



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

**Dans le cadre des auditions sur le projet de loi no 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 par l'Association des Jeunes Médecins du Québec**

**Octobre 2014**

## **L'Association des jeunes médecins du Québec**

L'AJMQ est une association fondée en 1995 qui regroupe près de 1000 médecins québécois, qui y adhèrent librement. Les buts fondamentaux de l'AJMQ sont :

- De faire les représentations afin de s'assurer que tous les médecins soient traités avec équité, et notamment que les jeunes médecins ne subissent pas de préjudice causé par les négociations entre les fédérations médicales et le Ministère de la Santé et des Services sociaux;
- D'intervenir publiquement pour promouvoir une organisation du système de santé public assurant l'accessibilité à des services médicaux de qualité.

À cet égard, l'AJMQ a livré bataille pendant des années pour contrer les impacts d'une clause orphelin ayant privé de 30% de leurs revenus certains médecins spécialistes dans les années 1990, dont l'issue récente s'est faite par entente privée entre la FMSQ et les médecins concernés. L'AJMQ a aussi fait des représentations qui ont amené à abolir l'échelle salariale discriminatoire à l'endroit des jeunes médecins de famille en établissement. Enfin, l'AJMQ fait la promotion d'une plus grande rigueur dans le partage des responsabilités entre les médecins spécialistes, les médecins de famille, les infirmières cliniciennes, les infirmières praticiennes, les sages-femmes et les pharmaciens.

## **Le projet de Loi 10 et ses conséquences**

L'AJMQ souscrit totalement aux prémisses qui ont amené le projet de loi, en particulier :

- Favoriser un meilleur arrimage entre les première, deuxième et troisième lignes de services de santé;
- Améliorer l'accès à un médecin de famille et aux services spécialisés;
- Diminuer les dépenses de nature administrative pour favoriser l'injection d'argent dans les services directs;
- Abolir un pallier de gouvernance pour favoriser une meilleure efficacité dans les décisions;
- Améliorer globalement la qualité des services de santé au Québec.

## **L'arrimage entre les première, deuxième et troisième lignes de services de santé**

En ce qui concerne l'arrimage entre les première, deuxième et troisième lignes de services, l'AJMQ constate que la formation des CSSS il y a près de 10 ans s'est avéré un demi succès. Bien que les fusions administratives d'hôpitaux, de CLSC et de CHSLD aient permis que les décisions se prennent dans une même instance avec le patient-citoyen au cœur de la décision, force est d'admettre que les outils cliniques, les algorithmes de référence, la gestion rigoureuse de l'accès

aux services spécialisés et les systèmes d'information n'ont pas suivi. Encore aujourd'hui nous constatons une duplication d'examen à cause d'un Dossier Santé Québec non entièrement déployé, une gestion erratique des listes d'attente pour des examens et des consultations spécialisées, un manque de communication entre les médecins de famille et les autres médecins spécialistes et entre les autres médecins spécialistes eux-mêmes. Une nouvelle fusion administrative de CSSS, d'hôpitaux universitaires, d'instituts et de centres jeunesse ne va en rien régler les problèmes si le travail n'est pas fait pour déployer entièrement et rapidement le Dossier Santé Québec et déployer dans chacun des CISSS qui seront formés un dossier clinique informatisé complet qui pourra être consulté et alimenté à partir de n'importe quelle des nombreuses installations de chaque CISSS. Des ententes sont nécessaires aussi avec les médecins de cabinet pour que les dossiers d'établissement puissent être consultés.

### **Améliorer l'accès à un médecin de famille et aux services spécialisés**

L'amélioration de l'accès à un médecin de famille a été notée dans les 10 dernières années, par une augmentation significative des cohortes d'étudiants en médecine et un ratio, bien qu'insuffisant, amélioré entre les finissants en médecine de famille et les finissants en spécialités. Néanmoins, comment se fait-il qu'avec plus de médecins per capita que dans toutes les autres provinces canadiennes et plus de médecins de famille per capita que partout au Canada, le Québec se retrouve encore avec plus de 20% de la population qui n'a pas de médecin de famille, contre une moyenne de 10% dans le reste du Canada? Le système des primes d'inscription et de tarification préférentielle des clientèles vulnérables a eu un effet modéré qui s'est essoufflé. Le problème fondamental réside dans le fait que trop peu de médecins de famille font de la prise en charge de clientèle. Deux facteurs non financiers sont principalement en cause.

