

Mémoire

Projet de loi n° 130/

Loi modifiant certaines dispositions  
relatives à l'organisation clinique  
et à la gestion des établissements  
de santé et de services sociaux

CSSS – 002M  
C.P. – P.L. 130  
Organisation  
clinique

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA COMMISSION  
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
LE 7 FÉVRIER 2017

  
COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>RÉVISION DE LA PROCÉDURE D'OCTROI ET DE RENOUELEMENT DE PRIVILÈGES</b> .....	<b>2</b>
<b>CONTRÔLE DE L'EXERCICE DES MÉDECINS EN ÉTABLISSEMENT</b> .....	<b>4</b>
<b>ACCÈS AUX DONNÉES SOCIO-SANITAIRES</b> .....	<b>5</b>
<b>PLAN D'ORGANISATION D'UN CENTRE HOSPITALIER</b> .....	<b>5</b>
<b>CONSOLIDATION DU POUVOIR DU MINISTRE</b> .....	<b>6</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>6</b>
<b>SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>7</b>

## Introduction

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de vous présenter ses commentaires et observations concernant le projet de loi n°130 intitulé *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et des services sociaux*.

Ce projet de loi modifie plusieurs lois et règlements du réseau de la santé et des services sociaux allant de la nomination des PDG adjoints des établissements jusqu'aux approvisionnements en commun, en passant par les conditions d'octroi de privilèges et la révision des pouvoirs des directeurs de santé publique.

Nous ciblerons nos commentaires sur les éléments qui touchent particulièrement la pratique médicale en établissements.

## Révision de la procédure d'octroi et de renouvellement de privilèges

Le Collège est d'avis que la révision de la procédure d'octroi et de renouvellements de privilèges risque de causer plus de problèmes que d'apporter de solutions aux problèmes d'accès aux soins médicaux.

À nos yeux les dispositions qui visent la révision des règles du jeu en matière d'octroi et de renouvellements de privilèges en établissement est la portion qui aura le plus d'impacts sur la pratique médicale non seulement en établissement, mais hors établissement. Nous devons avouer que l'objectif n'est pas clair.

La volonté de revoir les façons de faire actuelles devrait, selon nous, uniquement viser l'amélioration de l'accès aux soins médicaux et créer plus de souplesse dans la gestion de l'offre de soins médicaux par les médecins exerçant en établissement. Malheureusement, nous croyons que le moyen préconisé risque d'avoir l'effet contraire et de causer plus d'effets secondaires négatifs que bénéfiques.

Les articles 26 à 29 du projet de loi imposent l'obligation à tous les Conseils d'administration d'établissement d'ajouter des « obligations rattachées à la jouissance de privilèges » à tout engagement de médecins ou dentistes. Le premier octroi de privilèges n'est valable que pour un an et tout renouvellement peut être d'une durée de un à trois ans et est conditionnel au respect des obligations rattachées aux privilèges. Le temps consacré à l'octroi et au renouvellement de privilèges en établissement a toujours été minimal et a fait l'objet de discussions pour les rares cas présentant un problème où le Conseil d'administration « pouvait » déjà, cela n'est donc pas nouveau, assortir les privilèges de restrictions ou d'obligations ou simplement ne pas les renouveler. Il faudrait peut-être s'interroger sur les raisons pour lesquelles ces pouvoirs ont été si peu utilisés dans le passé. Imposer une telle mesure de façon systématique, sans déterminer à l'avance ce que l'on entend par « obligations » ouvre la porte à une lourdeur administrative qui peut compromettre l'offre de services médicaux dans l'établissement.

Cela est d'autant plus vrai que les établissements sont maintenant à l'échelle d'une région, que les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (ci-après CMDP) sont constitués de centaines de médecins, dentistes et pharmaciens, et que le processus envisagé par le projet de loi laisse entrevoir une tâche colossale, puisque le processus se fera sur une base annuelle dans la plupart des cas. A priori, il est difficile de cerner le gain attendu par rapport à l'effort requis.

Si le résultat du processus de renouvellement amenait à des décisions de non-renouvellement de privilèges, on imagine facilement le débordement de contestations au Tribunal administratif du Québec, de même que le risque de découvrir certains services

ou départements cliniques localement, faute d'avoir respecté, selon un barème d'évaluation encore à venir, les fameuses « obligations rattachées aux privilèges » dont on ne connaît pas la nature.

