectifs médicaux de la région et dans le respect du plan de répartition des médecins de famille en première ligne établi en application du deuxième alinéa de l'article 91.

Pour permettre de combler les besoins identifiés au plan régional des effectifs médicaux et au plan de répartition des médecins de famille en première ligne, le département régional de médecine générale peut prévoir à l'avis de conformité, dans le respect des directives que lui transmet le ministre, des obligations relatives aux territoires de pratique du médecin ainsi que la proportion de sa pratique qu'il doit exercer dans la région ou dans un territoire de celle-ci.

Le gouvernement peut, par règlement, établir les modalités qui s'appliquent à toute demande d'avis de conformité et à sa délivrance. ».

«LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

«**50.** L'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) est modifié :

1° par l'insertion, après le deuxième alinéa, du suivant :

«La Régie exécute tout mandat que lui confie le ministre de la Santé et des Services sociaux. »;

2° par l'ajout, à la fin du quatrième alinéa, de « et à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (2015, chapitre 25, article 1) »;

3° par l'insertion, après le quatrième alinéa, du suivant :

«La Régie met en place un système visant à permettre à toute personne assurée, au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), de se trouver un médecin qui accepte d'en assurer le suivi médical. Elle met également en place un système visant à permettre à toute personne assurée de prendre rendez-vous avec un médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de cette loi. La Régie doit, sur demande du ministre, évaluer

la performance de ces systèmes. Un règlement du gouvernement peut prévoir les renseignements, issus de ces systèmes, qui doivent être communiqués au ministre par la Régie à des fins d'appréciation et d'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux. Sous réserve des accès aux renseignements prévus pour les utilisateurs de ces systèmes, les renseignements qui y sont contenus bénéficient de la même protection que celle prévue à la section VII de la Loi sur l'assurance maladie. ».

« **51.** L'article 2.0.8 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « cinquième » par « septième ».

« **52.** L'article 2.0.10 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « cinquième » par « septième ».

« LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

« **53.** L'article 184 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après « dispose », de « , des directives ministérielles visées à l'article 5 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (2015, chapitre 25, article 1) ».

« **54.** L'article 186 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après « dispose », de « , des directives ministérielles visées à l'article 5 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (2015, chapitre 25, article 1) ».

« **55.** L'article 195 de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

« Il doit, de plus, lorsqu'aucun directeur des services professionnels n'a été nommé par l'établissement ou en son absence, exercer les responsabilités prévues au paragraphe 4.1° de l'article 204. ».

« **56.** L'article 204 de cette loi est modifié par l'insertion, après le paragraphe 4°, du suivant :

« 4.1° exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (2015, chapitre 25, article 1); ».

« **57.** L'article 240 de cette loi est modifié par le remplacement de « les cas prévus aux articles 243.1 et » par « le cas prévu à l'article ».

« **58.** L'article 248 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après « le directeur général », de « et le ministre ».

«**59.** L'article 340 de cette loi est modifié par la suppression, dans le paragraphe 5° du deuxième alinéa, de « des activités particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que ».

«**60.** L'article 352 de cette loi est modifié par le remplacement de « particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 » par « exercées par les médecins omnipraticiens conformément à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (2015, chapitre 25, article 1) ».

«**61.** Les articles 360 à 366.1 de cette loi sont abrogés.

«**62.** L'article 377 de cette loi est modifié par la suppression, dans le premier alinéa, de « , du nombre de médecins requis pour accomplir les activités particulières prévues à l'article 361 ».

«**63.** L'article 377.1 de cette loi est modifié par le remplacement de « sixième » par « cinquième ».

«**64.** L'article 417.2 de cette loi est modifié par la suppression du paragraphe 5° du premier alinéa.

«**65.** L'article 417.5 de cette loi est remplacé par le suivant :

«**417.5.** L'agence nomme, parmi les membres visés aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa de l'article 417.3 et après consultation du comité de direction, le chef du département régional de médecine générale qui en assure la direction.

Le chef du département régional de médecine générale ne peut occuper un emploi, une charge ou une fonction au sein de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ou de toute association qui y est liée ou agir pour leur compte. Il ne peut, en outre, recevoir de celles-ci, directement ou indirectement, une rémunération ou un avantage quelconque.