Le système des plans régionaux d'effectifs médicaux est mal adapté et devenu trop rigide pour permettre de résoudre l'accès à un médecin de famille dans les différentes régions et est à certains égards même nuisible. La preuve en est que les pénuries les plus importantes de médecins de famille ne sont ni en Gaspésie, ni aux Iles-de-la-Madeleine, mais bien dans la grande région de Montréal et sa couronne. Les jeunes médecins prêts à s'installer dans une région et prendre charge de la clientèle orpheline se voient obligés soit de s'installer dans une autre région de laquelle ils reviennent après un ou deux ans. Conséquemment, ils n'y instaurent pas une pratique de prise en charge, favorisant urgence, hospitalisation et clinique sans rendez-vous, ou optent pour un poste de médecin dépanneur, coûteux pour l'État en raison des frais de déplacement, des frais de séjours et des forfaits particuliers. Au retour d'une carrière de médecin dépanneur, les jeunes médecins de famille ont pu goûter à la liberté d'une pratique sans attache administrative et ont mis de côté les habiletés cliniques propres à la prise en charge acquises durant leur résidence. Si bien qu'au retour du dépannage, plusieurs ne s'impliqueront peu ou pas du tout en prise en charge.

Un exemple patent repose dans une région comme celle de la Capitale-Nationale ou le MSSS n'autorise pour 2015 aucun recrutement de nouveau facturant pour les secteurs de Portneuf et de Charlevoix, où le manque est suffisamment flagrant pour que le Ministère autorise, paradoxalement, l'emploi de médecins dépanneurs à La Malbaie. Ainsi, un médecin qui voudrait s'installer à La Malbaie, y faire de l'urgence, de l'hospitalisation et de la prise en charge de clientèle en cabinet s'en voit interdit mais peut aller y faire de l'urgence à grands frais de séjours et de déplacement pour l'État.

L'autre aspect de l'organisation des services médicaux en cause dans la pénurie de médecins de famille qui offrent de la prise en charge est la persistance des activités médicales particulières (AMP) depuis 1992. Après plus de 20 ans, ce mécanisme de régulation qui n'existe qu'au Québec, a montré non seulement son inutilité mais surtout son effet délétère. Bien que la loi des AMP ne suppose que 12 heures par semaine de travail en établissement pour un médecin de famille de moins de 15 ans de pratique, un jeune médecin se voit contraint à y pratiquer nettement plus, par un effet pervers des conséquences administratives de l'addition des PREM aux AMP. Un médecin qui devra faire de l'hospitalisation (plus souvent qu'autrement une telle semaine peut se chiffrer à 84 heures, sans compter la garde en disponibilité 24 heures sur 24) s'impliquera à l'hôpital, y prendra charge de dossiers, remplacera des collègues et au bout de la ligne, les données de facturation de la RAMQ nous indiquent que ce n'est pas 25%, comme on devrait normalement s'y attendre, mais 70% du temps d'un jeune médecin de moins de 15 ans de pratique qui est dédié à l'établissement. Pour trois finissants en médecine familiale, les québécois auront donc moins d'un équivalent temps plein qui offrira une pleine prise en charge de clientèle.

L'effet pervers des AMP et des PREM est donc une valorisation de la pratique sans rendez-vous (mieux rémunérée, moins contraignante, n'exigeant que peu ou pas de suivi), qui amène un lot de consultations en spécialités de moins grande pertinence et un non-retour au médecin en première ligne. Dépourvu devant l'absence de médecin de famille en charge de son patient, le médecin spécialiste doit poser des gestes qui relèvent de la première ligne et dont il n'est pas l'expert. Ce qui amène des coûts supplémentaires évitables et une moins grande disponibilité du spécialiste pour voir des nouveaux patients qui en ont réellement besoin.

