



**COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité
au service du public*

CSSS – 006M
C.P. – P.L. 10
Abolition des
agences régionales

Projet de loi n° 10

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

**Mémoire présenté à la
Commission de la santé et des services sociaux**

20 octobre 2014

*Le Collège des médecins est l'ordre professionnel des médecins québécois.
Sa mission : Une médecine de qualité au service du public*

Monsieur le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de vous présenter ses réflexions relativement au projet de loi n° 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

D'entrée de jeu, le Collège des médecins du Québec souhaite affirmer qu'il comprend les motivations, notamment budgétaires, ayant amené le gouvernement à vouloir modifier les structures et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Le Collège constate que le projet de loi n° 10 propose une réforme majeure du réseau, axée sur les structures et la gouvernance, et tient à souligner le courage politique nécessaire pour proposer une réforme d'une telle envergure.

L'organisation et la gouvernance du réseau public de santé et de services sociaux relèvent effectivement du gouvernement au pouvoir. Il est d'usage que le Collège des médecins du Québec, dont la mission est d'assurer la qualité des services médicaux, s'impose un devoir de réserve quand il est question de l'organisation des services et de la gouvernance du réseau. Il est clair toutefois que l'organisation et la gouvernance du réseau ne sont pas sans lien avec le maintien et le développement de la qualité des services médicaux. Il est précisé d'emblée, dans les notes explicatives et dans le premier article du projet de loi, que l'un de ses objectifs est « ...de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». Or, pour assurer une médecine de qualité, il est bien connu que le Collège a traditionnellement misé et mise toujours sur le professionnalisme, c'est-à-dire sur l'autonomie et l'imputabilité des acteurs.

Le Collège tient donc à faire part de certaines de ses préoccupations face à ce projet, en espérant que ses commentaires soient utiles. Après avoir situé la réforme proposée dans une perspective historique, nous limiterons nos commentaires aux aspects du débat concernant plus précisément la qualité des services médicaux.

Une perspective historique et une analogie

Nous n'avons pas l'expertise nécessaire, ni la juridiction d'ailleurs, pour traiter de la difficile question de la forme d'organisation et de gouvernance la plus à même d'assurer l'efficacité et l'efficacités d'un réseau public de la santé et des services sociaux, et par ricochet une meilleure accessibilité aux services. Toutefois, nous pensons que certaines conclusions s'imposent dès que la question est considérée dans une perspective historique. Comment concilier le fait que la gestion du réseau est très centralisée alors que la prestation de ses services est avant tout une affaire locale? La question se pose depuis la création du réseau. D'autant plus que le réseau, couvrant à la fois les services de santé et les services sociaux, est immense.

Pour préparer nos commentaires, nous avons relu les mémoires que nous avons présentés devant cette Commission parlementaire en 2003 et en 2005 sur les projets de loi n° 25 et n° 83, qui avaient mené à la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et à l'organisation actuelle du réseau.

Nous avons souligné à l'époque le message paradoxal qui était envoyé. D'un côté, on créait des réseaux locaux de santé à qui on confiait la responsabilité de définir leurs projets cliniques à partir des caractéristiques de la population dont ils avaient la responsabilité, comme si le décideur souhaitait lancer un message de confiance à l'instance la plus proche du patient, l'encourageant à faire preuve de jugement dans l'utilisation appropriée des ressources qu'on lui confiait (projet de loi n° 25). De l'autre côté, le même décideur multipliait les contrôles internes (commissaire aux plaintes local, comités de vigilance, multiples comités d'usagers) et externes (commissaire aux plaintes régional et central, pouvoirs d'inspection des agences et du ministre), comme si, finalement, ces instances ne méritaient pas qu'on leur fasse confiance (projet de loi n° 83).