L'agence destitue de ses fonctions le chef du département régional de médecine générale qui contrevient à une disposition du deuxième alinéa. ».

«**66.** L'article 530.53 de cette loi est modifié par la suppression de « et des activités médicales particulières ».

«**67.** L'article 530.57 de cette loi est abrogé.

« CHAPITRE V

« DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

« **68.** Le règlement initial pris en vertu des dispositions du chapitre II doit faire l'objet d'une étude par la commission compétente de l'Assemblée nationale, avant son adoption par le gouvernement, d'une durée maximale de 6 heures.

« **69.** Malgré l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) et toute disposition d'une entente visée à cet article, lorsque le ministre est d'avis que certaines modifications aux conditions et modalités de rémunération applicables aux médecins permettraient d'améliorer l'accessibilité aux services assurés au sens de cette loi et que ces modifications ne peuvent être convenues avec l'organisme représentatif concerné dans un délai qu'il estime acceptable, il peut apporter ces modifications, avec l'approbation du Conseil du trésor.

Ces modifications lient les parties et s'appliquent à compter de la date de leur publication sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elles ne sont pas assujetties à la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1).

« **70.** L'article 69 cesse d'avoir effet à la date fixée par le gouvernement ou, au plus tard, le 31 mars 2020.

Les modifications apportées par le ministre en application de l'article 69, en vigueur à la date de cessation d'effet de cet article, demeurent en vigueur jusqu'à ce qu'elles soient modifiées ou remplacées conformément à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

« **71.** En cas de conflit, les dispositions de la présente loi et de tout règlement pris pour son application prévalent sur les dispositions de toute entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

« **72.** Le ministre publie tous les trois mois les informations suivantes pour chaque territoire de centre intégré de santé et de services sociaux et pour l'ensemble de ces territoires :

1° le pourcentage des personnes assurées, au sens de la Loi sur l'assurance maladie, qui sont suivies par un médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de cette loi;

2° le taux d'assiduité moyen de l'ensemble des médecins omnipraticiens à l'égard de leur clientèle;

3° pour chaque groupe de médecine de famille, le nombre total de personnes assurées suivies par les médecins omnipraticiens qui en font partie et le taux d'assiduité de ces médecins à l'égard de leur clientèle;

4° le nombre total de visites effectuées au service d'urgence d'un établissement de santé et de services sociaux et dont la priorité de triage, établie

conformément à l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence, est de niveau 4 ou 5, ainsi que la proportion de ce nombre par rapport à l'ensemble des visites effectuées au service d'urgence;

5° le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous avec un médecin omnipraticien au moyen du système de prise de rendez-vous visé au sixième alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5);

6° le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous avec un médecin spécialiste par une personne inscrite depuis plus de six mois au mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés.

Les informations ainsi publiées ne doivent pas permettre d'identifier les personnes assurées et les médecins concernés.

« **73.** La lettre d'entente n° 245 concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille sur référence ou non du guichet d'accès du CSSS et la lettre d'entente n° 246 concernant le suivi et le financement de la mesure relative à la prise en charge du patient sans médecin de famille sur référence ou non du guichet d'accès du CSSS, conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et approuvées par la décision du Conseil du trésor C.T. 213628 du 11 février 2014, cessent d'avoir effet le 28 novembre 2014.

« **74.** L'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières, conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et approuvée par la décision du Conseil du trésor C.T. 210874 du 6 décembre 2011, cesse d'avoir effet le (*indiquer ici la date de l'entrée en vigueur du présent article*), à l'exception du paragraphe 5.1 de cette entente qui, à l'égard des engagements visés à l'article 77, cesse d'avoir effet le 31 décembre 2015.

« **75.** Les paragraphes 15.01 à 15.07 de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et approuvée par la décision du Conseil du trésor C.T. 211816 du 31 juillet 2012, cessent d'avoir effet le (*indiquer ici la date de l'entrée en vigueur du présent article*).

