CSSS – 010M
C.P. – P.L. 130
Organisation clinique

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Mémoire

de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

PROJET DE LOI Nº 130

LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION CLINIQUE ET À LA GESTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Déposé à la Commission de la santé et des services sociaux

Le 14 février 2017

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie!

Votre médecin spécialiste

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 3

FAUSSES PRÉMISSES ET LIEUX COMMUNS 3

PRIVILÈGES ET INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS 5

La liberté thérapeutique du médecin 9
Les compétences professionnelles du médecin 10
L'indépendance professionnelle des médecins 11
Les possibles abus 11
Une nécessaire réciprocité 12

GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS 13

PLAN D'ORGANISATION D'UN CENTRE HOSPITALIER 15

SANTÉ PUBLIQUE 18

APPROVISIONNEMENT EN COMMUN 20

RESSOURCES INFORMATIONNELLES 21

CONCLUSION 22

ANNEXE 24

INTRODUCTION

Présenté le 9 décembre 2016, le projet de loi nº 130, Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux, vient modifier diverses dispositions législatives déjà en vigueur en matière de santé.

En dépit de l'adoption récente de la « Loi 10 », ce projet de loi modifie encore une fois les règles de gouvernance des établissements, notamment en matière de nomination, conférant au ministre de la Santé et des Services sociaux une emprise encore plus grande sur le processus de nomination de certains membres du conseil d'administration et des dirigeants d'un établissement. Ce projet de loi modifie les mécanismes entourant l'octroi des privilèges accordés aux médecins, imposant notamment que des obligations soient rattachées à la jouissance de ces privilèges, sans toutefois fournir de précisions sur la teneur de ces obligations. Le nouveau mécanisme d'octroi et de renouvellement des privilèges envisagé se soldera lui aussi par l'ajout d'une charge administrative additionnelle imposante.

Ce projet de loi impose un modèle de plan d'organisation unique aux établissements publics, accordant ainsi un pouvoir d'intervention direct au ministre dans la répartition des ressources médicales au sein des divers départements, et laissant entre les seules mains du ministre le pouvoir de déterminer quel établissement pourrait y déroger. Conséquemment, il vient modifier la répartition des responsabilités et des pouvoirs décisionnels entre les chefs de département. En outre, ce projet de loi vient préciser l'encadrement juridique des groupes d'approvisionnement en commun ainsi que certains champs d'intervention du ministre dans le domaine des ressources informationnelles.

Comme ce fut le cas avec les lois « 10, 20, 92 et 118 », le ministre profite de ce projet de loi pour s'arroger une kyrielle de nouveaux pouvoirs, comme si ceux que lui confèrent déjà les dispositions actuelles de la loi n'étaient pas largement suffisants pour lui permettre d'assumer adéquatement ses fonctions. L'adoption de ce projet de loi ajoutera aux pouvoirs d'intervention du ministre qui sont déjà excessifs, voire abusifs. En plus de représenter un réel danger de dérive, une telle concentration de pouvoirs entre les mains d'une seule personne ouvre toute grande la porte à une politisation à l'extrême du système de santé. Cette tendance lourde, qui se confirme au fur et à mesure que l'Assemblée nationale adopte ces nombreuses pièces législatives, va à l'encontre des règles reconnues en matière de saine gouvernance des institutions publiques.

FAUSSES PRÉMISSES ET LIEUX COMMUNS

Il faut consciemment faire fi de la réalité « sur le terrain » et de la pratique de la médecine spécialisée en centre hospitalier pour affirmer que les médecins n'ont pas de comptes à rendre aux établissements dans lesquels ils exercent et qu'ils n'ont aucune obligation. De tels propos sont ahurissants. Postuler que, n'étant pas salariés, les médecins ne sont pas subordonnés aux directions du réseau est un prétexte idéal pour remettre en question leur statut de professionnels autonomes.

Or, ce statut n'est pas le résultat d'un caprice. Il constitue le rempart de l'indépendance du médecin dans l'exercice de sa profession. En effet, si pour les autorités hospitalières l'autonomie médicale est perçue comme un désagrément hors de leur contrôle, c'est pourtant grâce à cette indépendance que le médecin peut agir dans le strict intérêt du patient, car ainsi, il peut résister aux contraintes politiques ou administratives qui s'avéreraient contraires aux intérêts de son patient. Ajoutons que ce statut permet d'éviter que l'autorité décisionnelle d'un médecin puisse être subordonnée à celle d'un « employeur » pour le choix d'une analyse, d'un examen, d'un traitement, d'une procédure, d'une intervention, d'un soin, ce qui, pour le patient, comme pour la population en général, constitue une garantie fondamentale d'impartialité et de qualité.

Les médecins exerçant en milieu hospitalier n'ont pas de comptes à rendre ni d'obligations? Rien n'est plus faux! Les départements ne fonctionnent pas sous l'impulsion des seuls administrateurs et gestionnaires. Imaginez si les décisions cliniques, les protocoles de prise en charge, l'organisation des soins, les divers programmes de formation, d'enseignement et de recherche, la priorisation des cas et des hospitalisations, l'utilisation des ressources, des plateaux techniques, des blocs opératoires ne relevaient que des seuls administrateurs. Les centres hospitaliers auraient fermé leurs portes depuis fort longtemps déjà.

Heureusement, ces aspects intimement liés au fonctionnement et à la mission des centres hospitaliers relèvent des médecins, des divers comités et des instances auxquels ils participent activement. Ajoutons qu'au sein des différents départements, les médecins se dotent de règles auxquelles ils sont tenus d'adhérer. La pratique médicale s'autorégule. Ces règles ont trait aux gardes en disponibilité à assurer en tout temps, à l'évaluation en continu de la qualité de l'acte, aux activités d'enseignement et de recherche, autant clinique que fondamentale, au maintien des compétences professionnelles, à l'élaboration et à l'application des règles d'utilisation des ressources, à l'établissement des règles devant guider la dispensation des soins, des protocoles d'investigation et de traitement. Grâce à ces mécanismes, le Québec s'est doté d'un système de santé dont on critique l'accessibilité, mais beaucoup plus rarement la qualité des services offerts.

On utilise pourtant des cas relevant de l'exception, de l'anecdotique, pour nourrir un argumentaire visant à justifier l'adoption de ce projet de loi. On fait valoir qu'un chef de département, qui souhaiterait maximiser ses salles d'opération, ne peut forcer les chirurgiens à travailler plus tard le soir ou la fin de semaine.

Dans la vraie vie, chaque jour, dans les centres hospitaliers de tout le Québec, les temps opératoires sont amputés pour des raisons strictement budgétaires. Les décisions sont prises non pas par le chef de département, mais bien par les directions des établissements. La fusion des établissements, découlant de la « Loi 10 », est en train de générer un phénomène de nivellement par le bas dans les centres hospitaliers. Les services sont rationnés, amputés, les lits fermés, les plateaux techniques sous-utilisés et l'ouverture ou non des cliniques externes est paradoxalement conditionnée par la présence ou non du personnel… salarié. Il suffit de s'attarder à ce qui se passe actuellement au CUSM, une installation toute neuve, qui nous a coûté collectivement quelques milliards de dollars et qui ne fonctionne qu'à 65 % de sa capacité, pour conclure que ce ne sont pas les médecins qui opposent de la résistance à offrir des services.

