

Janvier 2022

## Mémoire du Regroupement Québécois des Médecins pour la Décentralisation du Système de Santé (RQMDSS) sur le Projet de loi n° 11 (PL11)

**Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les  
médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre.**

### **1. LE RQMDSS**

Le RQMDSS s'est formellement constitué en novembre 2020 suite à la volonté des signataires d'améliorer la qualité de l'acte médical québécois à travers une gouvernance locale, flexible et décisionnelle. Nos 810 membres et les 800 000 citoyens qui nous appuient à travers leurs municipalités et/ou leur MRC ne demandent pas mieux que de recevoir les soins et services dont ils ont besoin près de chez eux, de façon bien organisée et humaine.

### **2. COMMENTAIRES SUR LES INTENTIONS DU LÉGISLATEUR**

Il faut revoir le rôle du médecin au sein du système de santé québécois pour accroître son efficacité et l'accès. Une réflexion similaire s'impose pour les autres corps professionnels en santé. Mettre le focus sur les médecins de famille actuellement épuisés et en pénurie nous semble une approche très parcellaire et particulièrement inquiétante car la solution aux problèmes actuels d'accès est plus large.

La gestion centralisée de la prise de rendez-vous et l'octroi ponctuel de rendez-vous médicaux aux patients proposés par le PL11 ont pour effet de remettre en question la base même de la médecine familiale, tout en faisant référence au terme « médecin de famille ». Est-ce l'intention du législateur de mettre fin à la médecine familiale au Québec?

Tel que proposé dans le PL11, le guichet d'accès à la médecine familiale séparera le suivi médical des familles et des proches. Il augmentera les distances à parcourir pour voir un médecin. Il mettra en péril le suivi des patients les plus vulnérables qui seront ballotés d'un médecin à l'autre sur de grandes distances. Il réduira l'autonomie des patients qui ne pourront plus choisir leur médecin et qui perdront la continuité des soins médicaux. Est-ce l'intention du législateur de mettre fin au mariage naturel entre les médecins de famille et les patients et de faire en sorte que la population d'un même quartier ou d'un même village soit forcée de consulter ailleurs, grâce aux décisions d'un guichet centralisé et inflexible qui ne prévoit pas de continuité médicale?

### **3. L'EXCELLENCE DANS LA QUALITÉ DE L'ACTE MÉDICAL SE CULTIVE DANS UN ENVIRONNEMENT QUE LE LÉGISLATEUR A L'OPPORTUNITÉ DE CRÉER**

#### *A. LA DÉCENTRALISATION*

Le RQMDSS est d'avis que le système de santé doit être décentralisé jusqu'au niveau de chaque réseau local de services. Ces réseaux locaux doivent être gérés par :

- i.* Un directeur-général adjoint;
- ii.* Un directeur des services professionnels;
- iii.* Un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- iv.* Une Table des chefs médicaux.

Chaque secteur populationnel bénéficiera alors d'une gestion de proximité, à l'échelle humaine, rapprochée du terrain. Les médecins connaîtront leurs gestionnaires, qui seront sur place.

Cette gouvernance décentralisée sera largement participative, pouvant s'ajuster et innover selon les besoins populationnels et les enjeux particuliers affectant la qualité de l'acte médical dans chaque réseau.

Au niveau des Conseils d'Administration des entités locales, le RQMDSS préconise la présence des municipalités et des MRC pour une représentation citoyenne, ainsi que la présence des représentants multidisciplinaires dont des pharmaciens, des dentistes et des médecins. Il faudra aussi mettre en place des liens directs avec les autres professionnels locaux. Lorsque ces joueurs essentiels seront autour de la table, les médecins joueront pleinement leur rôle, en complémentarité par rapport aux autres.

## *B. LA MODERNISATION DE LA GOUVERNANCE MÉDICALE*

La gouvernance médicale québécoise doit être modernisée avec comme objectif principal d'offrir un meilleur service à la population. La gestion médicale se fait encore largement en silo au détriment du fonctionnement à la fois des gestionnaires et des médecins : ceci doit changer. Certains médecins devraient être formés en gestion. Tous les médecins des réseaux locaux de services (RLS) doivent être pleinement intégrés dans la structure administrative locale.