Nous avons exprimé à vos prédécesseurs nos appréhensions face à ce double message et au risque d'« hyperfonctionnarisation » d'un système de santé davantage centré sur le contrôle, la surveillance et l'inspection que sur la responsabilisation des acteurs pour assurer à la population les services de qualité dont elle a besoin. Nous étions préoccupés par les coûts engendrés par l'hypertrophie de ces mécanismes de contrôle, alors qu'on visait justement un meilleur contrôle budgétaire.

Dix ans plus tard, il semble, à la lecture du projet de loi, que cette vision paradoxale persiste et amène le décideur non seulement à maintenir une certaine méfiance face aux gestionnaires du réseau, mais également face aux instances qui étaient responsables d'en effectuer le contrôle, au point de devoir éliminer un niveau d'intervenants, celui des agences, pour ne conserver que deux niveaux de gouvernance : le niveau central ministériel et le niveau régional dans lequel se fondrait le niveau local. Le projet de loi propose en effet de passer du système actuel de gestion

à trois niveaux (ministère, agence régionale et centre de santé et de services sociaux) à un système à deux niveaux : celui du ministère et celui du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) qui devient ainsi l'unité « établissement » du réseau de la santé et des services sociaux.

Nous comprenons très bien qu'une des motivations à la réforme proposée se rapporte aux contraintes budgétaires qui s'imposent à l'État et à l'impératif d'efficience qui leur est associé. On veut que les fonds investis se traduisent en services démontrés efficaces et utiles pour le citoyen. Mais en adoptant une perspective historique, on voit bien que l'ajout ou le retrait des instances intermédiaires ne résout pas nécessairement le paradoxe.

Donnons la chance au coureur et admettons qu'une gestion plus serrée puisse briser les silos, améliorer la coordination sur le plan régional, faciliter le cheminement des personnes qui nécessitent des services et accroître l'accessibilité. Mais encore faut-il que les services requis existent et qu'ils soient au rendez-vous. Il nous semble très significatif que l'on doive, parallèlement à ce modèle à deux niveaux, recréer des établissements suprarégionaux autonomes qui, ayant une vocation nationale, échappent au « moule unique » du CISSS. Et nous constatons, avec un peu d'étonnement, que tous ces établissements seraient situés à Montréal.

Si vous nous permettez une analogie, le réseau proposé ressemblera à un train à 19 wagons faits dans le même moule, avec une seule locomotive, le ministère de la Santé et des Services sociaux, et un seul mécanicien, le ministre de la Santé et des Services sociaux. En poursuivant l'analogie, deux questions émergent dans notre esprit : Mais où va le train et quelle source d'énergie le fera avancer?

Il ne faudrait pas que la direction où nous allons ne soit dictée que par la dimension des rails, c'est-à-dire le cadre étroit imposé par le Conseil du trésor et les conditions financières de l'État. Il ne faudrait pas que, faute d'essence, ce train soit condamné à rester stationné.

Revenir aux missions et les consolider : la première, la deuxième et la troisième ligne

Le projet de loi est centré sur la structure. Mais où sont passées les missions des établissements et des intervenants, c'est-à-dire leur raison d'être et leurs objectifs?

La source d'énergie est selon nous la science, la recherche, l'innovation, la créativité, la motivation du personnel, l'amélioration des pratiques et de la qualité des services offerts. Toutes ces forces ne peuvent être coordonnées que si elles existent. Pour assurer des services de santé de qualité, ces forces doivent exister à chacun des

niveaux de soins, c'est-à-dire la première ligne, la deuxième ligne et la troisième ligne. Les mandats confiés à chacun de ces niveaux doivent être bien définis et bien défendus.