PRIVILÈGES ET INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS

« *Mainmise d'abord sur les conseils des médecins des hôpitaux que le projet de loi propose de museler en les plaçant sous la tutelle du directeur général.* […] *En défendant l'autonomie des conseils de médecins, ce que nous entendons protéger c'est leur capacité de jouer un rôle de chien de garde de la médecine – pour contrer des dérapages de l'Administration. Ce rôle est essentiel. Par malheur, il ne semble pas compris du ministre de la Santé*[1]. »

« *La médecine a progressé.* […] *Ce ne sont ni les communautés religieuses à qui la médecine doit tant, ni les administrateurs philanthropes à qui la société doit beaucoup, qui ont amené ces progrès spectaculaires mais ils les ont permis, faisant confiance à la profession médicale qu'ils ont laissée libre d'organiser son travail, de contrôler ses actes et d'orienter son action dans un cadre propice*[2]. »

« *Sans perdre son entité professionnelle et sa liberté thérapeutique, le médecin hospitalier, exerçant dans une collectivité, s'incorpore à un groupe pour rendre ses gestes compatibles avec le fonctionnement d'un ensemble complexe. Il épouse les buts et l'orientation générale de l'hôpital sans abandonner son indépendance professionnelle et sa prééminence fonctionnelle. Partie intégrante de l'hôpital, il n'est pas absorbé par lui. Il permet l'existence de l'hôpital et c'est la présence du malade qui exige que le médecin y joue le rôle primordial*[3]. »

Ces extraits sont tirés d'un ouvrage publié en 1991, intitulé « *La médecine ligotée* », et portant sur une réforme majeure de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* proposée alors par le gouvernement libéral dans le cadre de son projet de loi nº 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Malgré les années qui se sont écoulées, il semble que les vieilles marottes refont surface.

Après avoir fait d'abord mainmise sur la nomination des présidents-directeurs généraux des établissements et d'une partie de leurs conseils d'administration, avec la « Loi 10 », le ministre s'attaquait ensuite aux médecins, avec la « Loi 20 ». Cette dernière imposait notamment des obligations afin que le médecin spécialiste reçoive en consultation, ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, des patients qui ne sont pas des usagers admis dans un établissement, des délais pour assurer le suivi des demandes de consultation à l'urgence, des obligations de prise en charge et de suivi médical d'usagers admis dans le centre, etc.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a paraphé une entente découlant de l'adoption de cette loi, entente comportant des obligations formelles, des objectifs clairs en termes d'accessibilité et de cibles précises à atteindre dans les quatre secteurs d'activités ciblés par le ministre. Visiblement, la « Loi 20 » n'aura pas suffi à étancher cette soif de contrôle absolu sur la profession médicale.

---

[1] P. Desjardins, M.D., avant-propos, La médecine ligotée – Projet de loi nº 120, Fédération des médecins spécialistes du Québec, 1991

[2] F. Léger, M.D., C. Vanier, M.D, R. David, avocat, Chapitre 1, La médecine ligotée – Projet de loi nº 120, Fédération des médecins spécialistes du Québec, 1991, p. 25

[3] *Id.*, p. 27

Dans le projet de loi nº 130, le ministre attaque de nouveau les médecins en proposant diverses mesures modifiant le cadre actuel relatif à l'octroi de privilèges hospitaliers. Mentionnons à cet égard que :

- Par les articles 26, 27, 28 et 29, le projet de loi prévoit des mesures qui exigent que des obligations soient rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin et ces obligations devront être prévues à la résolution par laquelle le conseil d'administration accepte une demande de nomination ou de renouvellement de nomination. Le projet de loi demeure toutefois muet quant à la teneur de ces obligations.

  La Fédération reviendra en détail sur ces mesures qu'elle considère irrecevables.

- Malgré l'absence de précisions sur la teneur de ces obligations, les établissements n'auront pourtant que trois mois après l'entrée en vigueur de la loi pour déterminer les obligations rattachées à la jouissance des privilèges dont bénéficie un médecin (art. 67).

  Alors que la plupart des médecins ont récemment renouvelé leurs privilèges à la suite de l'adoption de la « Loi 10 » entraînant la fusion conséquente des établissements, la FMSQ croit qu'il serait précipité de forcer les directions générales à agir sans prendre le temps d'évaluer les besoins et les ressources des divers départements hospitaliers ainsi que les soins pouvant être offerts par les différents services.

- Alors que ces obligations sont actuellement déterminées sur recommandation du CMDP, ce dernier ne serait dorénavant que consulté sur cette question (art. 27), limitant ainsi le rôle crucial du CMDP.

  Il apparaît toutefois essentiel que le CMDP demeure un acteur de premier plan lors de la prise de décision concernant l'octroi de privilèges et leur renouvellement. Autrement, il est à craindre que des considérations financières priment sur des décisions qui visent avant tout à s'assurer d'une médecine de qualité et sécuritaire. Il est inacceptable que les CMDP deviennent des consultants plutôt qu'une partie prenante aux décisions qui concernent les obligations rattachées à la jouissance des privilèges des médecins. Les recommandations que le CMDP fait actuellement au conseil d'administration sur ces obligations ne sauraient, dans ce contexte, être modifiées au profit d'une simple consultation, tel que le propose l'article 27 du projet de loi.

- Alors qu'il vise à limiter les responsabilités du CMDP, le projet de loi octroie divers nouveaux pouvoirs au directeur des services professionnels (DSP) : ce dernier sera dorénavant consulté sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges octroyés par le conseil d'administration (art. 27) et il devra dorénavant donner son avis au directeur général, lors d'une demande de renouvellement des privilèges, quant au respect par le médecin des termes apparaissant à la résolution du conseil d'administration (art. 27).

  Sur ce point, la FMSQ croit que les considérations administratives avec lesquelles doit composer un DSP sont inconciliables avec le nouveau rôle que l'on souhaite lui attribuer, ce qui mettrait en danger l'efficience des soins dispensés par les médecins spécialistes en établissement. Dans ce contexte, les nouveaux pouvoirs qui seront dévolus au DSP ne sont pas justifiés.

- Le projet de loi propose des modifications faisant en sorte que les privilèges ne seraient dorénavant octroyés que pour une durée d'un an (ils le sont actuellement pour une période maximale de trois ans) et renouvelés pour une durée minimale d'un an et maximale de trois ans (présentement, ces privilèges sont renouvelés pour une durée minimale de deux ans à moins que la demande de renouvellement vise une durée inférieure à deux ans) (art. 28).

  Alors que le renouvellement des privilèges hospitaliers constitue déjà, pour les établissements, une charge administrative colossale, ces modifications sont, à notre avis, totalement irréalistes.

- Le projet de loi supprime la disposition prévoyant qu'un médecin est réputé avoir présenté une demande de renouvellement de nomination selon les termes de sa dernière demande. Par conséquent, le médecin devra obligatoirement présenter une demande de renouvellement de nomination (art. 27).

  Encore une fois, une telle mesure entraînera une charge administrative inutile, une perte d'efficience. Plutôt que de simplifier les processus administratifs, ce projet de loi fait exactement le contraire. En supprimant une telle notion, le projet de loi ouvre par ailleurs la porte à l'ajout illimité, lors de chaque renouvellement de privilèges, de nouvelles obligations auxquelles serait dorénavant tenu le médecin. Or, advenant le non-respect de ces nouvelles obligations, peu importe le motif ou la raison, un établissement pourrait refuser de renouveler les privilèges du médecin.