## *C. LA DÉBUREAUCRATISATION*

La charge de travail administratif et clérical quotidien des médecins doit être grandement réduite afin de consacrer le plus de temps possible aux soins des patients<sup>1</sup>. Nous évaluons que le travail administratif d'un médecin de famille prend actuellement entre 1-2 heures par jour. Ces dernières années, l'hypercentralisation, le rajout de tâches informatiques et les très nombreux formulaires exigés par tous les pans de la société québécoise empêchent les médecins de famille de voir leurs patients. Les prescriptions d'exceptions auprès de la RAMQ, les demandes de consultation en spécialité et les nombreux formulaires d'arrêt de travail sont autant d'exemples du fait que l'accès au système de santé québécois soit maintenant basé sur la complétion de centaines de formulaires par les médecins de famille. Les nombreux postes non comblés dans les facultés de médecine

---

<sup>1</sup> *Médecin de famille et secrétaire médicale*, G Dechêne dans *Profession Santé*, le 20 juillet 2021.  
<https://www.professionsante.ca/medecin-de-famille-et-secretaire-medicale>

familiale québécoises ces années-ci sont en partie reliés à ce problème.

#### *D. L'HUMANISATION*

La souffrance des soignants est un phénomène de plus en plus reconnu en milieu de soins<sup>2</sup>. Nos recherches démontrent que les médecins du Québec souffrent de plus en plus de ne pas pouvoir soigner les patients à la hauteur de leurs capacités et habiletés. Les médecins de famille en particulier souffrent de la pénurie de leurs effectifs en 1<sup>e</sup> ligne, pénurie qui les force à refuser sans cesse des patients et à courir entre leurs tâches hospitalières et celles de la 1<sup>e</sup> ligne.

Le RQMDSS est d'avis que tout projet de loi impliquant les médecins doit tenir compte des exigences actuelles en plus de faire preuve d'empathie et de respect envers les soignants.

#### *E. UN CONTEXTE MULTI-DISCIPLINAIRE*

La qualité de l'acte médical étant notre première préoccupation, le RQMDSS est d'avis que :

- i. Le fait de viser uniquement les médecins de famille dans le PL 11 risque de mettre en péril la qualité des services donnés par ces médecins déjà très sollicités car :
  - Il existe une pénurie réelle d'omnipraticiens au Québec;
  - Les médecins de famille du Québec assument de nombreuses tâches hospitalières depuis plus de 15 ans. Si une telle polyvalence est nécessaire en milieu rural et parfois semi-urbain, ce n'est pas forcément le cas en milieu urbain. En fait, le Québec dépasse largement les autres provinces en termes d'heures de travail en milieu hospitalier, soit environ 40% du

---

<sup>2</sup> *La Souffrance des soignants*, Jean-Pierre Béland, nov 2009, Presses de l'Université Laval

temps professionnel contre approximativement 20% ailleurs au Canada.

- Les médecins de famille sont inondés par un travail administratif de plus en plus lourd;
- Les médecins de famille souffrent des exigences d'un système de plus en plus centralisé qui ne reconnaît pas les besoins et les réalités des milieux locaux; Pour être efficient, le suivi d'un grand pourcentage des patients peut – et doit – s'opérer dans un contexte multidisciplinaire, en réservant l'acte médical à ceux qui en ont besoin.
- En plus des professionnels présents dans les groupes de médecins de famille (GMF), le travail conjoint avec les équipes professionnelles des Centres locaux de services communautaires (CLSC) est essentiel.

