

Projet de loi n° 130

**Loi modifiant certaines dispositions  
relatives à l'organisation clinique et à la  
gestion des établissements de santé et de  
services sociaux**

Mémoire de

**L'Association des spécialistes en médecine  
préventive du Québec (ASMPQ)**

Présenté à la

**COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES  
SOCIAUX**

Mémoire de l'Association des spécialistes en médecine préventive du Québec  
Concernant le projet de loi 130  
Déposé à la Commission de la santé et des services sociaux  
Le 14 février 2017

## **Table des matières**

<b>Présentation de l'Association .....</b>	<b>2</b>
<b>Un nécessaire retour sur nos enjeux de gouverne en santé publique .....</b>	<b>2</b>
<b>Notre position sur les aspects de la PL-130 touchant particulièrement la santé publique .....</b>	<b>4</b>
<b>Une mise en garde pour la population si le projet de loi est adopté sans modifications significatives .....</b>	<b>6</b>
<b>Commentaires sur les principaux articles qui touchent la santé publique .</b>	<b>7</b>

## Présentation de l'Association

L'Association des spécialistes en médecine préventive du Québec (ASMPQ) regroupe environ 190 médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive ou en médecine du travail. Elle est membre de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). « L'ASMPQ a pour mission de promouvoir et de défendre les intérêts de ses membres, tant sur le plan professionnel et scientifique, que sur le plan social et économique. Elle fait rayonner les spécialités en santé publique et médecine préventive et en médecine du travail au bénéfice de la santé de la population du Québec » (ASMPQ, 2016).

## Un nécessaire retour sur nos enjeux de gouverne en santé publique

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), le chef de département est la personne qui coordonne les activités professionnelles des membres de son département, sous l'autorité du directeur des services professionnels. Dans un département de santé publique, où œuvrent les spécialistes de notre Association, le chef de département est donc la personne qui détermine les mandats du corps médical. Pour sa part, le directeur de santé publique est imputable de mandats légaux issus de la Loi sur la santé publique, de la LSSSS et la Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST). Il est notamment responsable de la mise en œuvre du Programme national de santé publique dans la région que son établissement dessert.

L'exercice des responsabilités du directeur de santé publique fait forcément appel à la contribution des médecins du département de santé publique. Dans le passé, lorsque les directeurs de santé publique étaient attachés aux agences de la santé et des services sociaux, certains d'entre eux exprimaient une insatisfaction à l'égard de leur manque de pouvoir sur l'octroi des mandats aux médecins du département. Si un différend survenait avec le chef de département de santé publique, le directeur de santé publique n'avait pas de lien direct avec le directeur des services professionnels (DSP), car celui-ci était en établissement. Bien que la collaboration entre directeur et chef était harmonieuse la vaste majorité du temps, cette situation était considérée comme problématique par certains directeurs de santé publique. La solution qui a alors été promue par ces derniers était de faire en sorte que le directeur de santé publique soit d'office nommé chef de département, ce qui a résulté en l'article 372 de la LSSSS dans sa forme actuelle :

*Le ministre nomme, sur recommandation de l'agence, un directeur de santé publique qui agit aussi comme chef de tout département clinique de santé publique.*

Or, les nouvelles modifications à la LSSS adoptées en 2015 font maintenant en sorte que le directeur de santé publique est un collègue du DSP au sein du comité de direction de l'établissement, à l'instar des autres directeurs responsables des programmes services.

De plus, dans l'entente de rémunération qui concerne nos membres, le directeur de santé publique confie ou approuve les mandats des médecins œuvrant en santé publique, ce qui fait en sorte que le chef de département ne peut prendre ses décisions indépendamment de celles du directeur de santé publique. Dans l'annexe 38 de notre entente, qui balise le mode de rémunération de plus de 90% de nos membres, il est en effet stipulé que les activités pour lesquelles ceux-ci peuvent être rémunérés sont les suivantes :

*L'ensemble des activités suivantes effectuées par le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail rattachées à un département clinique en santé publique et ayant des mandats confiés ou approuvés par le directeur (régional) de santé publique ou le président directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec ou le directeur général de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour la réalisation du programme de santé publique ou des responsabilités légales spécifiques des directeurs de santé publique.*

Il est facile de comprendre que le directeur de santé publique a avantage à faire travailler les médecins en priorité sur ses responsabilités légales, dont la réalisation des services exigés par le Programme national de santé publique. Dans la vaste majorité des situations, il y a une nette convergence d'intérêts entre ceux des spécialistes en santé publique et médecine préventive et en médecine du travail et ceux des directeurs de santé publique. Nous reconnaissons que le Programme national de santé publique constitue l'essentiel du panier de services en santé publique du gouvernement et que les actes médicaux s'y insérant sont des services assurés.