- Toute résolution par laquelle le conseil d'administration acceptera une demande de nomination ou de renouvellement de nomination d'un médecin sera nulle si elle ne respecte pas ce qui est prévu à la loi (art. 29).

- Le projet de loi octroie en outre un nouveau pouvoir au ministre : celui d'exiger l'ajout d'obligations aux privilèges octroyés à un médecin afin d'assurer le respect du plan de répartition des médecins de famille en première ligne (art. 7 et 8). Encore une fois, le projet de loi ne fournit aucune précision sur la teneur de ces obligations.

  Ce pouvoir pourrait s'exercer de maintes façons auprès des médecins spécialistes, le but avoué étant de « *combler les besoins en médecine de famille de première ligne* ». En quoi le ministre sera-t-il conscient des réels besoins sur le terrain? Il faut rappeler que les médecins de famille sont dorénavant poussés hors des établissements par le truchement de la « Loi 20 ». S'ouvre alors une véritable boîte de Pandore. Lesdites obligations rattachées à l'octroi des privilèges pourraient se traduire par les exigences les plus folles, pouvant remettre en question la qualité de l'acte médical et la sécurité des soins dispensés aux patients. Pour remplacer les médecins de famille qui ne seront plus à l'hôpital, pourrait-on demander à un médecin spécialiste, par exemple, de prendre à sa charge un patient avec une condition médicale qui ne relève pas de sa spécialité première ou qu'il n'a pas traitée depuis longtemps compte tenu de son expertise de pointe?

Les articles 7, 8, 26, 27, 28 et 29 forment ainsi un tout indissociable : ils viennent *de facto* octroyer des pouvoirs accrus au ministre en ce qui concerne l'octroi des privilèges accordés aux médecins, tout en diminuant ceux actuellement octroyés au CMDP et en accordant conséquemment plus de latitude aux présidents-directeurs généraux et aux conseils d'administration des centres hospitaliers en cette matière, pouvoirs qui ne sont toutefois aucunement balisés.

Alors que le ministre invoque que « […] *c'est un projet de loi qui fait que, dans l'organisation quotidienne du travail, les médecins ne puissent plus être en toute occasion libre (sic) de faire ce qu'ils veulent*[4] », la Fédération tient à rappeler qu'il est faux de prétendre que les médecins n'ont pas d'obligation ni de compte à rendre aux établissements dans lesquels ils exercent. La loi est suffisante quant aux obligations qui incombent actuellement aux médecins. Par exemple :

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux (ci-après, la « LSSSS ») prévoit déjà que « *La résolution par laquelle le conseil d'administration accepte une demande de nomination ou de renouvellement de nomination d'un médecin […] doit prévoir, outre le statut attribué* […], *les privilèges et la durée pour laquelle ils sont accordés, la nature et le champ des activités médicales* […] *que le médecin* […] *pourra exercer dans le centre et l'engagement du médecin* […] *à respecter les obligations rattachées à la jouissance des privilèges et déterminées sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* » (nos soulignés). « *De plus, lorsqu'un établissement exploite un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, la résolution du conseil doit préciser pour ce médecin* […] *la répartition, s'il y a lieu, de ses tâches relatives à l'activité clinique, à la recherche et à l'enseignement* » (art. 242, LSSSS).

- Les motifs justifiant qu'une demande de privilèges d'un médecin ne soit pas renouvelée sont par ailleurs précisés à la Loi. Cette dernière prévoit notamment qu'une demande de renouvellement de privilèges peut être refusée par le conseil d'administration de l'établissement en fonction, notamment, « *du respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges* » (art. 238, al. 3, LSSSS) (nos soulignés). D'autres motifs justifient également que les privilèges des médecins ne soient pas renouvelés. Ainsi, une demande de renouvellement des privilèges hospitaliers d'un médecin peut être refusée en fonction de critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin, eu égard aux exigences propres à l'établissement (art. 238, al. 3, LSSSS).

- La Loi précise certaines obligations pouvant être rattachées à la jouissance des privilèges du médecin et qui peuvent faire l'objet d'une recommandation du CMDP. Le CMDP de chaque établissement est ainsi « *responsable, envers le conseil d'administration : […] 7. de faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin […] par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres du centre notamment celles ayant pour objet :*

    a) la participation d'un médecin […] aux activités cliniques du centre, y compris la garde;
    b) la participation d'un médecin […] à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant;
    c) la participation d'un médecin […] à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs;
    d) *la participation d'un médecin […] aux activités médicales prévues à une entente visée aux articles 108 et 109 ;* » (art. 214, par. 7, LSSSS);

- Le CMDP doit « *élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité des médecins* […] *pour les besoins du centre* » (nos soulignés) (art. 214, par. 8, LSSSS).

[4] La Presse, « Gaétan Barrette brandit le bâton contre les médecins », 9 décembre 2016

- Le médecin est tenu de respecter les règles d'utilisation des ressources médicales et des ressources matérielles qui ont été élaborées par le chef de son département (art. 189, par. 7). Les règles d'utilisation des ressources doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin d'utiliser les ressources de l'établissement (art. 189, al. 2, LSSSS).

Soyons clairs : la FMSQ ne prétend pas que les médecins ne devraient pas être tenus à aucune obligation. Elle est tout à fait d'accord avec les obligations qui échoient actuellement aux médecins et qu'elle vient d'exposer.

Toutefois, en aucun cas la FMSQ n'adhérera à des prétentions ministérielles laissant entendre que ce projet de loi vise à permettre l'imposition d'obligations aux médecins, alors que ces derniers sont déjà tenus à des obligations en vertu de la loi actuelle. De plus, la Fédération n'acceptera pas non plus que ce projet de loi donne au ministre, aux présidents-directeurs généraux des établissements et à leurs conseils d'administration des pouvoirs de toute sorte qui ne sont aucunement encadrés.

En raison du caractère incertain et arbitraire des mesures proposées par le projet de loi nº 130, la Fédération craint ainsi que l'on impose aux médecins des obligations qui ne seraient pas acceptables, soit parce qu'elles porteraient entrave à la liberté thérapeutique du médecin, à ses compétences professionnelles ou à son indépendance professionnelle ou en raison de leur caractère abusif, et ce, tel qu'exposé ci-après.

La liberté thérapeutique du médecin

En tout temps, le médecin doit avoir la capacité de prendre les bonnes décisions pour son patient. La sécurité des soins offerts aux patients ne peut en effet être assurée que si le médecin est libre d'exercer sa profession, sans pression extérieure qui pourrait avoir une influence sur la qualité de sa pratique. Il appartient également au médecin de déterminer les interventions prioritaires de sa pratique. Pour cette raison, le Code de déontologie des médecins prévoit notamment que :

> « *7. Le médecin doit ignorer toute intervention qui ne respecte pas sa liberté professionnelle.* ».
>
> « *64. Le médecin doit ignorer toute intervention d'un tiers en vue d'influer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son patient, d'un groupe d'individus ou d'une population.* ».

Alors que le projet de loi demeure volontairement flou quant aux obligations qui pourraient être imposées au médecin, la Fédération craint les dérives et l'imposition d'exigences inappropriées sur le plan de la pratique médicale et de la liberté thérapeutique. Par exemple :

- Le médecin sera-t-il tenu d'utiliser un instrument chirurgical en particulier au motif qu'un établissement l'a acquis par l'entremise des groupes d'approvisionnement en commun? Pourra-t-il plutôt utiliser un autre instrument qu'il considère plus adéquat malgré le fait que cet instrument ne fasse pas l'objet d'un tel approvisionnement?