Nous ne trouvons pas dans la forme actuelle du projet de loi cette préoccupation de préciser qui sera chargé de protéger et de développer les services de première ligne et d'innover dans ce secteur, non plus qu'en deuxième ou en troisième ligne. Au contraire, on mélange dans un même établissement des centres ultraspécialisés avec des services de première ligne, des services de réadaptation avec des services préventifs et curatifs. Comme si par miracle les conseils d'administration allaient saisir l'importance de faire les nuances et les arbitrages requis entre des services de première ligne pour répondre à des besoins préventifs, de suivi des maladies chroniques et de soins à domicile proches des citoyens et de niveau local, de deuxième ligne pour les services spécialisés à portée régionale et de troisième ligne pour les services ultraspécialisés, d'innovation et de recherche de niveau national. Avec toute la complexité de chacun de ces niveaux, l'attribution des ressources ne peut se faire par un simple calcul mathématique ou paramétrique.

Il faut penser à protéger des missions spécialisées ou ultraspécialisées. Pensons simplement aux secteurs de pointe en cardiologie, en pneumologie, en néphrologie, en oncologie, en hématologie ou dans le domaine des laboratoires. Pensons aux instituts de gériatrie pour une population vieillissante et au défi que représente le domaine de la santé mentale.

Dans cette perspective, nous nous interrogeons sur le choix, trop limité à nos yeux, des établissements suprarégionaux. Pourquoi les limiter à quatre à Montréal alors qu'il y a quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) incluant les facultés de médecine de l'Université Laval et de l'Université de Sherbrooke? Pourquoi ne pas reconnaître les missions particulières des instituts en gériatrie, en santé mentale, en cardiologie, etc.? Pourquoi ne pas préserver ces fonctions d'innovation sur une base de domaine d'activité plutôt que sur une base géographique? Ainsi, par exemple, on pourrait regrouper tous les instituts de santé mentale sous une même administration, de même qu'en cardiologie et dans chaque domaine ultraspécialisé?

Nous croyons que tous ces aspects de recherche, d'innovation et d'enseignement mériteraient d'être revus pour préserver la fonction de troisième ligne et la cohérence d'ensemble de ces activités sur le plan national plutôt que de les confier et de les intégrer, pour ne pas dire les diluer, dans des services directs à la population gérés par une instance régionale à qui on ne peut quand même pas demander de décider en fonction d'une mission suprarégionale.

De la même façon, nous savons que le développement et la consolidation de la première ligne constituent la base de la pyramide de soins du réseau de la santé et qu'elle a toujours été cruellement négligée depuis la mise en place du système public de santé au Québec. Or, dans ce projet de loi, non seulement ne voit-on pas de plan pour l'améliorer, mais elle en est complètement exclue au profit des établissements, alors que la majorité des médecins de première ligne exercent hors des établissements. Quand va-t-on voir un plan précis qui reliera les médecins de première ligne au réseau des établissements pour consolider cette première ligne?

Il faut également éviter le piège de la fragmentation territoriale des services. L'un des risques d'une gestion régionale des services sera, à cause du coût de certains services, de spécialiser certains centres sur le plan régional. Si dans des territoires géographiquement petits comme Laval, la proximité et la continuité de services ne seront pas compromises pour le citoyen, il pourrait en être autrement dans de grands territoires. On pourrait imaginer dans un territoire comme les Laurentides que de concentrer des services spécialisés ou ultraspecialisés dans le sud du territoire pourrait se traduire par une plus grande difficulté d'accès géographique pour les citoyens du nord du territoire. Il nous apparaît que cette tentation de la spécialisation de certains centres et la fragmentation des services dans le territoire risquent d'être les principaux effets secondaires de la réforme proposée, empêchant de « favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population ».