Le projet de Loi 10 ne vient en aucun cas régler le problème d'accès à la première ligne. Pire, il y a fort à parier que la fusion de plusieurs établissements risque d'obliger davantage les médecins de famille à combler des trous dans des installations excentriques des méga-CISSS et d'aggraver la pénurie en cabinet. Il faut confier la gestion des PREM à ces CISSS, mais s'assurer que la gestion de ces plans d'effectifs soit faite avec beaucoup plus de souplesse. Et les AMP doivent être abolies tout simplement, appelant ainsi l'ensemble de la communauté médicale à s'investir dans les missions de l'établissement tout en permettant aux médecins de famille de toutes les générations de s'adonner à la prise en charge de citoyens, tant en cabinet qu'en CLSC, à l'hôpital et en hébergement.

Les autres médecins spécialistes, quant à eux, ne devraient être rémunérés que pour des services nécessitant un médecin spécialiste. Pour le reste, ils devraient disposer de systèmes informatiques performants permettant des références bidirectionnelles de patients, d'éviter des références inutiles et d'assurer que l'ensemble des informations pertinentes soient transmises.

### **Diminuer les dépenses de nature administrative pour favoriser l'injection d'argent dans les services directs**

L'AJMQ espère que le projet de loi, une fois adopté, permettra de telles économies. Néanmoins, le regroupement tout azimut amène des structures si grosses et occupant un si grand territoire que nous craignons, dans certaines régions, que le bénéfice financier de la coupure d'un étage de gouvernance et de l'amincissement des équipes de direction soit malheureusement contrebalancé par des frais de déplacement, de la non efficacité, et des projets inutiles pour rendre compatibles des systèmes d'information administratifs qui répondaient jusque-là aux besoins du réseau. Nous sommes clairement d'avis que le découpage actuel des régions administratives ne peut pas tout bêtement être transposé dans un établissement, sans tenir compte de la population et de l'étendue du territoire desservi.

Le CISSS de la Montérégie desservira 100 fois plus de citoyens que le CISSS des Îles-de-la-Madeleine. L'existence de neuf établissements avec 9 PDG et neuf conseils d'administration amènera un déséquilibre réel entre Montréal et toutes les autres régions. L'existence prévue de trois centres hospitaliers universitaires et d'un institut pour Montréal et aucun pour les RUIS de Québec et de Sherbrooke contribue à l'incohérence. Finalement, la dilution des missions des Instituts spécialisés en gériatrie et en santé mentale, aux mandats régionaux, dans de grands ensembles d'établissements de première ligne est probablement contre-productive. Certains Instituts devraient sans doute être exclus des fusions.

La prudence conseillerait de débiter avec un projet pilote, dans une région à la fois urbaine et rurale, avec un volet communautaire et universitaire, comme la région de la Mauricie par exemple. Il serait aisé après un an de voir les impacts positifs et négatifs et d'aller de l'avant dans un deuxième temps dans une vague de fusion moins précipitée, tout en adaptant le modèle à l'étendue géographique, à la quantité de population et aux caractéristiques particulières des populations à l'intérieur d'une même région.

### **Abolir un pallier de gouvernance pour favoriser une meilleure efficacité dans les décisions**

Bien que la particularité de la région de Montréal aurait pu commander le maintien d'une agence spécifique pour cette région, l'AJMQ reconnaît que l'abolition du pallier intermédiaire de gouvernance pourra, en rapprochant le Ministère des établissements, rapprocher l'État du citoyen. Malheureusement, l'abolition d'un pallier ne devrait pas s'accompagner de l'abandon

des grands principes sous tendant le rôle du Conseil d'administration, en particulier son indépendance nécessaire face à la politisation inévitable des décisions en matière de santé et de services sociaux. Nous croyons que la responsabilité populationnelle qui incombe aux CSSS et incombera aux CISSS doit continuer de prendre racine dans un processus démocratique comme nous le connaissons jusqu'à maintenant.

En particulier, l'AJMQ est convaincue du rôle tout à fait primordial qu'exerce le membre issu du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au sein du Conseil d'administration. Nous saluons que le projet de loi 10 prévoit aussi l'apport d'un médecin de famille issu de la pratique en cabinet. Néanmoins, nous sommes étonnés et inquiets de la discrimination manifeste qu'amène le projet de loi en obligeant que le médecin issu du CMDP qui siègera sur le conseil d'administration soit obligatoirement un médecin de la FMSQ, excluant tout médecin de famille. Ce sont les médecins de famille en établissement qui soutiennent la majeure partie du travail dans les urgences, dans les soins hospitaliers, en obstétrique, en réadaptation, dans les centres d'hébergement et les CLSC. Pourquoi les exclure? Pourquoi exclure la majorité des médecins du CISSS dans plusieurs régions? Cette exclusion ne touche pourtant pas les membres du conseil d'administration issus du Conseil des infirmiers et infirmières ni du Conseil multidisciplinaire.