- Le médecin pourra-t-il prescrire un médicament plutôt qu'un autre, parce qu'il considère ce médicament plus efficace pour la condition de son patient, et ce, malgré le fait qu'un tel médicament soit plus coûteux pour l'établissement?
- Un médecin sera-t-il empêché d'assurer adéquatement le suivi de ses patients, au motif que l'établissement exige que le médecin offre une couverture de services dans l'ensemble des installations d'un territoire?

Les compétences professionnelles du médecin

Le médecin doit exercer ses activités professionnelles de façon compétente. Si cela va de soi, il demeure que lui seul peut déterminer s'il possède les compétences nécessaires pour poser un acte médical et lui seul peut établir ses limites. À ce titre, le Code de déontologie des médecins dicte notamment que :

> « *3. Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif.* »;
>
> « 5. Le médecin doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité et loyauté. »
>
> « *6. Le médecin doit exercer sa profession selon des principes scientifiques*. »
>
> « *12. Le médecin doit utiliser judicieusement les ressources consacrées aux soins de santé.* »
>
> « *42. Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes.* »

Dans le contexte, encore une fois, où le projet de loi demeure volontairement flou quant aux obligations auxquelles les médecins pourraient dorénavant être assujettis, il y a lieu de se poser les questions suivantes :

- Exigera-t-on que le médecin franchisse ses limites de compétence pour répondre à un besoin administratif plutôt qu'aux besoins du patient?

- Exigera-t-on que le médecin, qui a une pratique de pointe, soit tenu d'offrir des soins à un patient dans un domaine qui n'est pas le sien?

- Un médecin orthopédiste pourrait-il être tenu d'hospitaliser, sur l'étage d'orthopédie, un patient ayant fait un accident cérébral vasculaire?

- Un médecin sera-t-il tenu d'opérer ses patients de nuit, malgré son épuisement, pour satisfaire aux exigences de la direction en vue de diminuer les listes d'attente?

- Comment conciliera-t-on les activités d'enseignement ou de recherche du médecin, qui s'effectuent souvent à l'extérieur des murs de l'établissement, alors qu'il pourrait être tenu d'assumer de nouvelles obligations au sein de son établissement?

L'indépendance professionnelle des médecins

Le Code de déontologie des médecins dicte divers principes aux fins de préserver l'indépendance professionnelle des médecins. Car c'est avant tout l'intérêt de son patient que le médecin doit privilégier. Ainsi :

> « *63. Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectés.* ».
>
> « *63.1 Le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter aucun bénéfice susceptible d'influencer son exercice professionnel tant au regard de la qualité des soins que de leur disponibilité et de la liberté de choix du patient.*
>
> *Le médecin doit s'assurer que la priorité d'accès à des soins médicaux soit donnée à un patient strictement en fonction de critères de nécessité médicale.* »

Lorsqu'il s'adresse à un médecin, le patient a le droit d'être assuré qu'il trouvera en lui quelqu'un qui pourra lui dispenser des soins au meilleur de ses compétences, sans autre préoccupation que de lui rendre les services qu'il peut lui apporter. Le médecin pourra-t-il exercer sa profession en toute indépendance s'il sait qu'il pourrait perdre ses privilèges hospitaliers parce qu'il n'a pas répondu aux exigences administratives qui lui auraient été imposées?

S'il est essentiel que le médecin réponde aux demandes de ses pairs ou du CMDP, jamais les demandes d'une instance administrative, d'un fonctionnaire ou d'un haut dirigeant et la crainte conséquente d'être pénalisé parce qu'il n'a pas répondu à de telles demandes ne devraient influencer ses décisions professionnelles.

Tel que la Fédération l'a déjà indiqué, et il est utile de le répéter, les médecins spécialistes sont des professionnels autonomes, et ce statut n'est pas le résultat d'un caprice. Au contraire, il constitue le rempart qui garantit l'indépendance du médecin dans l'exercice de sa profession. Cette indépendance fait en sorte que, dans sa relation avec son patient, le médecin agit dans l'intérêt de ce dernier et n'est pas sujet à des contraintes politiques ou administratives qui s'avéreraient contraires aux intérêts de ce dernier.

Les possibles abus

Selon la teneur des dispositions contenues dans le projet de loi nº 130, la Fédération anticipe déjà des dérapages et des situations potentiellement abusives.

Un médecin pourrait-il être tenu, par exemple :

- D'effectuer lui-même les procédures préopératoires (prélèvement sanguin, d'urine, etc.), veiller à stériliser lui-même les instruments, préparer le bloc opératoire, assurer la surveillance du patient en salle de réveil?

- D'être simultanément présent à plusieurs endroits ou de parcourir des centaines de kilomètres pour assurer la couverture dans les centres hospitaliers d'un territoire donné, laissant derrière lui et dans des unités de soins, les patients dont il a la charge, augmentant les risques d'erreur et occasionnant une diminution de la qualité de l'acte médical et des soins?

- De couvrir les demandes de consultations à l'urgence dans un délai de deux heures, tout en augmentant ses consultations en clinique externe ainsi que son taux de prise en charge de patients en cabinet en même temps?

- De ne pas prendre de vacances durant l'été, de limiter un congé de maternité à quelques semaines ou de fournir au MSSS toute l'information concernant ses absences, de quelque nature qu'elles soient?

Une nécessaire réciprocité

Si le projet de loi prévoit des mesures qui exigent que des obligations soient rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin, il ne prévoit toutefois aucune obligation corollaire aux établissements. Or, qui dit obligation dit pourtant réciprocité. Le médecin ne saurait être le seul tenu à des obligations.

L'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux ne repose pas sur le seul bon vouloir des médecins. Si un médecin doit répondre à des obligations, en contrepartie, l'établissement doit avoir l'obligation de fournir les moyens nécessaires au respect de ces obligations. Dans un tel contexte, la Fédération se réjouit de voir que le conseil d'administration des établissements devra dorénavant « *s'assurer de l'accessibilité aux services de l'établissement* » (art. 16). Mais qu'en est-il plus exactement? Comment le conseil d'administration s'acquittera-t-il de cette nouvelle responsabilité?

Pour pouvoir réduire les listes d'attente en chirurgie, par exemple, un établissement devra obligatoirement s'assurer que les médecins chirurgiens qui y exercent auront accès à des blocs opératoires fonctionnels, à des équipements suffisants, à un personnel présent pour répondre à l'appel, etc. Il faudrait également que l'on fournisse aux médecins des espaces en clinique externe pour les consultations et les rendez-vous de suivi à l'hôpital.

Les médecins ont la volonté de mettre en œuvre des mesures d'accessibilité qui permettront d'offrir des soins aux patients en fonction, par exemple, des normes canadiennes sur les délais de traitement. Alors que le projet de loi propose également que, lors de l'élaboration des règles d'utilisation des ressources de son département, le chef de département tienne compte de la nécessité de favoriser l'accessibilité aux services de l'établissement (art. 21), les moyens qui devront être mis en œuvre pour arriver à une telle fin ne peuvent l'être uniquement par le chef de département et les médecins qui y exercent.