Miser sur le capital humain

Un autre élément qu'il nous apparaît important de souligner à la lumière de l'expérience de la réforme du réseau de 2005, est la dilution du sentiment d'appartenance, notamment des médecins, à une institution. La création des CSSS a eu pour effet de créer de plus grands regroupements de médecins, notamment dans des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) plus volumineux et éclatés dans plusieurs milieux de soins souvent physiquement éloignés les uns des autres. Cela a créé inévitablement un éloignement entre les médecins et les décideurs et le sentiment que les besoins vécus par les soignants ne sont pas entendus. Le projet de loi n° 10 accentuerait encore davantage cet éloignement. Devant une structure d'une telle ampleur, on peut craindre la démotivation du personnel et un possible désengagement. Ce pourrait bien être le prix à payer pour le gain budgétaire escompté. Si bien que l'exercice ne se soldera pas par un meilleur accès à des services de qualité. En effet, nos inspections d'établissement démontrent largement que les CMDP ont de la difficulté, dans l'état actuel des choses, à assumer leur fonction d'évaluation de la qualité de l'acte. Avec un CMDP régional, on peut facilement deviner que la tâche ne sera pas facilitée et que la participation des médecins plus éloignés des villes-centres où seront situés les sièges sociaux des établissements sera réduite. Il faudrait donc

prévoir que ces CMDP à vocation régionale puissent avoir accès aux ressources appropriées pour être en mesure d'assumer un alourdissement de tâches.

De plus, tant que la réforme proposée n'aura pas été finalisée, les énergies seront davantage mobilisées par le processus de changement de structures plutôt que par le souci d'offrir des services de qualité. Cela a été observé à la suite de chacune des réformes de structures depuis 45 ans notamment celle de 2005. Depuis le dépôt du projet de loi, on remarque déjà l'émergence d'une frilosité à toute initiative à cause de l'incertitude et des échéances exprimées. Cela fait partie du facteur humain.

Laisser l'oxygène circuler dans le réseau

Ce qui frappe à la lecture du projet de loi est le grand nombre d'articles commençant par les mots « le ministre ». Les journées n'ayant que 24 heures, on présume que pour assumer toutes les nouvelles responsabilités que devra assumer le ministre, il devra se doter d'une plus grande équipe ministérielle. Y aura-t-il véritablement une économie bureaucratique, ou assisterons-nous plus simplement à un déplacement bureaucratique? Si les réformes passées sont garantes de l'avenir, il est réaliste de croire que s'il y a un gain financier, il sera modeste.

Il est important de rappeler que tout ne pourra pas être décidé centralement et qu'une marge de manœuvre décisionnelle sur le plan local devra être autorisée et déterminée. Si cela n'est pas fait, le prix à payer sera la perte d'initiative, de responsabilisation, de créativité et d'innovation des professionnels du réseau au détriment de la qualité des services aux patients. Tel qu'écrit actuellement, le projet de loi donne l'impression d'établissements en état de tutelle permanente de la part du ministre. S'il fallait que cela se concrétise, nous craignons que le fonctionnement du réseau devienne rapidement contreproductif.

L'une des forces du réseau de la santé jusqu'à maintenant a été non seulement le respect mais aussi la promotion de l'autonomie professionnelle et, plus récemment, de la collaboration interprofessionnelle. Il ne faudrait pas perdre ces acquis précieux, à cause d'un trop grand contrôle. Il y a un prix à payer à trop vouloir centraliser les décisions. Et ce prix ne se mesure pas qu'en argent.

Perspectives

Nous constatons que le projet de loi évoque timidement une gestion par épisodes de soins, sans préciser si et comment une réforme majeure du mode de financement des établissements de santé et des services sociaux sera également implantée.

Si une telle réforme du financement des établissements est effectivement envisagée, une question latente depuis la mise en place du régime d'assurance maladie du Québec en 1970 devra inévitablement être abordée. Pour que les établissements puissent accomplir la mission confiée par l'État, il faut leur permettre d'utiliser tous les leviers financiers, soit celui du réseau de la santé et des services sociaux, celui de la Régie de l'assurance maladie du Québec et celui du régime public d'assurance médicaments du Québec.

Si le gouvernement aborde cette question un jour, le Collège des médecins sera certainement intéressé à apporter ses suggestions pour assurer la meilleure qualité possible des services médicaux.

