

Mémoire présenté à la
Commission parlementaire de la santé et services sociaux
dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques du
projet de loi 130 : loi modifiant certaines dispositions relatives à
l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de
services sociaux

Présenté par le
Regroupement des médecins Omnipraticiens
pour une **Médecine Engagée**

ROME



**REGROUPEMENT DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS POUR
UNE MÉDECINE ENGAGÉE**

Février 2017

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|---|
| I. Présentation du ROME | 3 |
| II. Résumé du ROME sur le projet de loi 130 | 4 |
| III. Exposé général de la position du ROME sur le projet de loi 130 | 5 |
| A. État du processus actuel pour l'obtention d'un poste, pour un médecin nouvellement gradué au Québec | 5 |
| B. Les solutions du ROME | 6 |
| C. Résumé des propositions du ROME | 8 |

Présentation du ROME (Regroupement des médecins Omnipraticiens pour une Médecine Engagée)

Le ROME fut fondé en décembre 2014, dans la foulée du dépôt du projet de loi 20 (*Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*) par le Ministre de la Santé et des Services Sociaux, M. Gaétan Barrette.

Le ROME est une association regroupant plus de 600 médecins omnipraticiens, étudiants en médecine et résidents en médecine familiale ayant fait une cotisation volontaire. Sa mission est d'engager les médecins, les professionnels de la santé et les patients dans une réforme innovante, interdisciplinaire, démocratique et décentralisée pour l'amélioration de notre système de santé public.

Pour ce faire, nous avons déposé en mars 2015 un mémoire lors de la commission parlementaire sur l'étude du PL20, afin de présenter un ensemble de solutions alternatives pour améliorer et garantir l'accès aux soins pour la population québécoise. S'en est suivi le *Sommet interdisciplinaire sur l'accès aux soins: une alternative au PL20* en mai 2015.

Depuis, le ROME continue de faire des représentations auprès du gouvernement et dans les médias afin de promouvoir sa mission et ses positions sur les différents enjeux touchant l'accès aux soins dans le système de santé et services sociaux du Québec.

Résumé de la position du ROME sur le projet de loi 130

Le ROME souhaite surtout se prononcer sur la composante du projet de loi ayant trait à la gestion des ressources humaines médicales. Notre organisation laissera à d'autres intervenants le soin de se prononcer sur les éléments ne s'y rapportant pas directement.

Selon ROME, le système Québécois actuel de gestion des ressources humaines médicales est une bureaucratie complexe qui sert mal la population.

Depuis le début des années 2000, cette lourde bureaucratie envers les médecins omnipraticiens encourage le développement de cliniques privées hors-RAMQ, en poussant les nouveaux gradués à choisir le privé hors-RAMQ afin d'échapper aux contraintes bureaucratiques ministérielles (PREM et AMP). Par exemple, cette tendance est notable dans la région de Québec, étant une région qui s'est vue accorder très peu de PREM dans les dernières années. Depuis l'annonce du projet de Loi 20, les statistiques montrent une accélération de ce phénomène¹.

De plus, cette bureaucratie centralisée du MSSS empêche l'offre de services médicaux de bien s'arrimer à la demande en soins locale, causant des bris de service qui augmentent l'utilisation des services de dépannage d'urgence. Les décisions administratives afin d'obtenir un poste en pratique sont très longues, et cette gestion centralisée est difficilement en mesure de prévoir les retraites, les congés de maladie ou de maternité, ce qui mène à des ruptures de service et une fragilisation des équipes et des milieux de travail. De plus, la gestion ministérielle empêche l'innovation locale dans la dispensation des soins de santé, puisque les acteurs locaux sont dépourvus de pouvoir décisionnel.

Cependant, le PL130 est une opportunité d'améliorer les choses, si celui-ci est construit de façon à passer d'une bureaucratie ministérielle centralisée vers l'élaboration de contrats à gestion loco-régionale entre les médecins et les organisations où ceux-ci travaillent.

¹ <http://www.journaldemontreal.com/2016/04/08/le-nombre-domnopraticiens-qui-choisissent-le-prive-continue-daugmenter>

Exposé général de la position du ROME sur le projet de loi 130

A. État du processus actuel pour l'obtention d'un poste, pour un médecin nouvellement gradué au Québec

Le processus actuel d'octroi de poste est unique au Québec et aucune autre province canadienne n'utilise un tel système.

Présentement, pour qu'un jeune gradué en médecine familiale puisse travailler dans un établissement de santé, celui-ci doit obtenir un poste via les Plans Régionaux d'Effectifs Médicaux (PREM) élaborés par le ministère, et signer un contrat d'Activités Médicales Particulières (AMP) avec les Départements Régionaux de Médecine Générale (DRMG). Ces deux exigences doivent être en concordance avec les Plans d'Effectifs Médicaux (PEM) établis par le ministère, ainsi qu'avec les besoins identifiés par le chef de département local (urgence ou médecine) de l'hôpital en question.

Un nouveau gradué doit, à l'heure actuelle, obtenir l'approbation de quatre paliers administratifs différents afin de se trouver un poste. Ces paliers peuvent être représentés par le ministère (PREM-PEM), la DRMG (PREM et AMP), la Direction des Services Professionnels (DSP) régionale et locale (CISSS et établissement local), ainsi que le chef de la branche locale du département hospitalier.

En pratique, le chef de département est la personne qui ultimement doit élaborer les listes de garde, et donc celui qui connaît le mieux les besoins actuels et futurs dans son service (congrés parentaux, congrés de maladie, retraites), et qui maîtrise le mieux les besoins des patients dans sa communauté. Cependant, bien que le chef de département soit le plus près des besoins de son département, il est aussi actuellement celui qui a le moins de pouvoir dans l'octroi de postes. Le chef de département doit présentement tenter de convaincre et de coordonner les trois paliers supérieurs qui ont le pouvoir sur l'octroi de postes en pratique pour les médecins.

Pour compliquer les choses, ces quatre paliers ne font pas partie d'une hiérarchie verticale, mais de différentes organisations plus ou moins indépendantes: les chefs locaux de département relèvent du Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) des établissements et des DSP régionaux. Les PREM sont quant à eux déterminés par le MSSS, et les AMP relèvent en principe des DRMG, même si le MSSS est intervenu directement et indirectement depuis trois ans dans les décisions des DRMG.

Si vous trouvez cette structure complexe, imaginez combien elle l'est pour un jeune médecin qui souhaite simplement commencer à travailler et voir des patients, après de longues études médicales. Pensons également à quel point cela devient frustrant pour la population, qui ne comprend toujours pas pourquoi l'offre de soins médicaux à travers le Québec reste si inégale malgré les nombreux engagements des gouvernements successifs et la multiplicité des mesures bureaucratiques développées.

B. Les solutions du ROME

ROME est né en réponse à l'ajout d'une nouvelle couche de bureaucratie ministérielle : les quotas de patients à inscrire, tel que stipulé à l'article 4 de la Loi 20. Un de ses objectifs est de faire abolir le mode de gestion ministérielle des PREM-AMP, tel que décrit dans la section précédente.

Cependant, ROME a toujours été en faveur de contrats locaux entre les médecins et les établissements de santé. Effectivement, ROME est d'avis que des contrats clairs entre les médecins exerçant leur profession dans un établissement hospitalier, un CLSC, une UMF ou un GMF devraient exister afin de déterminer précisément par écrit les obligations des médecins envers l'autre partie. Cet engagement doit énumérer autant les obligations cliniques, éthiques, qu'administratives. Ces contrats doivent également décrire l'implication du médecin attendue dans les affaires de gestion de l'organisation (la co-gestion).

ROME croit que l'amélioration dans l'accès et la qualité des soins de santé, en établissement et dans les cabinets, ne peut survenir que si un mode de co-gestion entre les médecins et les administrateurs se forme. Une telle coopération dans la gestion des organisations est essentielle, si l'on veut que les enjeux administratifs et cliniques soient correctement représentés dans l'élaboration de solutions.

