

Déposé le 17 mai 2017

No. : CSSS-086

Secrétaire Carolynne Paquette

# ProfessionSanite.ca

## PL 130: appel pressant à la sagesse parlementaire et à la cogestion de notre système de santé

Par Dr Alain Larouche le 13 mars 2017

Lors des audiences publiques de la Commission parlementaire des affaires sociales chargée d'étudier le PL 130, une vague de fond s'est fait sentir: le ministre et les partis d'opposition, dont le mandat consiste notamment à critiquer la vision gouvernementale, étaient empêtrés dans des modalités administratives portant sur des dispositions particulières pour agir sur la nomination d'un médecin dont le comportement serait inadéquat – on ne sait pas combien – et sur qui ni les autorités médicales et administratives du réseau ni les autorités de protection du public ne pourraient actuellement agir.

Rappelons que le **PL 130** resserre la notion d'obligations reliées à des privilèges lors de la nomination ou du renouvellement de nomination d'un médecin au sein d'un établissement. Il élargit même le concept aux activités de 1<sup>re</sup> ligne pour les médecins de famille<sup>1</sup>.

Conscient du fait que le projet de loi ne vise pas seulement à régler des cas d'exception, le ministre lui-même a demandé aux présentateurs des mémoires en commission parlementaire quelle serait l'action minimale à poser pour faire en sorte que les médecins respectent les obligations qui leur sont données.

Mais qu'en est-il vraiment des obligations habituellement imposées dans les dernières années? Bien souvent, il s'agit de respecter les règles de fonctionnement du CMDP et du département, de participer à leurs activités, de respecter les lois, d'avoir une assurance responsabilité, de compléter les dossiers, etc. Rien de bien méchant, vous en conviendrez. Nous n'en sommes pas à des obligations de productivité, de disponibilité (autre que la garde), d'assiduité, etc.

Mais que souhaite donc le législateur? Un coup d'œil sur les effets des réformes sur les médecins depuis 2015 semble assez révélateur.

- Le **PL 10** fusionne tous les établissements d'un même territoire (la plupart du temps une région sauf Montréal, la Montérégie et... la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine). Les médecins se sont retrouvés dans un seul département selon leur spécialité et se sont fait dire que l'accès à leurs services devait être équitable pour l'ensemble de la population desservie; un seul CMDP, des règles de fonctionnement et d'utilisation des ressources communes, du moins, c'est ce qui est voulu par le législateur.
- Le **PL 20** vise l'accès à un médecin de famille (inscription et suivi) et à un médecin spécialiste (consultation, prise en charge hospitalière), à défaut de quoi, une pénalité financière s'appliquera.
- Le **PL 130**, crée une mainmise du pouvoir administratif sur la nomination d'un médecin. Toutefois, il occulte les obligations de l'établissement lui-même de rendre les ressources nécessaires disponibles pour que les médecins répondent de leurs propres obligations.

## Une fêlure annoncée du contrat social

La notion de contrat social s'est imposée graduellement au fil des ans ici et ailleurs au Canada. Elle se traduit par un pacte tacite entre la population – qui finance les différents régimes d'assurance, au premier chef celui de l'assurance maladie – et les médecins. Essentiellement, en retour de la reconnaissance du statut de professionnel, de travailleur autonome et d'une rémunération largement supérieure à la moyenne, la population s'attend à avoir accès aux services médicaux lorsque nécessaire, à ce que la relation thérapeutique entre un médecin et un patient soit libre de tout autre intérêt que celui du patient et que les médecins s'autorégulent entre eux.

La grogne des citoyens envers la profession médicale, mais non envers «leur médecin», se fait entendre bien fort auprès des élus qui ne sont pas insensibles à ce vaste mouvement d'insatisfaction.

Un sondage Ipsos commandé par l'Association médicale canadienne<sup>2</sup> en 2013 a révélé que 46 % des Canadiens jugeaient leurs médecins fiables, soit une baisse de 24 % en 10 ans seulement. Les Canadiens sont aussi de moins en moins nombreux à croire que les médecins sont au fait des dernières percées (baisse de 60 à 36 %) et qu'ils sont capables de faire preuve de compassion (baisse de 61 à 35 %). Les médecins eux mêmes (85 %) estiment que leur réputation et leur rôle au Canada sont menacés (Ipsos, 2013).

