

# MÉMOIRE

Novembre 2014

Association des spécialistes en  
médecine interne du Québec

PROJET DE LOI NO<sup>0</sup> 10  
LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET  
LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA  
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES  
AGENCES RÉGIONALES

## Introduction

L'Association des spécialistes en médecine interne du Québec (ASMIQ) est une association qui regroupe plus de 500 médecins spécialistes en médecine interne. Elle est affiliée à la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Son Conseil d'administration endorse les conclusions et questionnements du mémoire et des interventions faites par la FMSQ. Le projet de loi no<sup>0</sup> 10 entraîne par contre des inquiétudes particulières à la médecine interne qui seront exposées ici.

Tout d'abord pour le bénéfice de la compréhension des enjeux présentés, nous procéderons à la description du champ de pratique de la médecine interne. Nous proposerons également un modèle de prise en charge médicale spécialisée pour les différentes régions du Québec. Nous décrirons par la suite les impacts appréhendés des changements de structures médicales proposés par le nouveau projet de loi.

## Qu'est-ce qu'un interniste ?

Au Québec, un spécialiste en médecine interne ou interniste est un médecin spécialiste qui a bénéficié d'une formation dans un programme spécifique de cinq ans (programme de quatre ans avant 2002). Lors de leur formation post doctorale, les internistes partagent avec les différentes sous-spécialités médicales (cardiologie, pneumologie, rhumatologie...) les trois premières années d'un tronc commun. Puis, ils complètent leur formation post doctorale, avec une quatrième et une cinquième année uniques à la médecine interne, où ils sont exposés à des problématiques touchant tous les systèmes du corps humain.

Dans la population générale, l'interniste est méconnu, mais il est capable, de par sa polyvalence, de traiter la majorité des problèmes médicaux de chaque système du corps humain. Lorsqu'un problème s'avère être hors de son champ de compétence, il peut référer le cas à un spécialiste de troisième ligne.

La pratique de la médecine vient avec une obligation que l'on appelle «la garde». Celle-ci permet au patient qui le requiert, d'obtenir une opinion ou un traitement à toutes heures du jour et de la nuit, et ce, l'année durant. Ainsi, la population québécoise nécessite que soient présents dans toutes les régions et toutes les villes du Québec, des groupes de spécialistes capables de répondre en temps opportun aux problématiques urgentes et moins urgentes. C'est ici que la polyvalence de la spécialité en médecine interne prend toute son importance. Associés en groupe, les internistes peuvent assurer, à tour de rôle, la couverture complète de l'horaire de garde afin de répondre aux problématiques touchant toutes les spécialités médicales, et ainsi permettre à leurs patients d'être évalués et traités, lorsque la situation s'y prête, dans leur hôpital d'appartenance.

Cette évaluation spécialisée en médecine interne nécessite un accès aux plateaux techniques (endoscopie, épreuve d'effort sur tapis roulant, test de fonction respiratoire, échographie cardiaque...) pour lesquels les internistes sont formés, afin que ces derniers puissent eux-mêmes compléter l'évaluation de leur patient. Cet accès leur permet donc de rester autonomes dans l'évaluation de leurs patients, et leur évite souvent une consultation à un autre spécialiste. En effet, si cette consultation à un autre spécialiste n'a comme seul objectif que l'accomplissement d'un acte technique diagnostique que l'interniste est lui-même habilité à faire, il y aurait évidemment là une utilisation inefficace des ressources médicales.

## Modèle de soins en médecine interne

### Le modèle hôpital d'internistes

Historiquement, plusieurs hôpitaux québécois ont décidé, judicieusement à notre avis, d'asseoir la prestation de la médecine spécialisée sur des groupes d'internistes. Dès que quatre spécialistes en médecine interne sont présents, une garde complète afin de répondre aux problématiques dans toutes les spécialités médicales peut être assurée, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sans bris de service.

### Le modèle hôpital de sous-spécialistes

En comparaison, d'autres hôpitaux québécois ont décidé de recruter des médecins de différentes spécialités telles que la cardiologie, la pneumologie, la néphrologie, etc. Dans de gros hôpitaux, à haut débit, appelés à traiter des cas de troisième ligne, ce choix est souhaitable. Les internistes qui y travaillent côtoient alors les sous-spécialistes et les internistes y occupent alors des niches de compétence particulières (soins intensifs, médecine obstétricale, médecine vasculaire, etc.). Toutefois, dans les petits hôpitaux qui ont fait ce même choix, le nombre restreint de médecins dans les différentes sous-spécialités ne suffit parfois pas à assurer le maintien d'une garde complète localement. Ainsi, il n'est pas rare que des services spécialisés sur place ne soient possibles que de jour la semaine, et qu'il y ait des bris de services en dehors des heures ouvrables.