Toutefois, le champ d'intervention des deux spécialités médicales que l'ASMPQ représente ne se limite pas uniquement à un programme gouvernemental. En effet, nos services sont utiles à d'autres acteurs du réseau de la santé, par exemple, dans les unités d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé, ou dans certains créneaux de la médecine clinique, des champs non couverts par le Programme national de santé publique. Quant aux spécialistes en médecine du travail, on ne leur reconnaît pas encore de plans d'effectifs médicaux propres, et le fait que plusieurs d'entre eux souhaiteraient offrir davantage de services cliniques à la population pourrait expliquer, selon notre compréhension, la réticence du MSSS pour ce faire.

Enfin, puisque les directeurs de santé publique ont la responsabilité d'offrir tous les services du programme de santé publique avec des ressources souvent insuffisantes, ils peuvent solliciter les médecins spécialistes pour pallier à cette situation, c'est-à-dire pour accomplir des tâches dont le niveau de compétences relève d'autres professionnels.

Voilà les raisons qui ont motivé l'Association des spécialistes en médecine préventive du Québec (ASMPQ), avec le soutien de la FMSQ, à lutter contre la modification de l'article 372. Malheureusement, des solutions constructives, légales et acceptables pour tous n'ont jamais pu être discutées, sans que l'ASMPQ puisse en comprendre la raison. Nous reconnaissons que le projet de loi 130 tente de résoudre cette impasse.

Au cœur du projet de loi 130, il y a l'augmentation des leviers de l'établissement sur les médecins y œuvrant. Pour nos spécialistes, qui exercent en majorité dans les établissements du réseau de la santé, ce besoin est légitime. Par conséquent, nous n'avons pas l'intention de nous opposer à ce que les directeurs de santé publique puissent octroyer des mandats aux médecins. Cependant, le présent projet de loi fait aussi en sorte que l'établissement devienne un lieu d'exercice potentiel du pouvoir politique, ce qui fragilise la nécessaire indépendance scientifique de nos membres. Et de plus, elle accorde au directeur de santé publique des pouvoirs jugés non nécessaires et même risqués, en plus de diminuer la formation nécessaire pour accéder à ce poste important. À ces éléments, quoique nous avons des oppositions, nous avons aussi des solutions.

## **Notre position sur les aspects de la PL-130 touchant particulièrement la santé publique**

Considérant que :

- le DSP et le directeur de santé publique sont maintenant collègues au même comité de direction depuis la création des CISSS et CIUSSS;
- l'établissement possède déjà des leviers sur les médecins y exerçant et que le présent projet de loi va peut-être même accroître ces leviers;
- d'autres programmes sont offerts avec le soutien d'un groupe prédominant de spécialistes, comme les pédiatres dans le programme jeunesse, et les psychiatres dans le programme santé mentale, alors que leur chef de département demeure sous l'autorité du DSP;

### **Recommandation 1 :**

- ✓ **Nous demandons que les chefs des départements de santé publique demeurent sous la double autorité du directeur des services professionnels et du CMDP, au même titre que les autres départements.**

**Si le législateur tient à ce que le directeur de santé publique puisse avoir plus de leviers pour l'octroi des mandats, lui octroyer la responsabilité de l'article 189, ou l'autorité sur cet article, répond selon nous au besoin des directeurs de santé publique.** Cependant, en transférant l'ensemble des responsabilités des DSP aux directeurs de santé publique, ces derniers héritent d'un ensemble de responsabilités et de pouvoirs non requis pour assumer leur fonction et qui représentent un risque en termes d'exercice diligent de la médecine.

Par ailleurs, le directeur des services professionnels demeure, pour les chefs de département de santé publique consultés, un acteur important agissant à titre d'intermédiaire entre les besoins et exigences de l'établissement pour réaliser son programme de santé publique et les besoins et exigences de la pratique.

Ceci est d'autant plus vrai que ce projet de loi revoit à la baisse les exigences en termes de compétences en santé publique pour devenir directeur de santé publique. Que les départements de santé publique soient isolés des autres et sous l'autorité d'un directeur de santé publique qui voit ses pouvoirs accrus, tout en nécessitant une formation moindre, est inacceptable. Ceci est vrai, tant pour assurer une gestion optimale des ressources médicales que pour assurer les meilleurs services de santé publique à la population.

Il nous apparaît que l'expression utilisée plusieurs fois dans le projet de loi pour couvrir des situations d'exceptions « à moins que le contexte ne s'y oppose et avec les adaptations nécessaires » pourrait servir ici.

**Recommandation 2 :**

✓ **Le directeur de santé publique doit être un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, à moins que le contexte ne s'y oppose et avec les adaptations nécessaires.**

## **Une mise en garde pour la population si le projet de loi est adopté sans modifications significatives**

La santé publique cherche à prévenir les problèmes évitables et à améliorer la santé en agissant sur les facteurs qui influencent la survenue des maladies. Un de ses rôles est de s'assurer que les intérêts de la population sont pris en considération dans toute décision susceptible d'avoir un impact sur sa santé. Par le fait même, les avis de santé publique peuvent parfois complexifier le programme politique et, avec le PL-130, les conditions sont réunies pour limiter la capacité de communiquer et d'agir du directeur de santé publique et des médecins.

Fermer des écoles contaminées, mettre des réseaux d'eau potable en avis de non-consommation, lutter contre les méfaits de l'industrie de l'amiante, freiner les méfaits des jeux de hasard, réclamer des mesures de mitigation pour protéger la santé de la population lors de l'implantation de grands projets, rappeler aux gouvernements que les gens à Lac Mégantic souffrent encore et ont besoin d'investissements dans le réseau de la santé pour soutenir leur santé, voilà des exemples qui illustrent pourquoi la santé publique est un acteur dont la libre expression doit être maintenue.

Si l'intention était simplement de donner plus de leviers pour contrôler les mandats et privilèges des médecins, ce projet de loi va plus loin que nécessaire. Pour les médecins de santé publique, qui se voient isolés sous la gouverne du directeur de santé publique, qui est nommé par le ministre et a plus de pouvoir qu'avant, tout en étant potentiellement moins formé qu'eux, ce projet se dirige dangereusement à droite et représente une intrusion politique dans l'indépendance scientifique qu'il faut à tout prix éviter.

## Commentaires sur les principaux articles qui touchent la santé publique

Article	Commentaires, questions, besoins de clarification
#3	<p><i>Un PDG-A nommé par le gouvernement, sur recommandation du ministre.</i></p> <p><b>Commentaire :</b> Il s'agit d'une perte de pouvoir pour le CA et d'une centralisation des pouvoirs pour le ministre.</p>
#7	<p><i>... le ministre peut... exiger l'ajout de certaines obligations aux privilèges que le CA compte octroyer au médecin. Ces obligations doivent avoir pour but de combler les besoins en médecine de famille de première ligne.</i></p> <p><b>Commentaire :</b> On pourra restreindre l'accès des spécialistes en médecine de famille du champ de la santé publique alors que la prévention fait souvent les frais par rapport aux besoins cliniques.</p>
#19	<p><i>Le ministre détermine les établissements publics qui doivent prévoir un département de santé publique dans leur plan d'organisation.</i></p> <p><b>Commentaire :</b> On pourra possiblement jumeler les directions de santé publique de quelques régions (exemple d'une rumeur passée, soit la fusion des trois L, soit Laval, Lanaudière, et Laurentides), ce qui nous éloigne d'une gouverne plus locale, garante de réactivité aux besoins de la population.</p>
#24	<p><i>Lorsqu'un département de santé publique est formé dans un centre hospitalier, les dispositions des articles 189 à 192 s'appliquent au chef du département de santé publique, à moins que le contexte ne s'y oppose et avec les adaptations nécessaires. Les responsabilités attribuées au directeur des services professionnels par ces dispositions sont alors exercées par le directeur de santé publique nommé conformément à l'article 372.</i></p> <p><i>En plus des responsabilités, qui lui sont confiées par l'article 189, le chef de département de santé publique exécute tout mandat qui lui est confié par le directeur de santé publique en application du deuxième alinéa de l'article 373.</i></p> <p><b>Plusieurs clarifications nécessaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La plupart des départements de santé publique sont sortis des centres hospitaliers, ce qui limite encore davantage la possibilité de favoriser la complémentarité de la médecine individuelle et de la médecine populationnelle, sauf pour deux départements de santé publique, lesquels regroupent principalement les médecins travaillant sur des mandats provinciaux (INSPQ, INESSS, MSSS) ou ceux dans des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (CHUM et CHUQ).</li> <li>• Que veut dire « à moins que le contexte ne s'y oppose et avec les adaptations nécessaires » ? Le directeur de santé publique pourra être également chef de département (au-delà de l'obligation d'intérim à l'occasion d'une vacance au poste de chef), et avoir les pouvoirs du</li> </ul>