« **76.** Les services, fournitures ou frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, pouvaient être facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de cette loi, tel qu'il se lisait avant le 9 novembre 2015, peuvent continuer d'être facturés jusqu'à l'entrée en vigueur du premier règlement pris en application du douzième alinéa de l'article 22 de cette loi, édicté par l'article 32.

Le tarif de ces services, fournitures ou frais accessoires est soumis aux exigences prévues à l'article 22.0.0.1 de cette loi.

« **77.** Tout engagement pris par un médecin en application de l'article 363 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), en vigueur le (*indiquer ici la date de l'entrée en vigueur du présent article*), cesse d'avoir effet à la plus rapprochée des dates suivantes :

1° la date d'expiration de cet engagement;

2° le (*indiquer ici la date qui précède celle de l'entrée en vigueur du présent article*).

Toutefois, le médecin omnipraticien qui, le 31 décembre 2017, exerce depuis au moins un an l'une des activités visées aux paragraphes 1° à 5° du deuxième alinéa de l'article 361 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tel qu'il se lisait à cette date, a priorité pour se faire autoriser des heures d'activités médicales conformément au premier alinéa de l'article 7 à l'égard de la même activité, le cas échéant. Lorsque, en raison de l'application des directives ministérielles visées au premier alinéa de l'article 5, plus d'un médecin a priorité sur une même activité, les heures d'activités sont autorisées à celui dont la date de la première facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec est la plus antérieure.

« **78.** Le ministre doit, au plus tard le (*indiquer ici la date qui suit de deux ans celle de l'entrée en vigueur du présent article*), faire au gouvernement un rapport sur la mise en œuvre de la présente loi et, par la suite tous les cinq ans, sur l'opportunité de la modifier.

Ce rapport est déposé par le ministre dans les 30 jours suivants devant l'Assemblée nationale ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux.

« **79.** Tout médecin omnipraticien qui, le (*indiquer ici la date qui précède celle de l'entrée en vigueur de l'article 12*), détient un avis de conformité du département régional de médecine générale de la région où il pratique, en application de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et approuvée par la décision du Conseil du trésor C.T. 200809 du 23 mars 2004, est réputé avoir obtenu un avis de conformité au plan régional des effectifs médicaux de ce département régional en vertu de l'article 12.

« **80.** Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la présente loi.

« ANNEXE I
« (Article 3)

« Ne sont pas assujettis aux dispositions de la présente loi les établissements suivants :

1° ceux visés à la partie IV.1, à la partie IV.2 et à la partie IV.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

2° le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, à l'égard des installations inscrites aux permis du Centre de santé et de services sociaux de la Basse-Côte-Nord, du Centre de santé et de services sociaux de l'Hématite et du Centre de santé et de services sociaux de la Minganie en vigueur le 31 mars 2015. ».

PARTIE II

MODIFICATIONS EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

LOI SUR LES ACTIVITÉS CLINIQUES ET DE RECHERCHE EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

2. L'article 8 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01) est remplacé par le suivant :

« **8.** Tout projet de recherche portant sur des activités de procréation assistée ou utilisant des embryons qui en sont issus mais qui n'ont pas servi à cette fin doit être approuvé et suivi par le comité d'éthique de la recherche institué par le ministre en application de l'article 21 du Code civil.

Le gouvernement peut, par règlement, déterminer les conditions que doit respecter un projet de recherche utilisant des embryons issus des activités de procréation assistée mais qui n'ont pas servi à cette fin. ».

3. L'article 10 de cette loi est remplacé par les suivants :

« **10.** Afin de relever le niveau de la qualité, de la sécurité et de l'éthique des activités de procréation assistée, le Collège des médecins du Québec élabore des lignes directrices en matière de procréation assistée et voit à leur application. Le ministre s'assure de leur diffusion.

Ces lignes directrices doivent notamment porter sur l'importance de privilégier les techniques les moins invasives en fonction de ce qui est médicalement indiqué, sur les facteurs de risque pour la santé de la femme et de l'enfant, sur les conditions d'accès au diagnostic génétique préimplantatoire, sur la période de relations sexuelles ou le nombre d'inséminations artificielles devant précéder le recours à la fécondation *in vitro*, le cas échéant, ainsi que sur les critères, dont l'âge de la femme, et les taux de succès à prendre en compte lors du choix des traitements.