### Modèles complémentaires

Ces deux modèles d'hôpitaux ne sont pas en opposition. Chacun est idéal, selon la grosseur de l'hôpital, la population desservie, le débit, et le type de prestations médicales offertes (1<sup>ère</sup>-2<sup>e</sup> lignes, versus 3<sup>e</sup> ligne et plus).

Les hôpitaux d'internistes sont donc présents partout au Québec, souvent en régions (Drummondville, Thetford Mines, Victoriaville, Rivière-du-Loup, Rouyn-Noranda, Baie-Comeau, Sept-Îles, etc.) mais aussi dans les grandes villes, l'hôpital LaSalle à Montréal en étant un exemple. Dans ces hôpitaux, le modèle de soins est basé sur une 1<sup>ère</sup> ligne forte assurée par les médecins de famille qui s'appuient, en 2<sup>e</sup> ligne, sur des spécialistes en médecine interne, capables de régler la grande majorité des problèmes médicaux spécialisés et ce au coût d'une seule consultation. Ultimement, les quelques patients nécessitant une expertise plus pointue sont dirigés vers un spécialiste de troisième ligne. Ces sous-spécialistes sont d'autant plus disponibles s'ils ne sont pas embourbés à répondre à des consultations moins pointues auxquelles un interniste peut répondre. L'important est que le patient ait accès rapidement au médecin approprié pour prendre en charge ses pathologies et l'interniste est bien placé, soit pour traiter le patient, soit encore pour l'orienter vers une autre spécialité plus pointue en 3<sup>e</sup> ligne au besoin.

## Impacts de la loi no<sup>0</sup>10

Le projet de loi no<sup>0</sup> 10, tel que proposé, ordonne le regroupement de l'ensemble des hôpitaux d'une même région. Le projet de loi n'est pas complètement clair sur le sujet, mais on peut soupçonner qu'il y aura également fusion des structures médicales. On parle ici de la fusion des services et des départements médicaux, ainsi que des CMDP (Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens) et de ses sous-comités. Ceci nous inquiète beaucoup.

Tel qu'expliqué précédemment, les modèles de soins d'un hôpital à l'autre peuvent être passablement différents. En effet, l'organisation des soins médicaux peut être très différente d'un milieu à l'autre, en fonction des ressources en place, de la population environnante, des besoins du milieu, et de la culture hospitalière locale.

Les chefs de départements et de services, ainsi que les membres des différents comités du CMDP ont énormément de pouvoir de recommandation et, afin de pouvoir exercer leur rôle de façon optimale, ils doivent bien connaître la réalité locale. À cet effet, les superstructures régionales, si elles devaient inclure une fusion des structures locales médicales ci-haut mentionnées, nous apparaissent dangereuses. En effet, si une superstructure régionale devait assurer la gestion médicale de multiples hôpitaux forts différents les uns des autres dans l'organisation des soins, il serait à craindre que des décisions s'avèrent déconnectées de la réalité du terrain.

L'exemple de la médecine interne nous permet d'illustrer cette problématique potentielle. Étonnement, beaucoup de gestionnaires et de médecins ne saisissent pas tout à fait ce qu'est la médecine interne et plusieurs d'entre eux ne conçoivent pas qu'un médecin spécialiste puisse rester polyvalent et expert malgré l'ampleur de la tâche. Ainsi, il pourrait leur paraître difficile de voir tous les bénéfices d'un système de soins hiérarchisé où les internistes sont appelés en 2<sup>ème</sup> ligne à régler la majorité des problèmes de médecine spécialisée. Ceci est un exemple où une réalité locale peut être difficile à évaluer par un groupe de décideurs à distance. En effet, si ces décideurs ne connaissent pas tous les avantages d'une organisation de soins basée sur les internistes, leurs décisions, ne tenant pas compte cette réalité, auront nécessairement des impacts négatifs sur la disponibilité et la qualité des soins à la population.

## Impacts de la loi no<sup>0</sup>10 (suite)

Beaucoup d'autres exemples pourraient être donnés pour montrer les dangers de fusionner les structures médicales locales en superstructures régionales. Bien que ces exemples ne concernent pas uniquement la médecine interne, nous croyons utile de les mentionner.

1. Une fusion des CMDP, dont la fonction première est l'évaluation de l'acte médical, pourrait mener, selon nous, à une diminution de la qualité de cette fonction.