Dans un discours<sup>3</sup> prononcé au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 2012, le gouverneur général David Johnston a formulé les remarques suivantes:

*«Que se passera-t-il si vous ne respectez pas vos obligations aux termes du contrat social? Les Canadiens vont changer ce contrat et redéfinir le professionnalisme à votre place. On vous imposera des règlements et des modifications – fort possiblement d'une manière qui diminuera ou supprimera votre privilège d'autoréglementation.*

*L'une des meilleures façons pour vous, et pour n'importe qui d'autre dans toute profession, d'éviter de se faire imposer des changements consiste à adopter sans relâche de nouvelles idées, à fixer et à atteindre avec ténacité des normes rigoureuses et, encore plus important, à veiller avec passion à ce que votre profession serve l'intérêt public.»*

Ce sont des propos prémonitoires. Le défi à relever nécessite tout d'abord une prise de conscience. Comme toute profession libérale, les médecins ne forment pas un groupe homogène. Ils représentent plutôt un ensemble d'individus régis par des règles communes – le code de déontologie, par exemple –, mais dont l'action commune relève de l'autoréglementation, par exemple éviter les ruptures de services ou assurer une garde permanente.

La population ne s'attend pas à l'impossible de notre part, mais elle comprend mal et n'accepte pas que l'accès à un médecin se détériore alors qu'une plus large part de la richesse collective est consacrée à notre rémunération. Les médias et la population ne sont pas dupes, par exemple, quand ils constatent que le taux d'inscription à un médecin de famille est motivé par une crainte de se faire amputer une bonne partie des honoraires et non pas par un éveil soudain de notre conscience sociale. (J'ai déjà écrit dans cette chronique que je n'avais jamais compris la partie gouvernementale d'espérer qu'un médecin en fasse plus en le payant plus pour faire... la même chose.)

### **Un appel au professionnalisme médical et à la sagesse du législateur**

J'ai eu l'occasion d'observer l'évolution du pouvoir médical au cours des dernières décennies au sein du système de santé. J'ai été témoin du discours tenu par les représentants des médecins et de celui des gestionnaires du réseau, tant aux niveaux local, régional et national; deux solitudes. D'une part, on se réclame de notre autonomie professionnelle pour protéger la

relation médecin-patient de toute ingérence administrative. D'autre part, on réclame des leviers de contrôle, comme celui d'inclure la masse de rémunération des médecins à même le budget d'exploitation d'un établissement.

Essayons plutôt une véritable cogestion à tous les niveaux d'un établissement et d'un territoire. Invitons les gestionnaires, le MSSS au premier chef, à assumer un vrai leadership pour y arriver. Initions une réelle discussion entre collègues sur le terrain et avec les élus pour la création d'un nouveau lieu de cogestion d'un système de santé à la hauteur des compétences du Québec.

---

## Un véritable plan d'action en cogestion: quelques pistes

### *1. Créer un lieu de décision partagée établissements/médecins*

Modifier le vieux règlement sur l'organisation et l'administration des établissements<sup>4</sup> aux articles 16 et 17 pour transformer le comité consultatif à la direction générale en un **comité de cogestion**. Plus simplement, cette disposition pourrait être ajoutée à la LSSSS. Regroupant tous les acteurs impliqués, tant du côté médical qu'administratif, ce comité de cogestion aurait pour mission essentielle de **convenir** des modalités pour **s'assurer de l'accessibilité aux services de l'établissement**. Par conséquent, une analyse des besoins de la population desservie en matière de services médicaux, de la capacité des médecins de rendre ces services et de la capacité de l'établissement de rendre disponibles les ressources nécessaires permettraient de mieux juger les obligations de chacun selon la mission de cet établissement. On parlerait alors d'un véritable partenariat dans la poursuite d'un objectif commun. Le ministre ne devrait pas être étonné d'un pareil partenariat à la base même du fonctionnement du **Kaiser** (assureur/fournisseur de services) **Permanente** (regroupement des médecins qui y travaillent).