Un contrat clair obligerait le médecin à s'impliquer dans l'organisation des soins, ce qui améliorerait la gestion des établissements de santé et des cabinets. Bien sûr, le niveau d'implication varierait selon les besoins de chaque organisation, ainsi que selon les aptitudes en gestion de chaque médecin.

De l'autre côté, l'établissement et/ou le GMF/UMF/CLSC doit s'engager envers le médecin de façon contractuelle. Par exemple, cet engagement devrait stipuler le nombre de quarts de travail, de jours ou semaines de garde, d'accès aux blocs opératoires, de personnel infirmier, de soutien administratif ou d'autres professionnels que ceux-ci s'engagent à offrir au médecin.

D'un côté, ces contrats clarifieraient les besoins et l'offre de services des établissements. De l'autre, ces contrats permettraient aux médecins de mieux prévoir leur horaire et revenus, car leur offre de service serait chiffrée de manière annuelle.

Un autre avantage non négligeable de l'existence de tels contrats, est de respecter le statut de travailleur autonome du médecin, sans avoir à se lancer dans une refonte du mode de rémunération médicale. Une révision du mode de rémunération médicale est selon nous une avenue à explorer, mais une telle révision est loin d'être une panacée en terme d'organisation des services et de coûts pour le gouvernement.

À ce sujet, ROME est globalement d'accord avec les récentes conclusions partielles et nuancées du comité du Commissaire à la santé et au bien-être sur les modes de rémunération, dont le poste a été aboli.

Cependant, de tels contrats, tels que décrits dans le PL130, ne peuvent exister en parallèle aux mécanismes de gestions centralisés que sont les PREM, les AMP, et les quotas de patients prévus à la Loi 20.

Effectivement, la Loi 20 et les différentes mesures administratives appliquées aux nouveaux gradués par le biais des AMP et des PREM, sont en contradiction avec le PL130, puisque leur co-existence duplique les donneurs d'ouvrage. Il ne peut exister deux donneurs d'ouvrage, sinon le médecin ne sait plus qui est son interlocuteur dans la signature d'un contrat d'embauche et à qui il est imputable.

De plus, l'octroi de postes de pratique par le ministère donne lieu à un risque réel de politisation et de récupération politique dans la gestion des ressources humaines médicales. Les cliniques, dépendantes pour leur croissance du nombre de médecins y travaillant, se voient alors tentés d'exercer des activités de lobbying auprès du ministère afin d'obtenir des postes discrétionnaires PREM.

Chaque poste de pratique devient une possibilité pour le gouvernement en place, ou pour les députés locaux des oppositions, de faire de la récupération politique lors des annonces d'arrivées de nouveaux médecins dans leur comté.

Si une clinique a de la difficulté à attirer des médecins, souvent puisqu'elle n'offre pas un environnement de pratique adéquat, celle-ci devrait s'adapter, ou mettre fin à ses activités, permettant alors à un nouveau groupe innovant de prendre sa place et de répondre aux besoins médicaux locaux.

ROME est d'avis que la gestion des ressources humaines médicales doit être indépendante des influences politiques et corporatives. Cette gestion doit également être transparente et accessible au public via un site internet tel que HealthMatchBC.org par exemple.

C. Résumé des propositions du ROME

i) Création de contrats loco-régionaux entre les médecins et les CISSS/GMF/UMF/CLSC. Le médecin peut signer plus d'un contrat, un premier envers l'administration de l'hôpital puis un deuxième avec l'administration d'un GMF par exemple.

ii) Abolition progressive des PREM et AMP. Abolition progressive afin de ne pas déstabiliser les listes de garde hospitalières actuelles.

iii) Invalidation des quotas de patients inscrits dans la Loi 20.

iv) Elaboration d'un site internet québécois tel que HealthMatchBC.org pour la diffusion transparente des postes disponibles en ambulatoire et dans les établissements de santé.