*ii.* L'apport des spécialistes :

- En améliorant l'organisation de travail de la médecine spécialisée les patients seront vus et traités de façon plus appropriée. Les services spécialisés doivent entre autres être accessibles sans passer par les salles d'urgence et le suivi des patients stables doit surtout être fait par les médecins de famille.
- En faisant participer davantage les spécialistes aux soins hospitaliers, comme dans les autres provinces canadiennes, les omnipraticiens québécois seront dégagés pour servir la première ligne, non seulement au cabinet mais aussi à domicile pour les patients les plus vulnérables. Le suivi en médecine familiale permettra de réduire les séjours aux urgences et les hospitalisations des grands malades, surtout ceux avec une condition avancée et terminale.

## *F. UNE CULTURE STRUCTURÉE ET VALORISANTE POUR TOUS*

La gestion centralisée des rendez-vous telle que proposé par le législateur dans le Projet de loi 11 ne pourra pas à notre avis procurer aux patients le service dont ils ont besoin. En effet, une prise de rendez-vous efficace et appropriée nécessite une expertise terrain flexible et dynamique qui s'opère au sein d'une approche humaine et personnalisée.

Le RQMDSS invite le législateur à démontrer une écoute active des médecins de famille en clinique, de façon à créer une organisation de soins médicaux respectueuse des besoins des patients. Ce dont les patients ont besoin, ce sont des structures locales simples, solides, prévisibles, et humaines.

## *G. UNE INNOVATION OBLIGÉE*

La structure actuelle des CMDP doit être remise en question car elle est sous-performante. Nous suggérons au législateur qu'une étude des meilleures pratiques en évaluation de la qualité de l'acte médical, pharmaceutique et dentaire soit conduite au cours de la prochaine année pour viser un meilleur accès localement aux soins médicaux et une meilleure qualité de l'acte.

Les principes suggérés pour guider cet exercice sont :

- i. Une gouvernance locale adaptée à chaque réseau local de service;
- ii. Une gestion clinico-administrative pleinement intégrée;
- iii. Une participation citoyenne soutenue.

## **4. LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA MÉDECINE**

Le RQMDSS est frappé par les multiples enjeux actuels de la santé au Québec. Nous sommes convaincus que tous les corps professionnels ont des rôles complémentaires à jouer auprès de la population pour accroître

l'accès aux soins et l'efficacité des services. Les médecins doivent faire partie des décisions et de l'organisation locale des soins à tous les niveaux. Nous suggérons au législateur des états généraux de la médecine québécoise au cours des prochains mois.

## **5. RÉORGANISER LA PREMIÈRE LIGNE**

### *A. SORTIR DE L'HOSPITALOCENTRISME*

L'organisation de la médecine doit sortir de l'hospitalocentrisme actuel. La gouvernance locale décisionnelle préconisée par le RQMDSS permettra à chaque RLS de travailler de proche avec tous les intervenants du terrain.

### *B. TRANSITER VERS LES SOINS MÉDICAUX À DOMICILE*

Le Québec investit de plus en plus dans les soins à domicile mais il le fait sans services médicaux, sauf exceptions rares. Des équipes médicales intensives - avec garde 24 heures - doivent être redistribuées des milieux hospitaliers vers le domicile, les ressources intermédiaires et les résidences pour aînés, conjointement avec les médecins de famille, notamment ceux qui travaillent en CLSC. Les patients vulnérables à domicile désirent être soignés dans leur milieu de vie. Il est temps de déployer des services de proximité pour les plus grands malades, surtout ceux en fin de vie.

### *C. DONNER UN ACCÈS DE PROXIMITÉ AUX CITOYENS*

Au contraire de la gestion du GAMF suggérée par le PL11, les citoyens doivent pouvoir consulter et être soignés près de chez eux. Il est important de comprendre qu'une proportion importante des patients ne résident pas dans le territoire du GMF ou de leur médecin de famille grâce entre autres à de multiples déménagements au cours des années de suivi médical et l'impossibilité de se trouver un médecin de famille plus proche. Il en va de la logique même de la médecine de famille de pouvoir consulter un médecin près de chez soi, dans son quartier ou son village, et d'éviter les limitations causées par la distance et l'absence de transport public.