En effet, l'hétérogénéité des différentes institutions fusionnées, des actes qui y sont accomplis, des dossiers qu'on y retrouve, ainsi que l'ampleur de la charge de travail et l'éparpillement géographique des sites sont autant d'éléments qui feraient qu'un super CMDP fusionné ne pourrait vraisemblablement pas procéder à une évaluation optimale de l'acte médical.

2. De la même façon, un comité des titres, dont la fonction est d'évaluer la compétence des médecins en vue de recommander l'octroi de privilèges de pratique dans un hôpital donné, pourrait mener à une évaluation sous-optimale des dossiers s'il n'y avait qu'un comité unique pour toute une région. En effet on peut facilement imaginer qu'un tel comité unique pourrait être appelé à se prononcer sur l'octroi de privilèges dans un hôpital dont aucun des membres du comité ne connaît la réalité s'ils sont issus d'autres sites du CISSS. Cette situation pourrait avoir des conséquences non négligeables sur l'organisation locale des soins.
3. Une table des chefs fusionnée pourrait mener à une répartition incongrue des ressources parmi les différents hôpitaux. De ceci, découlera un moins bon service de proximité pour les populations desservies. En effet, la création potentielle de grands départements médicaux régionaux comprenant des centaines de médecins, éparpillés sur de larges territoires ouvre clairement la porte à une gestion détachée des différentes réalités locales. Difficile en effet de bien comprendre les besoins spécifiques des multiples départements de chacun des sites et de faire l'adéquation des différentes demandes de ces derniers avec les ressources et effectifs en place lorsqu'un seul département central doit se pencher sur les problématiques de l'ensemble des groupes de professionnels d'un CISSS.

Il nous apparaît donc évident qu'une fusion des CMDP et des départements mènera à une détérioration des soins de proximité, tout simplement parce qu'elle éloignera les comités décisionnels des médecins sur le terrain. Dans tous les domaines médicaux et chirurgicaux, une décision concernant Granby pourrait théoriquement être prise, par exemple, par un comité situé à Longueuil et composé de médecins de l'hôpital Anna-Laberge, de l'hôpital Charles-Lemoyne et de celui du Suroît. Ces membres, quoique bien intentionnés, seraient à des lieues de saisir les subtilités de la réalité terrain de l'hôpital de Granby puisqu'aucun n'y travaille.

## Impacts de la loi no<sup>0</sup>10 (suite)

Nous craignons donc de nous retrouver avec des superstructures qui, de par leur taille et leur distance avec les différents sites, entraîneront l'uniformisation des soins indépendamment des besoins locaux, l'isolement complet des équipes locales qui n'auront plus de voix au chapitre et ultimement l'anonymat du patient. En effet, nous croyons fermement que le patient souffrira de telles superstructures puisqu'elles feront disparaître les caractéristiques uniques de chaque hôpital, ses mandats historiques ainsi que sa structure d'organisation élaborée de longue date autour de ses besoins locaux, de ses patients.

Outre les dangers liés à une fusion des structures médicales locales en superstructures régionales ci-haut mentionnées, le projet de loi no<sup>0</sup>10 comporte beaucoup d'autres dangers, qui ont été très bien décrits dans le mémoire de la FMSQ.

De plus, nous tenons à attirer l'attention sur un élément supplémentaire qui concerne les pouvoirs que s'octroie le ministre de la santé. En se donnant le droit de nommer le PDG, le PDGA et les membres du CA des CISSS, il politisera une administration qui devrait être, selon nous, apolitique. Cette politisation des administrateurs ne les mettra-t-elle pas en situation potentielle de conflit d'intérêts ? En situation hypothétique de désaccord entre la volonté ministérielle et les besoins réels décelés par les professionnels sur le terrain, les administrateurs oseront-ils remettre en question les décisions ministérielles ? Protégeront-ils leur emploi ou serviront-ils le patient ? Voici autant de questions que nous sommes en droit de nous demander.

## Évolution de la pratique hospitalière au Québec

Une bonne partie de la population ne bénéficie pas d'un médecin de famille. Selon la lecture que nous faisons des différentes suggestions ministérielles, il semble que le ministère souhaite que les médecins de famille diminuent leurs activités dans les hôpitaux et se consacrent plus activement au suivi de leur clientèle en bureau. Si cette tendance est maintenue, les spécialistes seraient vraisemblablement appelés à hospitaliser un certain nombre de patients sous leurs soins. Si tel était le cas, les internistes mettraient certes l'épaule à la roue au même titre que les autres spécialistes, mais il nous apparaît important de souligner qu'une telle pratique ne serait pas toujours optimale pour les patients.