### *2. Introduire des modalités de prise de décision*

Comment un PDG de CISSS/CIUSSS peut-il décider unilatéralement du plan d'organisation de son établissement sans un réel partenariat avec les médecins pour la prise de décision? Je confierais donc cette responsabilité au comité de cogestion qui formulerait ses recommandations au CA par la voix du PDG. Il faudrait évidemment que le CA avalise un tel processus. En cas de division au comité de cogestion, le PDG pourrait toutefois conserver le pouvoir de recommander au CA d'adopter en partie ou de rejeter la proposition du comité de cogestion en justifiant sa décision pour des motifs d'incompatibilité avec la mission de l'établissement ou d'incapacité de rendre les services souhaités au plan d'organisation à l'étude. Il s'agirait sûrement d'une situation de tension, mais une bonne occasion de donner un sens à l'imputabilité tant souhaitée quant aux conséquences d'une prise de décision. Enfin, le **ministre devrait renoncer** à approuver au final ce plan d'organisation ou, tout au plus, se réserver le pouvoir de vérifier que ce plan a été adopté. Sinon, pourquoi un CA?

### *3. Se donner les moyens de mesurer*

Les systèmes d'information actuellement en place sont d'abord et avant tout de type administratif, nonobstant les quelques établissements qui ont un véritable dossier clinique informatisé (DCI) et non un simple *visualiseur*. Il existe de véritables DCI qui permettent non seulement de colliger les données cliniques, mais de suivre les prestations accomplies lors d'un séjour hospitalier ou d'une consultation à l'externe et donc de mesurer les résultats et les coûts. La prise de décision, basée alors sur les résultats obtenus, permettrait une utilisation rationnelle des ressources nécessaires pour les obtenir. On sait que des efforts sont faits en ce sens mais où en sommes-nous exactement?

#### **4. Préciser le rôle du DRMG**

Le PL 10 a créé une grande ambiguïté dans la gouvernance médicale en médecine de famille. Le département de médecine générale (en établissement) demeure, et le DRMG, anciennement rattaché au PDG de l'Agence de santé, garde les mêmes responsabilités. Ce dernier est cependant désormais rattaché au PDG du CISSS/CIUSSS. Bien que tous les médecins de famille soient membres du DRMG indépendamment de leur lieu de pratique, seuls les médecins ayant des privilèges en établissement sont membres du département de médecine générale. Mais voici que ces derniers sont visés par le PL 130 en raison du pouvoir du CA de leur fixer des obligations en 1<sup>re</sup> ligne pour obtenir des privilèges en établissement.

Je clarifierais donc ces rôles dans la loi en confirmant la responsabilité d'élaborer des règles d'utilisation des ressources au chef de département de médecine générale, et de cogestion spécifique de l'accès aux services de médecine familiale au DRMG et au PDG et à son équipe, non seulement pour l'établissement mais aussi pour l'ensemble du territoire.

#### **5. Rétablir la communication avec la population locale**

Par des lieux de discussion et un partage des responsabilités plus clair, autant les médecins que les gestionnaires pourraient s'entendre sur les actions prioritaires à poser pour favoriser l'accès et la continuité des services sur leur territoire. À cet égard, je donnerais aux établissements le pouvoir d'allouer des ressources à la 1<sup>re</sup> ligne (beaucoup plus que ce qu'on observe présentement) pour la réalisation du plan d'action. Pour financer ce plan d'action à même les ressources financières de l'établissement, je préconise, comme plusieurs, de nous attaquer à la **surcapacité** en lits des hôpitaux, y compris la sempiternelle question de l'encombrement des urgences. Pour ceux et celles d'entre vous qui sourciliez sur cette surcapacité des hôpitaux, je reviendrai sur le sujet dans une prochaine chronique.

Chaque CISSS/CIUSSS pourrait ainsi informer la population du territoire des efforts et des résultats obtenus, en cohérence avec les orientations ministérielles. Globalement, la société serait plus au fait de la réalité de son système de santé et plus en mesure de témoigner de son expérience auprès des gestionnaires, professionnels et administrateurs de son établissement.

---

1. Voir ma chronique de décembre:

<http://www.professionsante.ca/medecins/opinions/bloques/gouverne-clinique/le-projet-de-loi-130-une-autorite-fonctionnelle-renforcee-sur-les-activites-medicales-40884>

2. Extrait d'un document de l'AMC: <https://www.cma.ca/fr/pages/medical-professionalism.aspx>

3. Extrait du même document de l'AMC

4. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205>