Considérations particulières

Concernant la nomination des membres indépendants des conseils d'administration des établissements, il nous apparaît qu'il faudrait établir comme principe qu'un même individu ne peut être nommé membre indépendant de plus d'un conseil d'administration au risque de conflit d'intérêts. De plus, nous constatons une modalité de nomination qui défavorise la représentation des médecins en première ligne hors établissements, eux qui offrent la plus grande proportion de ces services. À notre avis, il manque là d'un certain équilibre de la représentation.

Le Collège souligne la pertinence de la reddition de comptes publique annuelle prévue à l'article 26 du projet de loi. Cela est une bonne idée. Mais elle suppose une participation citoyenne qui est plus théorique que réelle dans les faits.

Une précision devrait être apportée sur l'île de Montréal quant à la portée régionale des responsabilités que devra assumer le directeur régional de santé publique de Montréal conformément à la *Loi sur la santé publique*. Nous comprenons que ce dernier sera un employé du CISSS du Sud-est-de l'île de Montréal, mais que son mandat, notamment dans les domaines de la protection de la santé publique en matière de santé et de sécurité au travail, couvrira l'ensemble du territoire de l'île de Montréal comme c'est le cas présentement. Mais a-t-on prévu que ces CISSS à vocation régionale aient les ressources et les leviers nécessaires à l'accomplissement de ces mandats extraterritoriaux? À notre avis, cela mériterait d'être précisé explicitement parce que comme nous avons eu l'occasion de l'observer dans des réformes antérieures, il y a toujours un certain niveau de pertes de ressources lors du transfert de structures.

En terminant, nous attirons votre attention sur les effets de cette réforme sur l'application de certains règlements du Collège.

Nous délivrons actuellement des permis restrictifs limitant le droit d'exercice en établissement de certains membres nécessitant une supervision pendant quelques années avant de convertir leur permis d'exercice en permis régulier. Le projet de loi aurait donc comme effet d'élargir leur droit d'exercice et de diluer l'encadrement professionnel souhaité par le Collège pour assurer la protection du public. Des ajustements pourraient donc être envisagés.

Il en va de même de nos activités d'inspection professionnelle. Vous comprendrez qu'une visite d'établissement n'aura plus la même signification pour nous puisqu'il s'agira d'évaluer la qualité de l'exercice sur le plan régional.

Conclusion

En résumé, le Collège des médecins du Québec comprend les motivations, notamment budgétaires, ayant amené le gouvernement à vouloir modifier les structures et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Le Collège constate que le projet de loi n° 10 propose une réforme majeure du réseau et souligne le courage politique nécessaire pour proposer une réforme d'une telle envergure.

Toutefois le Collège des médecins du Québec souhaite exprimer certaines préoccupations, en rapport avec la qualité des services médicaux :

- la persistance d'un message paradoxal, où le décideur exprime un désir de collaboration en même temps que de la méfiance envers le réseau de santé;
- le manque d'intégration entre les structures proposées, les objectifs visés par la réforme et la nécessaire consolidation des missions de première, de deuxième et de troisième ligne que devront assumer les nouveaux établissements;
- une meilleure définition des établissements et des missions suprarégionales;
- la frappante singularité de l'organisation des services à Montréal par rapport au reste du Québec;
- l'articulation entre les RUIS et le réseau de services proposés;
- l'accentuation de la distance entre le décideur d'établissement et le dispensateur de services;
- le danger de la fragmentation territoriale qui pourrait se traduire par une moins bonne accessibilité aux services pour le citoyen;
- une grande centralisation des décisions, laissant peu de place à la responsabilisation et à l'imputabilité des acteurs;
- un alourdissement du fonctionnement des CMDP pouvant rendre plus difficile l'accomplissement des mandats d'assurance-qualité que leur confie la loi;
- la nécessité de préserver l'autonomie professionnelle et la collaboration interprofessionnelle, sur lesquelles repose la qualité des services offerts à la population.

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui avoir permis de partager ses réflexions et vous réitère sa disponibilité pour discuter des préoccupations soulevées et des avenues de solutions envisageables.