La FMSQ a précédemment fait état d'exemples d'obligations claires auxquelles les médecins sont actuellement tenus en vertu de la loi et auxquelles elle souscrit. Les obligations actuelles sont déterminées sur recommandations du CMDP, suivant des objectifs réalistes et réalisables. La Fédération a aussi fait état des dérapages qui pourraient survenir advenant l'ajout de nouvelles obligations, soit parce que ces dernières entraveraient sa liberté thérapeutique, nuiraient à sa compétence, mettraient en péril son indépendance professionnelle ou seraient autrement abusives. Les médecins, comme les autres professionnels ou travailleurs du réseau de la santé, ont aussi des droits. On ne saurait, tel que le fait ce projet de loi, laisser sous-entendre que n'importe quelle obligation peut être imposée aux médecins.

En ce sens, les dispositions de la loi actuelle sont suffisantes et les modifications proposées à ce chapitre par les articles 7, 8, 26, 27, 28, 29 et 67 sont irrecevables.

GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS

Le projet de loi nº 130 vient à nouveau modifier les règles de gouvernance des établissements que sont désormais les CISSS et les CIUSSS, créés dans la foulée de l'adoption de la « Loi 10 ».

L'article 39 de ce projet de loi évacue d'abord la possibilité, pour le doyen d'une faculté de médecine, de pouvoir agir à titre de président ou de vice-président du réseau universitaire intégré de santé, au profit du directeur général d'un établissement qui fait partie du réseau et qui exploite un centre désigné universitaire ou un centre affilié universitaire. Ce dernier étant identifié par le ministre et agissant comme président ou vice-président selon ce que ce dernier détermine. La Fédération se questionne sérieusement sur les effets de cette disposition, vu l'importance du maillage qui doit exister entre une faculté universitaire et un centre hospitalier dont la mission est justement l'enseignement universitaire. L'article 39 se doit donc d'être retiré.

Les articles 2 et 3 de ce projet de loi modifient à nouveau les pouvoirs du ministre en matière de nomination de certains membres des conseils d'administration des établissements.

L'article 2 concerne la liste de noms devant être transmise au ministre pour les fins de nomination, au conseil d'administration, d'une personne issue du milieu de l'enseignement. Ainsi, cette liste devra être fournie « *dans un délai raisonnable* ». Cet article touche également la nomination du président-directeur général, par l'ajout d'une règle permettant au ministre de recommander au gouvernement toute personne de son choix à défaut d'avoir obtenu la liste « *dans un délai raisonnable* ».

Désormais, en vertu de l'article 3, le directeur général adjoint sera nommé par le gouvernement, sur recommandation du ministre, à partir d'une liste de noms fournie par les membres du conseil d'administration. Ce pouvoir de nomination est étendu par rapport aux dispositions découlant de la « Loi 10 ». Encore une fois, à défaut de recevoir une liste de noms « *dans un délai raisonnable* », le ministre pourra recommander toute personne de son choix au gouvernement.

Le nouveau libellé de ces articles permet ainsi au ministre de fixer lui-même, de manière arbitraire et subjective, le délai de réception desdites listes, lui octroyant, *de facto*, une marge de manœuvre sans précédent pour procéder aux nominations « de son choix », puisqu'il peut procéder « à défaut ».

La boucle sera ainsi bouclée. Le ministre jouira d'un pouvoir encore plus grand en matière de nominations. Ce faisant, il s'assure de limiter les possibles cas de dissidence en provenance des instances, en cas de désaccord avec les décisions qu'il aurait prises ou les orientations qu'il aurait données. Les présidents-directeurs généraux et les présidents-directeurs généraux adjoints étant assis sur des sièges éjectables, les établissements seront placés sous la tutelle permanente du ministre, sans véritables pouvoirs et sans autonomie décisionnelle; leur rôle se cantonnant à la gestion des ressources qui leur sont allouées, selon les orientations établies par le ministre.

La FMSQ demande dans ce contexte le retrait des articles 2 et 3.

Le ministre s'arroge un nouveau pouvoir par le biais de l'article 36, soit celui d'autoriser tout projet de règlement émanant de toutes les instances : conseil d'administration d'un établissement public, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, conseil des infirmières et infirmiers, comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, conseil des sages-femmes, conseil multidisciplinaire, département régional de médecine générale et comité régional sur les services pharmaceutiques. L'autorisation peut être conditionnée par des modifications que peut exiger le ministre. De plus, l'article 68 fixe à trois mois de l'entrée en vigueur de la loi la transmission desdits règlements pour fin d'approbation par le ministre.

Voici un autre exemple de l'approche unilatérale du ministre qui s'arroge un droit de regard sur des projets de règlements qui ne devraient pas relever de sa compétence. Aucune raison ne milite en faveur d'une telle mesure de contrôle. Cette disposition constitue ni plus ni moins une mise sous tutelle de toutes ces instances.

Considérant ce qui précède, les articles 36 et 68 doivent être retirés.

Au surplus, les articles 21 et 22 introduisent une autre notion tout à fait incongrue. L'article 21 prévoit que, dans le cas où un chef d'un département clinique refuserait ou tarderait à élaborer les règles d'utilisation des ressources de son département, l'obligation de produire ces règles incombant alors au DSP devra, à défaut, être assumée par le président-directeur général. L'article 22 prévoit, quant à lui, que dans le cas où un chef d'un département clinique refuserait ou tarderait à élaborer les règles de soins médicaux et dentaires ainsi que les règles d'utilisation des médicaments, l'élaboration de ces règles, incombant alors au CMDP, pourrait dorénavant incomber au président-directeur général.

Pour quelle raison le ministre sent-il le besoin d'accorder ces nouveaux pouvoirs au président-directeur général? Si de tels pouvoirs peuvent être exercés « à défaut » par le président-directeur général, la FMSQ tient à rappeler que ce dernier est d'abord et avant tout un gestionnaire qui, sauf exception, n'a ni les connaissances ni les compétences médicales ou scientifiques pour déterminer ce qui est nécessaire ou non à l'exercice de la médecine en centre hospitalier.

Ces modifications proposées par les articles 21 et 22 doivent ainsi être retirées.

Au lieu de tendre vers une déconcentration des pouvoirs du ministre et du ministère vers les instances locales; au lieu d'octroyer davantage d'autonomie décisionnelle aux établissements – ce que la FMSQ souhaitait avec l'abolition des agences –, la réforme amorcée avec l'adoption de la « Loi 10 » et qui se poursuit avec le présent projet de loi, va dans la direction opposée. En matière de gouvernance de ses institutions publiques, force est de constater que le Québec emprunte une voie qui va à l'encontre des grands courants mondiaux.

L'article 42 constitue un élément positif de ce projet de loi en matière de gouvernance. Tous les deux ans, le titulaire d'un permis d'établissement devra fournir au ministre une déclaration attestant que les installations dont il dispose et leur capacité sont les mêmes que celles indiquées au permis.

La FMSQ souscrit à cette mesure puisque bon nombre de centres hospitaliers ou d'installations dérogent actuellement au permis octroyé. Ils présentent une offre de services moindre que celle prévue au permis, limitant les capacités d'accueil, le nombre de lits, de plateaux techniques, etc. Par souci de transparence et au bénéfice de la population, la FMSQ insiste pour que l'information figurant sur le permis d'établissement soit mise à jour au moment de la déclaration et que cette information soit rendue publique par le MSSS. La FMSQ espère que cette nouvelle règle forcera les établissements à rendre les services à la hauteur de ce qu'ils devraient être.

PLAN D'ORGANISATION D'UN CENTRE HOSPITALIER

Le projet de loi nº 130 propose de nombreux changements en ce qui a trait au plan d'organisation des centres hospitaliers :

- Le projet de loi octroie des pouvoirs plus larges au ministre pour l'approbation du plan d'organisation des établissements (art. 6).