	<p>DSP ? Parle-t-on des départements du CHUQ et du CHUM qui regroupent des effectifs médicaux avec des mandats provinciaux ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourquoi donner au chef du département de santé publique plus de mandats ? Surtout un mandat si imprécis que celui d'exécuter tout ce que lui demandera le directeur. Le chef se retrouverait avec plus de responsabilités et plus isolé, entièrement sous le Directeur de santé publique, sans intermédiaire entre les besoins et exigences de l'établissement et les besoins et exigences de la pratique médicale. Le directeur confierait-il ses mandats professionnels au chef de département ? Est-ce dans le but que celui-ci les redistribue dans le département ? Pourquoi cet ajout; l'article 189 ne suffit-il pas ?</li> </ul>
#25	<p><i>Lorsqu'un département de santé publique est formé dans un centre hospitalier, les responsabilités attribuées au directeur des services professionnels par les articles 203-204-205 sont exercées par le directeur de santé publique nommé conformément à l'article 372 à l'égard du département de santé publique et de son chef, à moins que le contexte ne s'y oppose.</i></p> <p><b>Plusieurs clarifications nécessaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que veut dire « à moins que le contexte ne s'y oppose et avec les adaptations nécessaires » ?</li> <li>• Qu'en est-il de l'article 271 (LSSSS) justement modifié par l'article 27 (PL130) ?</li> </ul>
#27	<p><i>Lors d'une demande de renouvellement, le directeur général doit de plus, avant de saisir le conseil d'administration de la demande, obtenir un avis du directeur des services professionnels quant au respect par le médecin ou le dentiste des termes apparaissant à la résolution visée à l'article 242.</i></p> <p><b>Commentaire :</b> Il s'agit d'une diminution des pouvoirs des CMDP et d'une augmentation de pouvoir du DSP; s'agit-il donc aussi d'un accroissement des pouvoirs des DSPu à cet égard ? Ce n'est pas explicitement mentionné dans l'article 25.</p> <p>Si la même personne a vraiment tous les leviers sur les médecins du département de santé publique, nous nous retrouvons dans les faits dans une situation équivalente d'employés, mais sans aucune protection.</p>
#28	<p><i>1°... les obligations rattachées à la jouissance des privilèges et l'engagement du médecin ou du dentiste à les respecter.</i></p> <p><b>Questions :</b> Réfère-t-on à un jugement porté sur les actions médicales et dentaires dans l'exercice de leurs fonctions par le DSP (ou DSPu) ? Quel recours existe-t-il en cas de litige (le tribunal administratif du Québec dans les 60 jours ?) ?</p>
#32	<p><i>1°... par la suppression, à la fin du 1<sup>er</sup> alinéa de « qui agit aussi comme chef de tout département clinique de santé publique » ;</i></p> <p><b>Commentaire :</b> Cette modification est demandée par les Fédérations depuis décembre 2009. Un moratoire ad hoc est effectif depuis, selon le bon vouloir des comités de sélection des établissements. Ceci dit, le département aura alors maintenant légalement droit à son chef, mais ce dernier a maintenant tous pleins de liens de dépendance avec une seule</p>

	<p>personne qui, de surcroît, peut lui demander d'exécuter tout mandat qu'il détermine. Plusieurs chefs consultés disent qu'ils ne continueront pas dans ces conditions, même avec rémunération.</p>
	<p>2°... par le remplacement de « peut exiger la participation d'une personne qui le représente » par « nommer une personne qui le représente ».</p> <p><b>Commentaire :</b> le ministre pourrait influencer le comité de sélection pour le choix d'un directeur de santé publique (mais il nomme toujours le directeur de santé publique).</p> <p>3° b)... par l'insertion après « formation en santé communautaire » de « ou une expérience de 5 ans de pratique en santé communautaire ».</p> <p><b>Suggestions :</b> Avec les responsabilités accrues du directeur de santé publique, il faudrait même augmenter la formation nécessaire pour accéder à ce poste. Il est nécessaire de viser que, partout, le directeur de santé publique soit un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive. Il faut également poursuivre le travail afin de lever les barrières au recrutement. Si un problème de recrutement est néanmoins anticipé, peut-être pourrait-on ajouter à l'exigence d'être spécialiste la mention « à moins que le contexte ne s'y oppose et avec les adaptations nécessaires ».</p>
#33	<p><i>Le directeur de santé publique est également responsable de confier tout mandat au chef de département clinique de santé publique.</i></p> <p><b>Clarifications nécessaires :</b> Pourquoi cet ajout ? Dans quel esprit ? Quel type de mandat ? Il est absolument nécessaire de préciser.</p>
#36	<p><i>Le ministre autorise tout projet de règlement du CA d'un établissement public, d'un CMDP, d'un CII, d'un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, d'un conseil des sages-femmes et d'un conseil multidisciplinaire, de même que celui d'un DRMG et d'un comité régional sur les services pharmaceutiques. L'autorisation du ministre peut être conditionnelle à ce que certaines modifications soient apportées au projet de règlement.</i></p> <p><b>Commentaire :</b> On relève ici une perte de pouvoir pour le CA, le CMDP, le DRMG et tout autre conseil ou comité professionnel. On relève aussi une intrusion du politique dans la gestion.</p> <p><b>Clarifications nécessaires :</b> Est-ce que cela inclut les règlements des départements ?</p>