Le Collège des médecins du Québec rend compte, dans une section distincte de son rapport annuel, de l'application des dispositions du présent article.

« **10.1.** Dans son analyse visant à déterminer s'il y a lieu de recourir à une activité de procréation assistée ainsi qu'à déterminer le traitement approprié selon les lignes directrices prévues à l'article 10, le médecin doit s'assurer qu'une telle activité n'occasionne pas de risque grave pour la santé de la personne et de l'enfant à naître.

L'analyse du médecin est consignée au dossier médical de la personne.

« **10.2.** Le médecin qui a des motifs raisonnables de croire que la personne ou les personnes formant le projet parental risquent de compromettre la sécurité ou le développement de l'éventuel enfant issu de la procréation assistée doit, s'il désire poursuivre sa relation professionnelle avec cette ou ces personnes, obtenir une évaluation positive de celle-ci ou de celles-ci effectuée par un membre de l'Ordre des psychologues du Québec ou de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

Le membre de l'ordre est choisi par la personne ou les personnes formant le projet parental sur une liste de noms fournie par l'ordre concerné et transmise au ministre.

L'évaluation est effectuée, aux frais de la personne ou des personnes formant le projet parental, sur la base des critères convenus entre les deux ordres professionnels et le ministre. Le ministre s'assure de la diffusion de ces critères.

Le gouvernement peut, par règlement, prévoir les conditions de la procédure d'évaluation.

« **10.3.** Dans le cadre d'une activité de fécondation *in vitro*, un seul embryon peut être transféré chez une femme.

Toutefois, considérant la qualité des embryons, un médecin peut transférer deux embryons si la femme est âgée de 37 ans ou plus. Les motifs justifiant la décision sont consignés au dossier médical de cette femme.

« **10.4.** Il est interdit à quiconque œuvrant dans le secteur de la santé ou des services sociaux de diriger une personne vers une clinique de procréation assistée située hors du Québec afin que cette personne y reçoive des services de procréation assistée qui ne sont pas conformes aux normes prévues par la présente loi ou par un règlement pris pour son application. ».

4. L'article 11 de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin du premier alinéa, de la phase suivante : « Toutefois, lorsque des activités de fécondation *in vitro* sont exercées dans le centre, le directeur du centre doit être titulaire d'un certificat de spécialiste en endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité. ».

5. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 14, du suivant :

« **14.1.** Tout service d'enseignement ou de formation cliniques en matière de procréation assistée doit être offert dans une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). ».

6. L'article 26 de cette loi est abrogé.

7. L'article 30 de cette loi est modifié par l'insertion, après le paragraphe 2°, du suivant :

« 2.1° prévoir les conditions relatives à la procédure d'évaluation prévue à l'article 10.2; ».

8. L'article 34 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « ou de le suspendre ou le révoquer » par « , de le suspendre ou de le révoquer, ou de l'assujettir à toute condition, restriction ou interdiction »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « renouveler le permis » par « délivrer, de modifier ou de renouveler le permis, ou dont il assujettit le permis à une condition, restriction ou interdiction ».

9. L'article 35 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « ou révoqué » par « , révoqué ou assujetti à une condition, restriction ou interdiction ».

10. L'article 36 de cette loi est remplacé par les suivants :

« **36.** Quiconque contrevient aux articles 6, 8, 10.4 ou 15 commet une infraction et est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$ s'il s'agit d'une personne physique ou d'une amende de 15 000 \$ à 150 000 \$ dans les autres cas.

« **36.1.** Le médecin qui contrevient au premier alinéa de l'article 10.2 ou à l'article 10.3 commet une infraction et est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$.

« **36.2.** Le directeur du centre qui contrevient au deuxième alinéa de l'article 11 commet une infraction et est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$.

« **36.3.** Le centre de procréation assistée qui :

1° contrevient aux premier ou troisième alinéas de l'article 11 ou aux articles 13, 16 ou 24 commet une infraction et est passible d'une amende de

2 500 \$ à 25 000 \$ s'il s'agit d'une personne physique ou d'une amende de 7 500 \$ à 75 000 \$ dans les autres cas;

2° contrevient à l'article 14 commet une infraction et est passible d'une amende de 1 000 \$ à 10 000 \$ s'il s'agit d'une personne physique ou d'une amende de 3 000 \$ à 30 000 \$ dans les autres cas;

3° contrevient aux articles 21 ou 23 commet une infraction et est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$ s'il s'agit d'une personne physique ou d'une amende de 15 000 \$ à 150 000 \$ dans les autres cas. ».

11. L'article 37 de cette loi est modifié par le remplacement de « est passible d'une amende de 1 000 \$ à 10 000 \$ » par « commet une infraction et est passible d'une amende de 2 500 \$ à 25 000 \$ s'il s'agit d'une personne physique ou d'une amende de 7 500 \$ à 75 000 \$ dans les autres cas ».

12. L'article 38 de cette loi est abrogé.

13. L'article 39 de cette loi est remplacé par le suivant :

« **39.** Quiconque entrave de quelque façon que ce soit l'exercice des fonctions d'un inspecteur, le trompe par des réticences ou de fausses déclarations ou refuse de lui fournir un document ou un renseignement qu'il peut exiger en vertu de la présente loi ou d'un règlement pris pour son application commet une infraction et est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$ s'il s'agit d'une personne physique ou d'une amende de 15 000 \$ à 150 000 \$ dans les autres cas. ».

14. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 41, de ce qui suit :

« **41.1.** Dans la détermination de la peine, le juge tient notamment compte des facteurs aggravants suivants :

1° la gravité de l'atteinte ou le risque d'atteinte grave à la santé des personnes ayant eu recours aux activités de procréation assistée et des enfants qui en sont issus, le cas échéant;

2° le fait que le contrevenant ait agi intentionnellement ou ait fait preuve de négligence ou d'insouciance;

3° le caractère prévisible de l'infraction ou le défaut d'avoir donné suite aux recommandations ou aux avertissements visant à la prévenir;

4° les coûts supportés par la collectivité pour réparer le préjudice ou les dommages causés;

5° le fait que le contrevenant, en commettant l'infraction ou en omettant de prendre des mesures pour empêcher sa perpétration, ait accru ses revenus ou ait réduit ses dépenses ou avait l'intention de le faire.

Le juge qui, en présence d'un facteur aggravant visé au premier alinéa, impose tout de même une amende minimale doit motiver sa décision.

« CHAPITRE VII.1

« MESURE DE RECOUVREMENT

« **41.2.** Le gouvernement peut réclamer d'un centre de procréation assistée exploité par une personne ou une société visée à l'article 4 le coût des services de santé qui répondent à ces deux critères :

1° les services ont été dispensés à une personne par un établissement public ou privé conventionné au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

2° les services découlent directement d'une activité de procréation assistée non conforme à la présente loi, ou aux règlements pris pour son application, effectuée par ce centre de procréation assistée.

Un établissement peut, de sa propre initiative ou sur demande du ministre et après en avoir informé l'utilisateur ou son représentant, communiquer au ministre tout renseignement contenu au dossier de cet usager qui est nécessaire à la prise du recours prévu au premier alinéa. ».

LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

15. L'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est modifié par le remplacement du paragraphe *e* du premier alinéa par les suivants :

« *e*) les services d'insémination artificielle qui sont rendus par un médecin;

« *f*) les services requis à des fins de préservation de la fertilité, déterminés par règlement, qui sont rendus par un médecin. ».

16. L'article 69 de cette loi est modifié par le remplacement du paragraphe *c.2* du premier alinéa par le suivant :

« *c.2*) déterminer les services requis à des fins de préservation de la fertilité qui doivent être considérés comme des services assurés aux fins du paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3 et, le cas échéant, dans quels cas et à quelles conditions ils doivent l'être; ».

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

17. L'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), modifié par l'article 71 du chapitre 2 des lois de 2014, est de nouveau modifié par l'ajout, après le paragraphe 14°, du suivant :

«15° dans les cas et pour les finalités prévus au deuxième alinéa de l'article 41.2 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01). ».