- Dorénavant, le plan d'organisation de chaque centre hospitalier exploité par un établissement public devra prévoir onze départements obligatoires, soit les départements d'anesthésie, de biologie médicale, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, d'imagerie médicale, de médecine générale, de médecine spécialisée, de médecine d'urgence, de pédiatrie, de pharmacie et de psychiatrie (art. 19).

- Le ministre s'accorde le pouvoir de déterminer les établissements publics qui devront prévoir un département de santé publique dans leur plan d'organisation (art. 19).

- Le projet de loi précise que le département d'imagerie médicale devra regrouper les services de radiologie et de médecine nucléaire, et que le département de biologie médicale devra regrouper les services d'hématologie, de biochimie, de pathologie, de microbiologie et de génétique. Le département de médecine spécialisée devra quant à lui comprendre le service de radio-oncologie (art. 19).

- Bien que le projet de loi précise que le ministre pourra autoriser un établissement à déroger à cet article, aucune précision n'est faite à savoir dans quelle circonstance le ministre accordera ou non une telle dérogation (art. 19).

- Les établissements publics n'auront que six mois suivant l'entrée en vigueur de la loi pour modifier leur plan d'organisation afin d'y prévoir les départements prévus par la loi. Les CISSS ou établissements non fusionnés devront, également dans un délai de six mois, transmettre au ministre leur plan d'organisation afin que celui-ci l'approuve avec ou sans modification (art. 66).

- Alors que la loi actuelle prévoit que le plan d'organisation de l'établissement indique, sur recommandation du CMDP, de quel département ou service relèvent les actes médicaux, le CMDP ne serait dorénavant que consulté (art. 18).

Encore une fois, le projet de loi diminue les pouvoirs du CMDP, ce qui signifie que ces orientations seront avant tout établies par des fonctionnaires qui n'ont pas les compétences nécessaires pour apprécier la distribution des tâches entre les différentes spécialités médicales.

Tel qu'il en a été par la fusion de l'ensemble des établissements d'une région imposée par la « Loi 10 », les mesures proposées par le ministre auront par ailleurs encore une fois pour conséquence d'imposer un seul modèle applicable à tous les établissements, ce qui engendrera forcément une perte d'autonomie et de flexibilité. Une telle approche en matière de découpage départemental relève d'une conception passéiste et révolue en matière d'organisation des soins et services.

Au lieu de tendre vers la flexibilité, en permettant d'adapter la composition des départements au contexte de livraison des services du centre hospitalier dans lequel il évolue, de sa spécificité, de sa mission, de son environnement populationnel, le ministre impose encore une fois une solution « mur à mur ». Or, la médecine spécialisée évolue. Le travail en silo est désormais révolu. Les différentes spécialités médicales sont de plus en plus appelées à interagir pour la prise en charge des pathologies complexes. Même la formation médicale continue s'inscrit dans cette mouvance.

La FMSQ craint que le modèle imposé par le projet de loi nº 130 limite diverses possibilités organisationnelles et aboutisse à une départementalisation régionale. Un tel modèle suscite par ailleurs de nombreuses questions, dont les suivantes :

- Alors que certains établissements ont une mission particulière, comment pourront-ils accomplir cette mission particulière si on leur impose le même modèle?

- Pourquoi ne pas permettre aux établissements d'adapter l'organisation de leurs services en fonction de leur réalité locale?

- Comment les hôpitaux de plus petite taille réussiront-ils à organiser leurs services pour tenir compte de ce plan d'organisation uniforme?

- Pourquoi certains hôpitaux qui n'ont aucune clientèle pédiatrique devraient-ils obligatoirement avoir un département de pédiatrie?

- Comment le ministre déterminera-t-il les établissements publics qui devront prévoir un département de santé publique dans leur plan d'organisation?

- Comment certains départements, devenus énormes avec la fusion des centres hospitaliers et le regroupement de nombreuses spécialités médicales, pourront-ils organiser de façon efficiente les services qui y seront dispensés?

En ne tenant pas compte de la réalité actuelle « sur le terrain », le modèle unique proposé suscite par ailleurs diverses difficultés d'application propres à certaines spécialités médicales. Voici quelques exemples :

- L'hématologie, que le projet de loi regroupe à nouveau dans le département de biologie médicale. Plusieurs structures existent actuellement dans le réseau pour cette spécialité médicale. Les médecins de cette spécialité ont très souvent des activités tant de laboratoire que cliniques, ce qui explique leur appartenance fréquente, dans le réseau actuel, à la fois dans les départements de biologie médicale et de médecine spécialisée. Le modèle proposé fait donc complètement fi de la pratique clinique qui est propre à cette spécialité.

- La génétique médicale, qui serait regroupée dans le département de biologie médicale, ce qui ne correspond également pas à la réalité actuelle de pratique. En ce moment, la structure à laquelle appartiennent les médecins généticiens varie d'un établissement à l'autre. Mettre la génétique médicale dans le département de biologie médicale montre une méconnaissance de la pratique des médecins impliqués, puisque de nombreux généticiens ne font pas ou très peu d'activités de laboratoire et n'ont que des activités cliniques qui ne seront pas bien servies par une appartenance au département de biologie médicale.

- La radio-oncologie qui serait dorénavant regroupée dans le département de médecine spécialisée. Alors que la quasi-totalité des départements de radio-oncologie ont un département indépendant avec un budget distinct (à l'exception d'un service affilié au département d'oncologie), l'organisation proposée pour cette spécialité médicale s'oppose à la réalité actuelle sur le terrain et va à l'encontre des besoins académiques et universitaires. La radio-oncologie est une spécialité qui n'est ni médicale ni chirurgicale : elle est unique et spécifique. Une administration conjointe de ce département avec l'ensemble des autres départements de médecine spécialisée ne pourrait que nuire à l'organisation des services de radio-oncologie. Le cancer étant la cause première de mortalité au Canada, les départements de radio-oncologie nécessitent une organisation et des besoins distincts, à la fois sur le plan technique, sur celui des ressources, sur celui de la main-d'œuvre ainsi qu'en matière budgétaire.

- D'autres départements, comme celui de l'orthopédie, n'auraient plus de structure propre. Une grande proportion de centres avait pourtant reconnu l'orthopédie comme un département hospitalier distinct. Jumeler des départements occasionnera ainsi diverses difficultés, ces fusions n'étant pourtant pas nécessairement bénéfiques pour l'accessibilité aux soins.

Pour l'ensemble de ces raisons, les articles 6, 18, 19 et 66, tels que proposés par ce projet de loi sont irrecevables et doivent être retirés.

La FMSQ demande par ailleurs et expressément que toute modification au titre de la composition des départements fasse l'objet d'une consultation préalable auprès des spécialités médicales concernées. Pour des raisons évidentes, la formation des départements doit s'effectuer sur une base consensuelle, en tenant compte des synergies qui existent déjà entre les spécialités médicales.

Soulignons enfin que la loi actuelle permet à un biochimiste clinique d'être chef d'un département de biochimie. Ce dernier pourrait dorénavant exercer la fonction de chef d'un département de biologie

médicale (art. 20), ce qui est plus large puisque la biologie médicale regroupe non seulement la biochimie médicale, mais également d'autres spécialités telles que l'anatomopathologie, la microbiologie-infectiologie, la génétique médicale et l'hématologie.