#### *D. PRÉSERVER LE CONCEPT DE LA MÉDECINE FAMILIALE*

Les médecins de famille de la province soignent plusieurs générations dans la même famille : c'est la définition même de la médecine familiale. C'est un plaisir autant pour eux que pour les patients d'accepter de nouveaux membres familiaux dans leur pratique. Or, tel qu'il est formulé, le PL11 séparera les familles et empêchera le choix tant des médecins que des patients.

Les évidences démontrent que le fait de connaître un patient accroît l'efficacité des soins médicaux et réduit les coûts en santé.

#### *E. ACCORDER UNE PLACE PARTICULIÈRE AUX PATIENTS VULNÉRABLES*

Une grande place doit être accordée en première ligne aux plus vulnérables de la société, que ce soient des vulnérabilités au niveau médical, psychologique ou social.

Ces patients ne peuvent pas être soignés comme les gens mieux nantis, les plus éduqués et ceux qui sont peu ou pas malades. Il s'agit particulièrement des patients suivants :

- i. Les patients en sévère perte de mobilité,
- ii. Les personnes âgées souffrant de nombreuses morbidités chroniques;
- iii. Les patients souffrant d'une maladie avancée et terminale;
- iv. Les patients avec des problèmes de santé mentale;
- v. Les jeunes familles;
- vi. Les personnes monétairement démunies;
- vii. Les personnes avec des déficiences physiques ou intellectuelles, incluant les troubles cognitifs;
- viii. Les patients analphabètes;
- ix. Les patients qui n'ont pas de moyen de transport;
- x. Les patients aux prises avec un problème de dépendance.

## *F. RENFORCER LE RÉSEAU DES CLSC*

Tout patient doit pouvoir se faire accorder des services nécessaires par son état par son CLSC (contraception d'urgence, seringues propres, travailleur social, logistique de RAMQ, etc). Les professionnels des GMF sont souvent hors territoire pour le patient : ils sont alors difficilement accessibles pour ceux qui ont des problèmes de transport ou de mobilité, incluant les grands malades et ceux avec des problèmes de santé mentale. Si le CLSC le plus près du patient ne peut pas donner les services requis, il doit diriger la personne au service approprié, toujours en respectant le principe de proximité.

## *G. FOURNIR UNE INFORMATISATION COHÉRENTE POUR OBTENIR UN ACCÈS RAPIDE*

Un système informatique simple et accessible à tous doit permettre de retracer la trajectoire des patients, les services qu'ils reçoivent et les délais pour obtenir ces services.

## *H. AUTORISER ET DIFFUSER LES ORDONNANCES COLLECTIVES DANS LA COMMUNAUTÉ*

On doit autoriser les ordonnances collectives dans chaque communauté de RLS, sans avoir à passer par les CMDP des établissements comme il est exigé actuellement (délais indus).

## *I. GÉRER LES GUICHETS D'ACCÈS AUX MÉDECINS DE FAMILLE AU NIVEAU LOCAL*

Chaque guichet d'accès doit être géré au niveau du RLS par du personnel local. Le triage doit être effectué selon les besoins locaux et il doit continuellement être mis à jour.

Les enfants à naître doivent pouvoir être inscrits avant leur naissance (fonction enlevée dans le GAMF centralisé). Le fait de réinstaurer ce seul

élément ferait en sorte que le législateur contribue à une enfance médicalement encadrée pour des générations futures de québécois.es.

Les personnes âgées et/ou atteintes d'une condition terminale doivent être priorisées : elles doivent être dirigées vers les équipes à domicile, y compris une équipe médicale intensive (garde 24 heures).

Les patients ne doivent surtout pas être abandonnés dans un immense système de « sans rendez-vous » déshumanisé et discontinu, tel que proposé par le PL11.