Sans parler du fait que le « rôle policier » qu'on donnera ainsi aux postes de directeur des services professionnels et de président du CMDP ne sera pas de nature à attirer les candidats. Nous espérons que l'intention réelle du projet de loi n'est pas de favoriser un tel désengagement des médecins des tâches médico-administratives.

Selon nous, l'alourdissement du processus d'octroi et de renouvellement de privilèges en établissement pourrait ressembler à scier la branche sur laquelle est assis le décideur, en l'occurrence le Conseil d'administration, et placer celui-ci en situation de conflit d'intérêts entre son mandat de faire respecter les obligations du médecin et sa propre obligation « d'assurer de l'accessibilité aux services de l'établissement », que le projet de loi propose d'ajouter au paragraphe 3.3 ° de l'article 172 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (art. 16 du projet de loi).

L'expérience des dernières années a démontré largement que s'il y avait des obligations qui devaient être rattachées à des privilèges, ce serait un outil d'exception et non pas une règle à imposer à tous.

Lorsqu'on parle d'obligations d'une partie, il y a nécessairement des obligations réciproques de la part de la partie qui les impose. Or, sur ce point, le projet de loi est muet. Où sont les obligations des établissements envers les médecins de fournir les ressources humaines et techniques permettant au médecin de respecter ces obligations qu'on lui impose ? Où sont les obligations du ministère de la Santé et des services sociaux d'assurer aux établissements les ressources suffisantes pour soutenir l'obligation faite au Conseil d'administration d'assurer l'accessibilité aux services ? Là aussi le projet de loi est silencieux. Et si le passé est garant de l'avenir, la tendance est plutôt à restreindre les ressources qu'à les augmenter.

De plus, l'article 7 modifiant l'article 60.1 de l'ancien projet de loi n°10, même s'il vise le renforcement de la première ligne, utilise le levier des privilèges hospitaliers pour y rattacher des obligations supplémentaires hors établissement aux médecins de famille. Cette mesure a explicitement « pour but de combler les besoins en médecine de famille de première ligne ». Le Collège anticipe qu'elle aura un impact direct sur les stages de formation que doivent suivre les médecins. En effet, depuis l'adoption du projet de loi n°20, nous avons observé une augmentation significative du nombre de stages à organiser pour les médecins de famille qui doivent adapter et réorienter leur pratique professionnelle pour tenir compte des nouvelles obligations imposées par ces lois. Notre

*Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins* (c. M-9, r.27.1) impose en effet à tout médecin, qui commence à exercer la médecine dans un domaine où il n'a jamais exercé ou après avoir exercé dans un autre domaine pendant 3 ans ou plus, la réussite d'un stage dans ce nouveau domaine d'activités. Il n'y a pas de doute que cet article 7 exacerbera le besoin et congestionnera davantage les lieux de stages. De plus, il est surprenant que l'établissement influence la pratique hors établissement par l'imposition d'obligations rattachées aux privilèges qu'il octroie.

Enfin, on ne peut que souligner le vide dans le projet de loi en ce qui concerne toute préoccupation sur la qualité des soins dispensés. On semble tellement préoccupé par le contrôle du cadre de pratique, et presque exclusivement celui des médecins, qu'on en oublie la finalité. Plutôt que de faire travailler le CMDP et le directeur des services professionnels (ci-après DSP) sur les renouvellements de privilèges, nous aurions souhaité davantage de temps consacré à l'évaluation de la qualité de l'acte. Nous rappelons que l'objectif n'est pas seulement de donner des soins, mais de faire en sorte que ces soins soient pertinents et de qualité, une dimension complètement évacuée de tous les projets de loi touchant le réseau de la santé depuis 2014. S'il y avait au moins une obligation imposée aux établissements, en plus de fournir les ressources adéquates à la dispensation des services, ce serait bien d'évaluer la qualité des services afin de réduire, sinon d'éliminer, la non-qualité qui coûte très cher au système.

#### **RECOMMANDATION #1**

Le Collège recommande que l'obligation d'évaluer la qualité des services offerts par les établissements soit ajoutée au projet de loi.

### **Contrôle de l'exercice des médecins en établissement**

Le ministre désire contrôler l'exercice des médecins en établissement en s'octroyant le pouvoir de modifier les règlements internes de l'établissement, que ce soit ceux du Conseil d'administration, du CMDP, des départements ou de tout autre conseil.

Tel que mentionné précédemment, nous suggérons que si des modifications devaient être apportées à des règlements, ces modifications devraient prioritairement viser l'amélioration de la qualité des soins médicaux.

## Accès aux données sociosanitaires

Le Collège profite à nouveau de l'occasion pour souligner qu'il devrait avoir accès aux données sociosanitaires pour pouvoir exercer son rôle de protection du public par l'évaluation de la qualité des soins médicaux.

Faisant allusion à des projets en ressources informationnelles, l'article 10 du projet de loi fait référence aux techniques informationnelles et mentionne, au paragraphe b) du deuxième alinéa, « qu'il contribue à améliorer la qualité, l'efficacité et la performance du système québécois de santé en permettant une gestion et une utilisation maîtrisées de l'information sociosanitaire ». Ce n'est pas la première fois qu'une telle affirmation se retrouve dans une loi. Selon nous, elle tient davantage de la bonne intention et du vœu pieu, que de la réalité. Au risque de se répéter, le Collège des médecins réitère, à l'occasion de cette Commission parlementaire, sa demande d'avoir accès aux banques de données sociosanitaires, auxquelles nous avons eu accès pendant des années, afin de surveiller les pratiques médicales et ainsi avoir accès aux outils nécessaires pour exercer notre mandat d'ordre professionnel de protection du public.

### **RECOMMANDATION #2**

Le Collège des médecins demande que le projet de loi intègre une disposition pour lui permettre d'avoir accès aux données sociosanitaires afin de surveiller les pratiques médicales et assurer son mandat de protection du public.

## Plan d'organisation d'un centre hospitalier

Le Collège souhaite que le plan d'organisation d'un centre hospitalier favorise davantage une bonne dispensation des services que ce que prévoit la loi.

L'article 19 établit la constitution de 11 départements cliniques dans un centre hospitalier. Il faudra créer de la souplesse dans son application afin d'éviter les conflits potentiels entre deux départements. Par exemple, si le service d'hématologie couvre un aspect de laboratoire qui peut être rattaché au département de biologie médicale, on ne peut négliger son aspect clinique qui doit être rattaché au département de médecine spécialisée. Il en est de même de quelques autres spécialités médicales. À cet égard, le Collège estime pertinent que le projet de loi prévoit un pouvoir discrétionnaire de dérogation au ministre.

## Consolidation du pouvoir du ministre

Enfin, le Collège note que le ministre veut consolider son pouvoir sur les établissements en faisant en sorte que le CMDP ne soit que « consulté » par le Conseil d'administration plutôt que de formuler des recommandations sur les privilèges et les règlements. De même, à l'article 39, il remplace le rôle des doyens dans les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) par celui d'un directeur général d'un établissement qui fait partie du réseau, afin qu'il agisse selon ce que le ministre détermine.

## Conclusion

En conclusion, le Collège s'interroge sur le véritable but poursuivi par ce projet de loi et ne peut qu'exprimer des réserves sur les effets néfastes que plusieurs mesures pourraient avoir, en particulier les nouvelles conditions d'octroi de privilèges des médecins, pharmaciens et dentistes en établissement.

Le Collège insiste sur la nécessité de placer l'évaluation de la qualité des services au même niveau que leur accessibilité et d'inclure des obligations de résultat non seulement aux médecins, mais également aux établissements et au ministère.

## Sommaire des recommandations

### **RECOMMANDATION #1**

Le Collège recommande que l'obligation d'évaluer la qualité des services offerts par les établissements soit ajoutée au projet de loi.

(page 4)

---

### **RECOMMANDATION #2**

Le Collège des médecins demande que le projet de loi intègre une disposition pour lui permettre d'avoir accès aux données sociosanitaires afin de surveiller les pratiques médicales et assurer son mandat de protection du public.

(page 5)

---