La FMSQ voit mal comment un biochimiste clinique pourrait agir à titre de chef de département pour l'ensemble des spécialités de biologie médicale. Considérant que le rôle et les responsabilités d'un chef de département commandent, entre autres, d'élaborer des règles de soins, de donner son avis sur les privilèges et le statut à octroyer aux médecins de son département, de surveiller la qualité de l'acte et la pertinence des activités médicales, il serait donc inapproprié, voire risqué, pour la qualité des soins offerts au public, qu'une personne, qui n'est pas médecin spécialiste dans une discipline de laboratoire, puisse agir à titre de chef d'un département de biologie médicale.

Considérant ce qui précède, l'article 20 doit être retiré.

SANTÉ PUBLIQUE

Ce projet de loi impose différents changements à l'égard de l'organisation des départements de santé publique. Ainsi :

- Le projet de loi précise que lorsqu'un département de santé publique est formé dans un centre hospitalier, les responsabilités du chef de département de santé publique sont semblables, avec adaptation, à celles des autres chefs de départements auxquelles s'ajoute tout mandat qui lui sera confié par le directeur de santé publique (art. 24 et 33).

- La plupart des responsabilités exercées par le directeur des services professionnels à l'égard des départements médicaux de santé publique relèveront plutôt du directeur de santé publique (art. 24 et 25).

- La règle actuelle selon laquelle le directeur de santé publique agit également comme chef de département clinique de santé publique est supprimée (art. 32).

- Le directeur de santé publique n'aura plus à être un médecin ayant une formation en santé communautaire, mais pourra également être un médecin ayant une expérience de cinq ans de pratique en santé communautaire (art. 32).

La Fédération souhaite illustrer dans un premier temps la pratique propre aux médecins spécialistes qui œuvrent dans le domaine de la santé publique. S'il est vrai que divers mandats leur sont confiés par le directeur de santé publique dans le cadre du programme de santé publique, les spécialistes en santé publique et médecine préventive ainsi que ceux en médecine du travail exécutent également des mandats qui leur sont confiés par d'autres personnes. Il en est ainsi, par exemple :

- des mandats cliniques qui leur sont confiés par les établissements de santé et de services sociaux dans lesquels ils exercent leur profession;

- des mandats confiés par les établissements de santé et de services sociaux ayant une unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;

- des mandats qui leur sont confiés par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);

- des mandats qui leur sont confiés par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS);

- d'autres mandats confiés par des organismes sans but lucratif ou d'autres organismes. Par exemple, advenant que les méfaits de l'industrie du jeu ne fassent pas partie des priorités du programme de santé publique, un organisme pourrait néanmoins vouloir que cette question soit examinée par les médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive.

Les médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive sont aussi des médecins à part entière et devant être traités de la sorte. À ce titre, ils sont rattachés au département d'un établissement et doivent donc relever d'un chef de département qui agit lui-même sous l'autorité d'un DSP et d'un CMDP. Dans ce contexte, rien ne justifie que l'ensemble des responsabilités habituellement exercées par le DSP soient exercées, dans le cas d'un département de santé publique, par le directeur de santé publique.

Les directeurs de santé publique et le DSP sont d'ailleurs collègues depuis l'abolition des agences et la fusion des établissements, ce qui n'était pas le cas auparavant et qui posait problème. Le DSP doit demeurer un acteur important également pour le département de santé publique; le DSP peut agir à titre d'intermédiaire entre les besoins du directeur de santé publique pour réaliser le programme de santé publique et les exigences locales de la pratique médicale.

De plus, en transférant l'ensemble des responsabilités des DSP aux directeurs de santé publique, ces derniers hériteraient d'un ensemble de pouvoirs qui les placeraient en situation de conflits d'intérêts entre leurs responsabilités face au programme de santé publique, largement pluridisciplinaire, et l'autorité qu'ils exercent sur le chef de département et les médecins. Le directeur de santé publique a tout avantage à limiter le champ de pratique des médecins dans les secteurs d'activités reliés à ses responsabilités légales et du programme de santé publique, et non dans les autres secteurs d'activités hors programme, tel qu'exposé précédemment.

De façon plus particulière, la Fédération :

- Est en désaccord avec le transfert des responsabilités du DSP au directeur de santé publique.

- Est d'accord avec la suppression de la règle actuelle voulant que le directeur de santé publique agisse également à titre de chef de département clinique de santé publique. Afin d'éviter toute ambiguïté, il faudrait que le projet de loi précise clairement qu'un directeur de santé publique ne peut agir à titre de chef de département.

- Est en désaccord avec la diminution proposée, telle que rédigée, des exigences requises d'un médecin pour occuper le poste de directeur de santé publique. La FMSQ estime que le directeur

de santé publique doit être un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive. La Fédération comprend toutefois que, surtout en région, il pourrait être parfois difficile de recruter une personne qui répond à ces exigences. Dans un tel contexte, la loi devrait être corrigée afin de prévoir qu'exceptionnellement, advenant l'absence de candidatures par des médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive, la nomination d'un médecin possédant une formation complémentaire en santé publique, c'est-à-dire une maîtrise ou un doctorat en santé publique ou en épidémiologie, en plus d'une expérience de cinq ans de pratique en santé publique pourrait alors être envisagée.

- Est d'avis que la notion selon laquelle le directeur de santé publique serait responsable de confier tout mandat au chef de département clinique de santé publique (art. 24 et 33) est trop vague. Cette responsabilité doit être précisée.

- Se questionne à savoir pourquoi le ministre tient à nommer lui-même le directeur de santé publique et même à s'immiscer dans le processus de sélection. Puisque nous sommes encore en présence d'une nomination unilatérale, comment s'assurer que la personne qui sera nommée au poste de directeur de santé publique aura les connaissances et les compétences requises pour pouvoir exercer cette fonction adéquatement? Comment s'assurer dans ce contexte que le directeur de santé publique conserve toute l'indépendance scientifique requise dans l'exercice de ses fonctions?

  La Fédération demande que toute nomination pour pourvoir à ce poste fasse l'objet d'un affichage préalable, qu'un comité de sélection soit dûment formé pour élaborer les critères de sélection, et pour recevoir et analyser les candidatures. L'ensemble de ce processus devant être chapeauté par le CMDP.

APPROVISIONNEMENT EN COMMUN

La FMSQ porte une attention particulière aux activités d'approvisionnement en commun, étant elle-même étroitement impliquée dans les processus d'acquisition. La Fédération désigne des experts issus des différentes spécialités médicales afin qu'ils apportent leur expertise et fassent part de leurs recommandations à l'égard des produits ou équipements qui font l'objet des acquisitions.

Il serait inacceptable, par conséquent, que les groupes d'approvisionnement se trouvent, eux aussi, mis en tutelle par le ministre. Si la FMSQ est d'accord avec certains éléments de l'article 37 qui viennent baliser le statut juridique et les activités des groupes d'approvisionnement en commun, elle est en désaccord avec le reste des dispositions qui permettraient au ministre d'exercer un contrôle accru sur les activités de ces groupes. Selon le projet de loi, le ministre pourra identifier les établissements ou les organismes qui seront desservis, prévoir et déterminer les services qui pourraient être offerts exclusivement par un groupe identifié.

Encore une fois, le ministre s'immisce dans le processus de nomination du directeur général du groupe dans le cadre d'un processus de sélection qu'il détermine. Par ailleurs, toutes les actions des groupes seront conditionnées par le ministre en fonction des orientations qu'il établira.
Le ministre souhaite aussi ajouter une autre couche de lourdeur administrative. Ainsi, un groupe d'approvisionnement devra conclure une entente de gestion et d'imputabilité avec le ministre, préparer un rapport annuel, produire des informations de gestion sur ses travaux selon les indicateurs et la méthode déterminés par le ministre et exécuter tout mandat confié par ce dernier. Le ministre pourra, par règlement, régir les conditions de sélection, de nomination et d'engagement des cadres et hors-cadres.

Bref, à l'instar de toutes les composantes du réseau, les groupes d'approvisionnement en commun seront, eux aussi, placés sous le contrôle absolu du ministre. Ce faisant, le risque de nominations partisanes devient hautement probable, comme celui de voir les groupes et leur pouvoir d'achat être instrumentalisés.

Dans les circonstances, il serait hautement souhaitable que les groupes d'approvisionnement en commun sortent du giron du MSSS et soient directement placés sous la responsabilité du Conseil du trésor, à qui échoit déjà la responsabilité de gérer l'ensemble des appels d'offres du gouvernement.

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

En vertu de l'article 10, le ministre pourra exiger qu'un ou plusieurs établissements utilisent un actif informationnel qu'il détermine. L'article 44 réaffirme notamment le pouvoir du ministre d'offrir aux établissements ainsi qu'à un autre organisme ou autre personne des services de conception, de réalisation et de fourniture d'actifs informationnels, en plus des éléments prévus par la loi actuelle et qui relevaient de la responsabilité des agences.

La Fédération est préoccupée par la gestion des ressources informationnelles qui prévaut au MSSS. En effet, le ministère et les défuntes agences ont laissé se déployer sur le terrain des solutions informationnelles incompatibles entre elles, rendant encore quasi impossible le partage de l'information entre les divers professionnels. Est-il utile de rappeler que la majorité des centres hospitaliers et des cliniques utilisent encore un « FAX » (télécopieur) pour transmettre les diverses requêtes, les résultats d'analyses, le renouvellement de prescription, etc.

Cette situation s'explique mal, compte tenu des sommes faramineuses que le gouvernement a englouties pour l'acquisition ou le développement de systèmes informationnels, notamment dans le domaine de la santé. De tous les projets informatiques pilotés par le gouvernement, le DSQ constitue l'exemple le plus patent de gestion chaotique. À lui seul, le DSQ a requis des déboursés de plus de 1 milliard de dollars pour les seuls exercices financiers 2015 et 2016[5]. Rappelons enfin que le DSQ est en « gestation » depuis bientôt 10 ans.

Après avoir consacré des sommes importantes au déploiement du système Oasis, le ministre a pris tout le monde par surprise en voulant imposer la solution CrystalNet. Une décision prise sans avoir demandé

[5] Étude annuelle des crédits du MSSS

l'avis des utilisateurs potentiels, et sans avoir effectué une analyse sérieuse pour évaluer ses avantages et ses inconvénients. Le ministère aurait donc avantage à agir avec transparence, en misant d'abord sur la collaboration des cliniciens et des différents utilisateurs.
Si l'uniformisation des systèmes informationnels, incluant les logiciels de PACS, apparaît nécessaire et souhaitable pour faciliter le partage des dossiers patients entre les différents points de services, elle doit s'effectuer en tenant compte des besoins réels et concrets des principaux concernés, à l'instar des pratiques qui ont cours du côté de Kaiser Permanente ou de la Veterans Health Administration aux États-Unis.

CONCLUSION

Depuis une dizaine d'années, la tendance est lourde. Chaque projet de loi adopté dans le domaine de la santé, comme ce fut le cas avec l'adoption des lois « 10, 20, 92 et 118 », confère de nouveaux pouvoirs au titulaire de ce ministère.

Le projet de loi nº 130 ne fait malheureusement pas exception à la règle, puisqu'il ajoutera aux pouvoirs d'intervention du ministre qui étaient déjà excessifs, voire abusifs. Il en est ainsi, notamment, des nouveaux pouvoirs qui seraient octroyés au ministre et qui sont relatifs à certaines nominations au sein du conseil d'administration des établissements, à l'ajout d'obligations relatives aux privilèges octroyés aux médecins dans le but de combler les besoins en médecine de famille en première ligne, à l'approbation du plan d'organisation des établissements, à l'autorisation des projets de règlements de différentes instances des établissements, à l'approvisionnement en commun, etc.

Par les autres modifications qu'il propose, ce projet de loi abat par ailleurs le dernier rempart qui subsistait pour préserver la qualité des soins et des services offerts à la population. Il en est ainsi en raison des nouvelles règles relatives à l'octroi et au renouvellement des privilèges, des dérapages qui pourraient survenir advenant l'ajout de nouvelles obligations aux médecins, de l'absence d'obligations corollaires exigées des établissements, du modèle rigide imposé aux départements d'un établissement public, de l'organisation proposée des départements de santé publique, de la diminution des pouvoirs du CMDP en certaines matières, etc.

Dépouillés de leurs principaux pouvoirs décisionnels, les établissements seront livrés aux aléas des décisions politiques. Au lieu de tendre vers une décentralisation des pouvoirs, de laisser aux instances locales le soin de gérer leurs ressources en tenant compte des besoins populationnels, de laisser aux médecins une nécessaire autonomie professionnelle au bénéfice des patients, on fait exactement le contraire. L'approche actuelle est néfaste et s'inscrit à contre-courant des tendances mondiales en matière de gouvernance. Une fois ce projet de loi adopté, il sera malheureusement impossible de revenir en arrière.

La FMSQ constate par ailleurs que des directives sont actuellement acheminées aux médecins par les instances du MSSS, agissant comme si le projet de loi nº 130 avait déjà été adopté par l'Assemblée nationale du Québec, ce qui constitue une violation potentielle des droits et privilèges des membres de cette Assemblée.

Pour toutes les raisons exposées dans le présent mémoire, la FMSQ juge que ce projet de loi est inutile et, qu'au surplus, un grand nombre de ses dispositions sont irrecevables.

ANNEXE

Dans chaque établissement de santé, le Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) joue un rôle majeur et unique qui lui est conféré par la Loi. Québec contrôle la qualité des actes et l'excellence des soins dispensés par les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques. L'expertise et les compétences des professionnels qui y siègent permettent d'intégrer l'ensemble des situations cliniques constituant l'essence même de l'offre de service en santé.

Les CMDP doivent demeurer un acteur de premier plan lors de la prise de décisions relatives aux professionnels qu'ils regroupent. Ainsi, leur pouvoir de recommandation au conseil d'administration des établissements ne saurait être réduit, modifié, voire annihilé.

Le rôle des CMDP doit être non seulement maintenu, mais rehaussé afin que soit reconnu et confirmé leur champ d'intervention, garantissant ainsi l'intégrité et la qualité des actes posés par leurs membres. Cette reconnaissance accrue confirmera que les CMDP sont une composante incontournable du système public de santé, et ce, au bénéfice des patients et de la population en général.

Dre Diane Francoeur, présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Dr Louis Godin, président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Christopher Lemieux, M.D., président
Fédération des médecins résidents du Québec

M. François Paradis, président
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

Dr Serge Langlois, président
Association des chirurgiens dentistes du Québec

Dr Martin Arata, président
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec

2, Complexe Desjardins
Porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8

Tél. : (514) 350-5000
Téléc. : (514) 350-5175
Courriel : communications@fmsq.org