Quant au médecin du CA issu de la première ligne, l'obligation que ce médecin n'ait aucun rattachement au CMDP de l'établissement ne tient pas plus la route. Dans la majorité des régions, la majorité des médecins de famille en cabinet ou en GMF ont aussi une appartenance au CMDP de l'établissement de leur région, que ce soit pour visiter leurs patients en centre d'hébergement ou adhérer à la garde 24/7 en soutien à domicile. Encore là, pourquoi exclure du processus la majorité des médecins, en particulier ceux qui ont davantage à cœur le bon fonctionnement de l'établissement de santé?

### **Améliorer globalement la qualité des services de santé au Québec**

La simple fusion d'établissements, l'abolition des agences ou l'augmentation du contrôle direct du ministre sur l'établissement, son conseil d'administration ou son président-directeur-général ne peuvent pas se traduire simplement en une amélioration de la qualité des services. D'autres gestes sont à poser et possiblement que certaines des fusions pourront contribuer à faciliter la mise en œuvre d'outils cliniques qui pourront contribuer à telle amélioration.

Néanmoins, au niveau médical, outre le médecin lui-même, il y a deux gardiens de la qualité de l'exercice, soit le Collège des médecins du Québec et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de chaque établissement. Comment peut-on croire qu'un comité exécutif de CMDP, composé de médecins, dentistes et pharmaciens qui ne se côtoient pas, exercent dans des installations éloignées de centaines de kilomètres, ont un horaire clinique chargé, pourra continuer d'exercer adéquatement sa surveillance de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique? Comment des médecins spécialistes de St-Jérôme seront capables de surveiller la qualité de l'acte exercé en hébergement à Mont-Laurier? Comment les médecins de famille de

Portneuf et de Baie-St-Paul pourront juger du travail d'un neurochirurgien de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus? À notre avis, des structures fonctionnelles doivent demeurer au sein des anciens hôpitaux, anciens établissements, installations ou groupes d'installations, comme certaines directions cliniques (direction de services professionnels par exemple) mais aussi et surtout des CMDP branchés sur leur milieu. Le projet de loi devrait être amendé et ainsi permettre qu'un CISSS, selon la quantité de médecins, dentistes et pharmaciens, selon la diversité des pratiques médicales générales, spécialisées et ultraspecialisées, et selon l'étendue géographique, puisse disposer de plusieurs CMDP qui rendraient compte au Conseil d'administration du CISSS. Nous croyons là qu'il s'agit d'un gage de maintien de la qualité des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques.

## **Conclusion**

En conclusion, l'Association des jeunes médecins du Québec, qui promeut depuis près de 20 ans des idées nouvelles pour favoriser l'amélioration des soins médicaux, tout en préservant l'équité entre les différentes spécialités et les différentes générations de médecins, salue la volonté du gouvernement de recentrer la gouvernance des établissements vers le patient.

Elle invite toutefois les parlementaires à peser chacun des impacts de ces fusions d'établissements, en rejetant le mur à mur et en favorisant des projets pilotes ou des regroupements qui tiendraient compte des réels besoins des citoyens, de la grosseur et de l'étendue de la population, tout en assurant une cohérence dans les régions, entre les régions et entre les réseaux universitaires intégrés de santé.

Le projet de loi doit préserver les éléments qui fonctionnent bien dans l'organisation actuelle, en particulier des CMDP de proximité et doit favoriser une gouvernance régionale qui permette de tirer pleinement profit de l'expertise et de l'engagement de tous les médecins, non seulement les médecins de famille n'ayant aucune attache à l'établissement et les autres médecins spécialistes.

Aucun bénéfice ne peut être escompté si le réseau ne se dote pas d'outils informatiques puissants qui permettront un échange bidirectionnel d'informations cliniques et d'un réseau de médecins de famille de première ligne fort et efficient, libéré des embûches administratives, telles les AMP, qui n'ont trouvé écho dans aucune autre province canadienne car manifestement néfastes pour l'accessibilité au médecin de famille.