En effet, non seulement nous ne croyons pas que les patients seraient toujours traités de façon optimale mais nous ne croyons pas non plus que les ressources médicales seraient utilisées de façon efficiente. Dans les faits, une grande proportion des patients hospitalisés sont aux prises, au-delà des pathologies physiques aiguës ou chroniques, avec des problématiques aux dimensions psychosociales importantes. De très nombreux patients hospitalisés sont en proie à une perte d'autonomie significative. Ils seront ultimement incapables de regagner leur domicile et doivent demeurer hospitalisés, même si l'épisode de pathologie aiguë est résolu, en attendant un transfert dans un centre répondant à leurs besoins. Ces patients, et souvent leurs familles, nécessitent des évaluations multidisciplinaires paramédicales ainsi qu'un soutien psychosocial important. Les médecins généralistes demeurent très bien formés pour la prise en charge biopsychosociale des patients. Il est évident pour nous que les ressources sont nettement mieux utilisées si ces derniers assurent la prise en charge hospitalière de première ligne du patient, et que les spécialistes sont mis à contribution pour les pathologies physiques complexes.

Si les internistes devaient éventuellement prendre une part plus grande à l'hospitalisation, nous croyons fermement que ce ne doit pas être au détriment de leurs activités d'investigation et de traitement, ni au détriment de l'accès aux plateaux techniques. Les internistes doivent pouvoir poursuivre leurs activités d'investigation de façon autonome.

## Conclusion

À l'instar de la FMSQ, et pour toutes les raisons expliquées dans le mémoire, l'ASMIQ considère que le projet de loi dans son ensemble est irrecevable et devrait être retiré. Toutefois, advenant l'adoption du projet de loi, nous croyons fermement qu'il est primordial de conserver des entités de gestion médicale locales dans chacun des centres hospitaliers afin que les décisions concernant la prestation locale des soins soient prises par le corps médical du milieu qui est nécessairement plus à même de connaître les enjeux locaux. En effet, comme nous l'avons longuement illustré, l'organisation optimale de la desserte locale des soins pourrait être sérieusement compromise si les décisions de gestion médicale devaient être centralisées dans un lointain CISSS. En effet, les comités locaux sont plus au fait des ressources, de la culture hospitalière locale et plus au diapason avec la population du milieu.

Donc nous pourrions certes être en faveur du regroupement de la gestion financière et des outils administratifs au sein des CISSS, mais nous insistons sur l'importance de la gestion de la desserte médicale de façon locale. Ceci passe par la préservation de CMDP et des comités sous-jacents dans les différents hôpitaux.

Nous vous avons par ailleurs informé sur la formation et le champ de pratique de la médecine interne ainsi que sur les bénéfices d'un modèle de soins médicaux spécialisés et hiérarchisés basés sur une 2<sup>ième</sup> ligne polyvalente, compétente et efficiente via les internistes généraux. Nous croyons que ce modèle de soins hospitaliers basés sur une médecine de première ligne assurée par les médecins de famille et une médecine spécialisée, dite de 2 ligne, assurée par des spécialistes en médecine interne est bénéfique pour le système de santé québécois. Ceci est vrai en région éloignée, en région intermédiaire et aussi dans certains petits hôpitaux communautaires des grands centres. Le Québec jouit de plusieurs centres hospitaliers dotés d'équipes fortes en internistes qui permettent d'offrir des soins spécialisés de grande qualité et fort rentables, grâce à la grande polyvalence de l'interniste qui peut répondre à la grande majorité des consultations en médecine spécialisées. De plus, afin d'utiliser efficacement les ressources médicales, nous croyons que l'accès aux plateaux techniques doit être assuré aux internistes sans quoi ils perdront une dimension importante de leur polyvalence, privant ainsi le réseau de santé québécois d'une efficacité indispensable dans le contexte économique actuel.

Le modèle de soins basé sur la médecine interne existe déjà dans plusieurs hôpitaux au Québec et il est fort à craindre qu'il ne soit menacé par la création des CISSS. En effet, étant donné l'aspect méconnu du travail des internistes, le regroupement de plusieurs hôpitaux avec des modèles de fonctionnement différents au sein de grandes structures régionales risque de compromettre le modèle de soins basé sur les internistes, si un tel modèle d'hôpital s'avère minoritaire au sein d'un CISSS et éloigné des décisions qui le concernent.