RÈGLEMENT SUR LES ACTIVITÉS CLINIQUES EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

18. Les articles 17 et 18 du Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01, r. 1) sont abrogés.

RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

19. L'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29, r. 5) est modifié :

1° par la suppression, dans le paragraphe *q*, de ce qui suit : « ou qu'il ne soit un service requis à des fins de procréation médicalement assistée conformément aux articles 34.4, 34.5 ou 34.6 »;

2° par l'ajout, à la fin, du paragraphe suivant :

«*v*) tout service de procréation assistée, sauf les services d'insémination artificielle y compris les services de stimulation ovarienne visés au paragraphe *e* du premier alinéa de l'article 3 de la Loi. ».

20. La section XII.2 de ce règlement est remplacée par la suivante :

«SECTION XII.2

«SERVICES DE PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

«**34.3.** Lorsqu'ils sont rendus chez une personne assurée fertile avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules ou des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique, les services requis à des fins de préservation de la fertilité mentionnés ci-après doivent être considérés comme des services assurés aux fins du paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3 de la Loi :

- a) les services de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation;
- b) les services de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens;
- c) les services de prélèvement de sperme ou de tissus testiculaires au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire;

d) les services de congélation et d'entreposage du sperme, des ovules, des tissus ovariens ou testiculaires ou des embryons, et ce, pour une durée de cinq ans. ».

PARTIE III

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

21. L'article 8 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01), édicté par l'article 2, ne s'applique pas à un projet de recherche en cours le 10 novembre 2015 et portant sur des activités de procréation assistée ou utilisant des embryons qui sont issus de telles activités mais qui n'ont pas servi à cette fin.

22. Le Collège des médecins du Québec doit élaborer les lignes directrices en matière de procréation assistée prévues à l'article 10 au plus tard le 10 février 2016 et en assurer une mise à jour périodique.

23. Le paragraphe *e* du premier alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), le paragraphe *c.2* du premier alinéa de l'article 69 de cette loi, le paragraphe *q* de l'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29, r. 5) et les articles 34.3 à 34.6 de ce règlement, tels qu'ils se lisaient le 9 novembre 2015, continuent d'avoir effet à l'égard de la personne assurée, au sens de cette loi :

1° qui a commencé à recevoir des services de fécondation *in vitro* avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à la fin du cycle ovarien au cours duquel des services de fécondation *in vitro* ont lieu ou jusqu'à ce qu'il y ait grossesse, selon la première éventualité;

2° qui a commencé à recevoir des services requis à des fins d'insémination artificielle avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à ce que l'insémination artificielle ait eu lieu;

3° qui participe avec la personne visée aux paragraphes 1° ou 2° à ces services de procréation assistée, et ce, pour la durée prévue à ces paragraphes.

Aux fins du paragraphe 1° du premier alinéa, a commencé à recevoir des services de fécondation *in vitro* la personne assurée qui se trouve dans l'une des situations suivantes :

1° la personne a elle-même reçu des services requis à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens;

2° la personne qui participe avec elle à la procréation assistée a reçu, selon le cas, des services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale ou des services requis à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens.

Aux fins du paragraphe 2° du premier alinéa, a commencé à recevoir des services requis à des fins d'insémination artificielle la personne qui a reçu des services requis à des fins de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation.

24. Les services de cryopréservation d'embryons et les services requis à des fins de congélation et d'entreposage du sperme, dans le cadre des services requis à des fins de procréation assistée, demeurent des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie jusqu'au 10 novembre 2018, dans la mesure où ceux-ci ont commencé avant le 11 novembre 2015.

25. Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur le 10 novembre 2015, à l'exception :

1° des articles 4 à 31, 39, 41, 42, 45 à 47, 49, du paragraphe 3° de l'article 50, des articles 53, 54, 56, 59 à 68, de l'article 69 dans la mesure où il concerne les médecins omnipraticiens, des articles 74, 75, 77 à 79, édictés par l'article 1, qui entreront en vigueur à la date ou aux dates fixées par le gouvernement;

2° de l'article 3, dans la mesure où il édicte l'article 10.3 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée, et de l'article 18, dans la mesure où il abroge l'article 17 du Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01, r. 1), qui entrent en vigueur le 11 novembre 2015.