## **6. ANALYSER LES POLITIQUES PUBLIQUES AVANT LEUR ADOPTION**

Le RQMDSS est d'avis que les politiques publiques doivent être analysées, avant leur adoption par un organisme indépendant afin d'en évaluer les conséquences sanitaires et sociales. Cet examen doit être assuré par un organisme indépendant qui aurait également le mandat de rendre compte, au gouvernement ainsi qu'à la population, de la performance des réseaux de soins de proximité et du système de santé dans son ensemble. Nous sommes d'accord avec les propos du chercheur André-Pierre Contandriopoulos : « Cela nous permettrait de savoir ce qui fonctionne ou pas, et à quel coût, afin de faire des ajustements en conséquence »<sup>3</sup>. Les hauts gestionnaires de cet organisme indépendant seraient à contrat, imputables, comme actuellement dans certaines sociétés d'état.

## **7. PRODUIRE UN RAPPORT ANNUEL POUR LA POPULATION, PORTANT SUR LES SERVICES DONNÉS, INCLUANT LES SERVICES MÉDICAUX, AVEC DES OBJECTIFS PRÉCIS.**

Le ministère de la santé ontarien produit annuellement un rapport sur les services de santé donnés à la population (« *Measuring-up* »). Ce rapport au langage simplifié est destiné à l'ensemble de la population. Les schémas et les termes utilisés sont clairs. Les objectifs du ministère sont énoncés et chiffrés selon leur niveau d'atteinte pour la province et pour chaque région,

---

<sup>3</sup> *Sept chantiers pour l'accès aux soins de première ligne*, A-P Contandriopoulos dans *Profession Santé*, le 29 nov 2021. <https://www.professionsante.ca/sept-chantiers-pour-laccs-aux-soins-de-premiere-ligne>

année après année. Chaque objectif et ses indicateurs fait l'objet d'un descriptif de 2 à 3 pages, faciles à comprendre pour le citoyen. On y retrouve par exemple l'inscription à un médecin de famille, le pourcentage d'hospitalisations, la vaccination infantile, le pourcentage de décès à domicile, etc. Un tel service serait extrêmement utile pour les citoyens du Québec en plus de faire preuve de transparence au niveau ministériel.

## **8. CONCLUSION**

Notre plaidoyer en est une d'humanisation des soins de santé à travers une décentralisation du système de santé. Pour cela, nous demandons au législateur de prendre en considération les points énumérés ci haut.

Dans son état actuel, le PL11 exacerbera le dysfonctionnement actuel d'une multidisciplinarité déjà trop précaire en mettant le poids des failles de notre système de santé sur les épaules d'un seul corps professionnel – les médecins de famille - sans donner aux citoyens du Québec des solutions pérennes.

Les médecins de famille de notre regroupement sont conscients des lacunes actuelles de leur offre de service et ils veulent y remédier rapidement. Les solutions énumérées ci-dessus pourront améliorer l'accès à des services médicaux de qualité pour tous les citoyens québécois, tout en préservant pour les patients une approche personnalisée et humaine.

**Respectueusement soumis par le Conseil d'Administration du  
RQMDSS :**

**Dr Daniel Kaud**

**Président**

Interniste et intensiviste  
Hôpital Santa Cabrini  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**Dre Isabelle Lepage**

**Vice-présidente**

Omnipraticienne : médecin d'urgence et omni-intensiviste  
Hôpital Fleury et Hôpital du Sacré-Cœur  
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Dre Marie-Claude Blouin**

**Trésorière**

Ophthalmologiste  
Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel  
CISSS Montégérie-Est

**Dre Ruth Vander Stelt**

**Secrétaire**

Omnipraticienne  
CLSC Quyon et CH Pontiac  
CISSS de l'Outaouais

**Dr Félix Le-Phat-Ho**

**Administrateur**

Omnipraticien  
GMF le Trait d'Union, Delson,  
CISSS Montérégie-Ouest

**Dr Sylvain Genest**

**Administrateur**

Chirurgien général  
Hôpital régional de St-Jérôme

CISSS des Laurentides

**Dr Sylvain Bernard**

**Administrateur du conseil d'administration**

Interniste

Hôpital de Jonquière

CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

**Dr Michel Desjardins**

**Administrateur du conseil d'administration**

Omnipraticien

Groupe Intermed Chicoutimi

CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean