

MÉMOIRE DE LA FMOQ PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CONCERNANT LE PROJET DE LOI N° 15 :

Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux
plus efficace

Mai 2023



TABLE DES MATIÈRES

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC.....	3
INTRODUCTION.....	4
COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	5
Notre principe directeur : la collaboration	5
Ce à quoi nous nous opposons : la coercition.....	6
La valorisation de la médecine de famille.....	7
COMMENTAIRES PARTICULIERS À L'ÉGARD DU PROJET DE LOI N° 15.....	8
Santé Québec	8
La décentralisation	8
La conscription des médecins de famille : l'enjeu de l'autonomie professionnelle.....	10
Les avis de nomination en établissement : toujours davantage de contrôle.....	12
Les mécanismes d'accès : mise en garde.....	13
La fin des DRMG et le contrôle des comités de direction des nouveaux DTMF.....	14
Les plans d'effectifs médicaux des établissements et les plans territoriaux d'effectifs médicaux.....	15
CONCLUSION	17
RECOMMANDATIONS	19

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) est un syndicat professionnel.

Notre organisation est composée de 19 associations autonomes affiliées. Nous rassemblons les quelque 10 000 médecins de famille québécois.

Le docteur Marc-André Amyot est le président de la FMOQ.

À titre d'organisme représentatif légalement reconnu par l'État québécois, la Fédération négocie avec le ministre de la Santé les conditions de pratique de ses membres au sein du réseau public de soins de santé.

Nous avons cependant bien d'autres activités. Outre que nous soyons l'agent négociateur des médecins de famille dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, nous sommes des partenaires de premier plan au sein du réseau public en matière d'organisation des soins médicaux généraux sur l'ensemble de notre territoire.

Notre fédération est également cheffe de file en formation médicale continue au Québec. Nous sommes très fiers d'être l'éditeur de la revue phare *Le Médecin du Québec*.

La FMOQ est la voix des médecins de famille

INTRODUCTION

Nous remercions les membres de la commission parlementaire de nous donner l'occasion de livrer nos commentaires à l'égard du projet de loi n°15: *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.*

D'entrée de jeu, nous désirons dire que notre réseau de santé et de services sociaux a effectivement besoin d'être plus efficace. Il a besoin d'être amélioré. Pour peu que l'on prenne les bons moyens pour y parvenir, l'objectif visé est atteignable. Les Québécois sont en droit de s'attendre à beaucoup mieux du système.

Nous ne sommes pas réfractaires au changement, bien au contraire. Nous l'avons d'ailleurs démontré de façon éclatante au cours de la dernière année.

En ce qui concerne plus particulièrement l'organisation des services médicaux généraux, les ententes que nous négocions avec les représentants du gouvernement ont toujours pour toile de fond une gestion efficace des ressources médicales, une gestion des ressources qui a le souci de permettre à la population québécoise d'obtenir un meilleur accès aux services de notre réseau public de soins.

Lorsque le gouvernement travaille de concert avec nous, l'esprit de collaboration qui en découle permet à coup sûr de mobiliser et de rallier un maximum de médecins de famille afin de rendre plus efficace l'offre de soins. Une offre proche des citoyens, une offre qui leur soit accessible.

La FMOQ fait partie de la solution.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Notre principe directeur : la collaboration

Comme nous venons de l'évoquer en introduction, les médecins de famille donnent le meilleur d'eux-mêmes pour offrir aux Québécois, le plus efficacement possible, une gamme complète de services médicaux généraux.

L'accessibilité à nos services est l'une de nos plus importantes préoccupations.

Ces dernières années, alors que nous sommes en nombre insuffisant partout au Québec, nous n'avons eu cesse de contrer la pénurie de médecins de famille en travaillant sur des formules innovantes d'accès aux services. Nous avons notamment mis l'emphasis sur le travail d'équipe, sur l'interdisciplinarité.

C'est dans cette foulée que nous avons proposé au gouvernement, dans un esprit centré sur les besoins des patients, l'entente sur l'accessibilité qui a implanté, en 2022 à l'échelle nationale, l'inscription collective auprès de groupes de médecins de famille.

Cette entente, fruit de la créativité de nos équipes, a permis jusqu'à maintenant, en moins d'un an, d'inscrire collectivement 625 000 personnes auprès de groupes de médecins. Un nombre impressionnant qui dépasse largement les attentes.

Notre fédération ne s'arrête cependant pas là. Nous œuvrons quotidiennement pour que de nouveaux modèles d'organisation de services médicaux, tout aussi novateurs, puissent voir le jour dans les meilleurs délais. Des méthodes de gestion de la clientèle qui permettraient aux patients, au bon endroit, d'être encore mieux pris en charge par le bon professionnel.

Les médecins de famille ont à cœur d'assumer leur responsabilité populationnelle de concert avec les autres professionnels.

Pour en venir à proposer et à mettre en place des solutions d'avant-garde qui rallient un maximum de médecins de famille au sein du réseau, nous avons cependant besoin de la collaboration du gouvernement. Nous avons besoin de sa confiance.

Nous avons besoin de le voir revaloriser une spécialité médicale qui, depuis trop longtemps maintenant, peine à combler ses postes en résidence. Cette année encore, après le deuxième tour du Service canadien de jumelage de résidents en médecine, 67 postes demeurent vacants au Québec, tous en médecine de famille, aucun dans les autres spécialités.

Seule une approche constructive, fondée sur le travail en commun, apporte de bons résultats sur l'efficacité et la capacité de rendement des médecins de famille. La bonne manière d'aborder les défis est de le faire dans le respect et le partenariat, dans l'action commune.

La récente entente sur l'accessibilité constitue la parfaite démonstration de ce qui doit être la meilleure façon d'agir.

Ce à quoi nous nous opposons : la coercition

À l'opposé de ce que nous venons de décrire dans la section précédente, une approche autoritaire, centralisatrice, coercitive, menaçante et dans laquelle toute véritable négociation est évacuée, lance les mauvais messages auprès des médecins de famille.

Une telle façon d'agir nuit non seulement à l'efficacité des services que rendent nos membres, mais aussi, tout aussi grave, sinon plus, elle cause un tort sérieux à l'attrait que peut en soi présenter l'exercice de notre spécialité auprès des étudiants en médecine. Que dire également des craintes, fondées, de voir des médecins prendre des retraites anticipées? Au Québec, 26% des médecins de famille ont 60 ans et plus.

Un passé législatif récent, marqué notamment par les déplorables projets de loi n° 20 en 2015 (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*), et n° 11 en 2022 (*Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne et à améliorer la gestion de cette offre*), ont bien fait la preuve du caractère néfaste et dangereux d'une attitude autoritaire. Plusieurs aspects du 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*), adopté en 2017, ne sont pas en reste. Une attitude fondée sur la coercition et écartant le droit consacré des médecins de famille à la négociation collective. Une posture vainement agressive n'ayant pour but, sous de beaux discours, que de dicter unilatéralement des conditions de pratique.

Les problèmes d'accessibilité du réseau Québécois de la santé ne sont pas le fait d'un manque de coercition. Ils sont le fait d'un manque de planification et d'orientation à moyen terme. Manque de planification des effectifs médicaux nécessaire en première ligne, de planification du personnel infirmier nécessaire pour améliorer le travail interprofessionnel en première ligne et, surtout, manque de planification et d'orientation sans influence politique pour rendre plus attractive la spécialisation en médecine familiale.

La création de Santé Québec saura-t-elle renverser l'utilisation endémique et contre-productive d'outils de gestion axés sur la coercition ? Dans la forme actuelle soumise dans le projet de loi n° 15, il est permis d'en douter.

La valorisation de la médecine de famille

Dans la logique des propos qui précèdent, nous estimons important de faire remarquer au ministre de la Santé, avec insistance, que les changements majeurs qu'il envisage au niveau de l'organisation du réseau ne doivent donc pas avoir pour conséquence de dévaloriser la médecine de famille.

Au contraire, cette profession a un pressant besoin d'être valorisée.

Une approche négative risque d'aggraver la pénurie de médecins de famille et d'accentuer les départs prématurés à la retraite. Elle pourrait avoir des conséquences très négatives sur l'attractivité de cette profession auprès des étudiants en médecine, ceux-ci risquant alors de s'orienter davantage vers les autres spécialités médicales.

Le contenu du projet de loi n° 15 envers la médecine de famille doit donc être responsable et tenir compte de la réalité de l'exercice de cette profession.

COMMENTAIRES PARTICULIERS À L'ÉGARD DU PROJET DE LOI N° 15

Santé Québec

Selon le ministre, la création de Santé Québec vise à le libérer de certaines responsabilités quotidiennes, inhérentes au bon fonctionnement du réseau. Ainsi pourrait-il, selon ce qu'il souhaite, consacrer un maximum d'énergie à établir les politiques de santé, à voir à leur mise en œuvre et à les évaluer.

Nous ne sommes pas défavorables à la création de cette nouvelle structure. Elle pourrait possiblement faciliter la résolution de certains problèmes de coordination et d'efficacité au sein du réseau.

Nous pensons cependant que le succès de Santé Québec ne pourra être au rendez-vous sans une réelle décentralisation au chapitre de la gouvernance et des pouvoirs d'autorité. Des pouvoirs d'autorité qui devront se rapprocher des collectivités locales. À l'aide de personnes ayant la capacité d'organiser une offre de services médicaux de proximité, proches des populations à desservir au niveau communautaire et sensibles à leurs besoins.

Nous estimons aussi que le réseau gagnerait à faire de la place au conseil d'administration de Santé Québec et dans les conseils d'établissement à des représentants des organismes représentatifs des médecins. L'expertise médicale à l'égard des besoins de la population est probablement l'une des plus fines qui soit.

Cela posé, Santé Québec sera-t-elle à l'abri de toute intervention politique arbitraire? La lecture des articles 25 et 26 du projet de loi nous permet d'en douter : « *Le ministre peut, outre les pouvoirs que lui confie la présente loi, émettre une directive à Santé Québec portant sur l'administration, l'organisation, le fonctionnement ou les actions de celle-ci, y compris sur la gestion de ses ressources humaines, matérielles et financières.* » (art. 26).

La décentralisation

En 2014, à l'occasion de la présentation du projet de loi n° 10 sur l'abolition des agences de la santé et la création des CISSS et des CIUSSS, nous avons dit au gouvernement que l'exercice de centralisation qu'il proposait était une erreur. Nous lui avons recommandé de ne pas concentrer les pouvoirs. Par exemple, nous avons soulevé le fait que les nouveaux territoires des établissements étaient si immenses, que la coordination des services risquait de s'avérer difficile compte tenu des distances et des besoins particuliers des diverses communautés. Nous avons souligné que l'arrivée de CMDP surdimensionnés,

de comités surchargés de travail et de départements cliniques écartelés tous azimuts n'aideraient pas non plus à mieux faire fonctionner le réseau. Au contraire.

L'histoire nous a donné raison.

En effet, on a bien vu que les patients n'avaient pas tiré avantage de la centralisation. De fait, les ratées ont été nombreuses. Un programme d'accueil clinique mal organisé, une coordination déficiente entre différentes unités de soins, des corridors de services mal gérés, la démesure des établissements, l'éloignement de leurs multiples sites et le manque de coordination qui les caractérise, autant d'éléments nuisibles au bon fonctionnement du réseau.

Le ministre de la Santé a raison de croire que la formule organisationnelle actuelle nuit à la bonne prestation des services aux usagers. Avec le projet de loi n° 15, il dit vouloir changer la dynamique actuelle.

L'article 29 du projet de loi prévoit que Santé Québec doit appliquer un principe de subsidiarité selon lequel les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau approprié. De son côté, l'article 132 parle de gestion de proximité et d'obligation pour le président-directeur général d'un établissement de désigner, dans chaque installation, au moins une personne responsable de veiller à la bonne marche des activités et à la détection en temps utile des situations anormales.

Les principes qui se dégagent de ces dispositions devront toutefois être plus que des mots.

La ligne de conduite menant vers une véritable décentralisation devra être réellement appliquée et suivie. La décentralisation doit se réaliser de façon concrète et permettre, aussi, de donner aux citoyens une voix réelle au sein des structures.

Au niveau médical, il a beaucoup été question ces dernières années de voir à ce que la loi et sa réglementation puissent permettre la création de CMDP locaux, de départements et de services médicaux dirigés par des médecins sur une base locale. Les choix législatifs devront être à l'avenant de ces préoccupations. Symptôme de la taille démesurée de certaines structures, un regroupement québécois de médecins pour la décentralisation du système de santé, le RQMDSS, a même vu le jour il y a quelques années. C'est tout dire de l'état des choses.

Au demeurant, nous soulignons que la décentralisation pourra sans doute faire renaître le nécessaire esprit de corps et d'appartenance au sein de plusieurs installations dans le réseau partout au Québec. Actuellement, cela fait défaut.

Pour les médecins de famille, cet attachement de cœur et d'esprit est primordial. Malheureusement, l'avènement des mégastructures que sont les CISSS et les CIUSSS a

beaucoup affaibli le sentiment d'appartenance des médecins de famille et les gains d'efficacité qui en résultaient.

Les bénéfices tangibles tirés du sentiment d'appartenance à un établissement ne sont pas une vue de l'esprit. Ils sont réels.

Par ailleurs, nous avons bien noté dans le projet de loi n° 15 que l'actuel règlement sur l'organisation et l'administration des établissements sera éventuellement revu et actualisé (art. 1169). Cela est plus que souhaitable. Le futur règlement sera certainement une des clés de la décentralisation. Nous nous attendons d'ailleurs à ce que le ministre travaille de concert avec nous afin d'élaborer un nouveau règlement qui soit porteur pour tous, principalement pour les usagers du réseau.

La conscription des médecins de famille : l'enjeu de l'autonomie professionnelle

La lecture combinée des articles 379 et 380 nous amène à conclure que le projet de loi n° 15, à l'égard des médecins de famille, n'est rien d'autre qu'un dérivé du malheureux projet de loi n° 20 qu'un précédent gouvernement avait fait adopter en 2015. Autrement présenté, un retour aux navrantes méthodes mises de l'avant à cette époque. Des méthodes qui auront, entre autres dégâts, fait fuir des dizaines d'étudiants en médecine au départ intéressés par la médecine de famille, et poussé prématurément des dizaines d'autres à la retraite. Plus récemment, en 2022, le projet de loi n° 11 était issu du même bois.

Si le projet de loi n° 15 est adopté tel quel, tous les médecins de famille seront dorénavant obligés d'être membre des nouveaux départements territoriaux de médecine familiale (DTMF).

Pour être membre d'un tel département territorial, un médecin, outre qu'il pratique sur le territoire de ce département et qu'il facture le régime public, devra être titulaire d'un statut et de privilèges lui permettant d'exercer au sein de l'établissement auquel se rattache le DTMF.

Le non-respect de cette obligation sera frappé d'une peine sévère et sans appel: l'interdiction totale de facturer le régime public d'assurance maladie.

Nous ramenons ici le ministre au principe directeur qui anime notre fédération et que nous exposions précédemment dans ce mémoire : la collaboration.

Cette collaboration doit être bâtie sur la confiance. Celle qui permet de mettre en place des solutions porteuses, des solutions qui rallient un maximum de médecins de famille au sein du réseau.

Le type de collaboration qui a permis de créer l'entente sur l'accessibilité. Le genre d'entente qui rend plus attrayante la médecine de famille et qui met de l'avant la collaboration interprofessionnelle.

Malheureusement, pour ce qui concerne le milieu médical, les personnes qui conseillent le ministre sur la bonne façon de faire pour que notre système de santé et de services sociaux soit plus efficace, semblent être mal informées. Savent-ils seulement que 3000 médecins de famille ont une pratique exclusive dans des cliniques médicales de première ligne? Savent-ils seulement que ces médecins, en première ligne médicale, traitent des milliers de Québécois à tous les jours? Comprennent-ils que les cliniques médicales sont des entreprises privées? Pourquoi une telle mainmise sur ces cliniques? Pourquoi seulement les médecins et aucun autre professionnel de la santé exerçant en cabinet?

Devant une telle charge de mépris à leur endroit, combien de dizaines de médecins de famille exerçant exclusivement en cabinet et près de la retraite, considéreront mettre immédiatement un terme à leur carrière? Et que feront les autres?

Avec les articles 379 et 380 du projet de loi n° 15, le ministre ne fera rien d'autre que de briser l'entente sur l'accessibilité.

Si ce projet de loi doit notamment rendre plus efficace l'accès aux services médicaux que rendent les médecins de famille, le moyen retenu est le pire que le gouvernement pouvait choisir.

La grande perdante de l'opération sera la population elle-même.

Les nouveaux pouvoirs et les nouvelles obligations présentés seraient des atteintes directes à notre autonomie et à notre droit reconnu à la négociation de nos conditions de pratique.

La seule condition d'adhésion qui devrait se rattacher à l'appartenance à un DTMF est le fait de facturer le régime public d'assurance maladie dans le territoire du département. La question de la répartition des activités minimales qui devraient s'effectuer en établissement et hors établissement ne devrait se concevoir que dans le cadre d'une entente négociée. Elle est un corollaire du droit à l'association chez les médecins de famille.

Nous souhaitons sincèrement que le projet de loi n° 15 ne soit pas un nouveau coup de poing dans l'autonomie professionnelle et dans les règles déontologiques qui encadrent l'exercice de la médecine de famille.

Les articles 379 et 380 du projet de loi n° 15 doivent être revus et corrigés en fonction de ce qui précède.

Les avis de nomination en établissement : toujours davantage de contrôle

Actuellement, en vertu de la LSSSS et de sa réglementation, une demande d'avis de nomination, ou son renouvellement, doit obligatoirement passer par le filtre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et son comité d'examen des titres. Le projet de loi supprime ce processus.

En lieu et place, le projet de loi confie au PDG d'un établissement et à son directeur médical la responsabilité de s'occuper de cette procédure.

Le CMDP n'est plus concerné par la nomination, le renouvellement des privilèges et les obligations qui doivent se rattacher à ces derniers. Cela va à l'encontre de son rôle de vigie sur la qualité de la pratique en établissement.

Cette nouvelle approche soulève des questions légitimes à l'égard de la transparence requise dans la façon de procéder. Elle risque de générer des frictions par son aspect beaucoup plus opaque. Encore ici, on devine une envie excessive et inutile de contrôle.

Cette crainte, comme nous l'avons mentionné précédemment, se matérialise davantage à la lecture des articles 159 (2) et 201 du projet de loi. En effet, ceux-ci révèlent que les obligations qui pourraient se rattacher à l'exercice des privilèges feront pour l'essentiel l'objet d'une discussion entre le directeur médical de l'établissement et le directeur médical de médecine de famille du DTMF.

Pourrait-on penser que des privilèges en établissement puissent être conditionnés par des activités hors établissement et vice versa? Il est hors de question pour nous que l'on attente à l'autonomie professionnelle des médecins.

C'est donc dire que seules les personnes en autorité nommées par l'établissement pourront y aller de leur appréciation personnelle au sujet des obligations se rattachant aux activités d'un médecin. Le CMDP est sorti du processus. Loin de décentraliser les choses, le projet de loi n° 15, à ce niveau, les concentre davantage. Cela nous éloigne de la nécessaire participation des médecins à l'organisation des soins.

Il est pertinent de rappeler ici qu'en 2018, nous avons pourtant convenu d'une entente avec le gouvernement sur l'organisation clinique des établissements dans le cadre du projet de loi n° 130. Cette entente couvrait une foule de sujets, dont ceux liés à l'octroi des privilèges à un médecin de famille, à la nature des obligations s'y rattachant et à l'attribution d'un statut. Avec le projet de loi n° 15, cette entente est tablettée, voire déchirée. Cette situation est consternante. Qu'advient-il des importantes avancées qu'elle contenait? Le projet de loi n° 15, à cet égard, contrevient au droit d'association des médecins de famille.

Les articles 195 à 217 du projet de loi n° 15 et, plus largement, les conditions d'exercice de nos membres en milieu institutionnel, doivent faire l'objet d'une discussion particulière préalable avec la FMOQ, comme, du reste, tout projet de règlement qui pourrait éventuellement s'y associer.

Les mécanismes d'accès : mise en garde

Selon ce que nous apprend le projet de loi, des mécanismes d'accès aux services peuvent être mis en place par Santé Québec. À ce sujet, l'article 63 prévoit qu'un règlement, dont la teneur nous est inconnue, viendra éventuellement circonscrire le tout.

Le deuxième paragraphe de l'article 63 mentionne toutefois, de façon laconique, que le règlement pourra à tout le moins: « *prévoir l'obligation, pour tout professionnel de la santé ou des services sociaux appartenant à une catégorie qu'il détermine, d'utiliser tout système mis en place en application de cet alinéa et plus particulièrement déterminer la mesure dans laquelle un professionnel doit se rendre disponible au moyen d'un tel système (...).* »

Nous rappelons au gouvernement et au ministre qu'il y a à peine un an, par la voie du consternant projet de loi n° 11 (*Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne et à améliorer la gestion de cette offre*), on nous servait des dispositions de même nature. Ainsi pouvait-on lire qu'un règlement pourrait prévoir les exigences relatives à l'utilisation d'un système de prise de rendez-vous et déterminer le pourcentage des plages horaires de disponibilité d'un médecin qui devraient être offertes du lundi au vendredi, avant 8 h et après 19 h, ainsi que le samedi et le dimanche.

Nous avons avisé le ministre qu'il était très malhabile de nous brandir à nouveau la tristement célèbre Loi 20. Pour nous, c'était même illégal. Une façon de procéder qui aura tant dégradé, pour des années, la médecine de famille de première ligne au Québec.

Aujourd'hui, après avoir lu le projet de loi n° 15, nous croyons opportun de formuler la même mise en garde au gouvernement. Nous n'accepterons jamais que les moyens qui pourraient être utilisés pour accroître l'efficacité du réseau en matière d'accès aux services médicaux que rendent les médecins de famille en établissement ou hors établissement, soient motivés par la courte vue, la suspicion, l'autoritarisme, la discrimination, les pénalités et la négation des normes propres à l'exercice de la médecine de famille.

L'efficacité du réseau, en ce qui concerne les médecins de famille, passera par la conclusion d'ententes négociées de bonne foi, à l'abri de toute menace.

Nous recommandons au gouvernement de s'assurer que les vues législatives ou réglementaires qu'il pourrait vouloir privilégier à l'égard de la disponibilité des médecins de famille dans le cadre du régime public d'assurance maladie, aient d'abord été circonscrites par convention entre les parties négociantes.

La fin des DRMG et le contrôle des comités de direction des nouveaux DTMF

Les départements régionaux de médecine générale sont issus de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la LSSSS. En vertu de cette loi, les DRMG sont fondés sur une structure élective. Ce sont les médecins du territoire exerçant dans le régime public qui sont, grâce au droit de vote dont ils disposent, à la base de la composition du comité de direction du département.

Les médecins du territoire ont actuellement voix au chapitre sur la nomination du chef qui les dirigera.

Proposés par les médecins de famille eux-mêmes en 1998, les DRMG ont pour fonction de mettre de l'avant la cogestion médicale dans l'organisation des services médicaux généraux à l'échelle d'une région.

À titre de partenaires à part entière du réseau, ils sont à la base de la participation dynamique des médecins de famille dans la gestion et dans l'organisation des services. La présence des DRMG n'a eu, au fil des ans, que des effets bénéfiques sur l'accès aux services médicaux. L'approche professionnelle est la marque des DRMG. Leurs états de service sont irréprochables. Ils ont démontré leur grande capacité de ralliement.

Alors que les DRMG comptent parmi les organes les plus fonctionnels et performants du réseau, le gouvernement, par la voie du projet de loi n° 15, voudrait maintenant les affaiblir pour mieux les contrôler.

En effet, l'article 374 prévoit que les chefs des nouveaux DTMF seront nommés par les PDG des établissements. Ils ne seront plus issus du processus électoral auquel participent actuellement tous les médecins de la base.

Cette décision est pour nous contraire au bon sens. À notre avis, elle relève encore une fois d'un désir de contrôle totalement exagéré, fondé sur la défiance.

En nommant de simples exécutants aux postes de dirigeants des DTMF, certains pensent qu'ils rendront le réseau plus efficace. Ils croient qu'ils pourront ainsi superviser au maximum les activités médicales des médecins.

Malheureusement pour eux, ils se trompent sur toute la ligne.

Mettre à mal cette structure régionale élective, crédible, neutre, qui a la confiance des médecins sur le terrain et la remplacer par des directions territoriales désignées, sous l'autorité des établissements, est l'opposé d'une dépolitisation et d'une volonté de collaborer.

Le ministre mesure mal à quel point ce changement dans la gouvernance des départements régionaux sera mal reçu par la base.

L'affaire est loin d'être anecdotique. Il ne ressortira de l'exercice ministériel, s'il est maintenu, que méfiance, démotivation et désintérêt pour la cogestion médicale. De fait, le choix gouvernemental de procéder à la nomination du chef du DTMF par les autorités du réseau est désolant. Il fera beaucoup de tort au réseau.

Les actuels DRMG fonctionnent bien et ils font de l'excellent travail. On a vu à quel point ils ont joué un rôle crucial dans la gestion de la pandémie. Le succès de l'entente sur l'accessibilité, par ailleurs, ne serait pas ce qu'il est sans eux. Les DRMG n'ont pas besoin d'être sous le contrôle d'un établissement, ils ont besoin d'être reconnus à titre de collaborateurs.

Nous invitons le gouvernement à revoir sa position à cet égard et à corriger la dynamique de gouvernance des DTMF qu'il souhaite implanter.

Les plans d'effectifs médicaux des établissements et les plans territoriaux d'effectifs médicaux

L'article 195 du projet de loi prévoit que le PDG et le directeur médical d'un établissement élaborent et soumettent au président et chef de la direction de Santé Québec un plan des effectifs médicaux de l'établissement.

Ce plan serait approuvé par Santé Québec. Les chefs de département clinique où sont offerts des services spécialisés ou surspécialisés doivent être consultés. On ne parle cependant pas à cet article de consulter le chef du département clinique de médecine générale en ce qui concerne son département et les services de médecine qui s'y rattachent. Le projet de loi doit être corrigé à cet égard.

De leur côté, les plans territoriaux sont établis par Santé Québec (art. 405). Les départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée sont consultés. Le ministre de la Santé doit approuver les plans. Un nouveau plan est fixé au moins tous les trois ans (art. 406).

Pour assurer le respect des plans territoriaux ayant été élaborés, une entente peut être convenue avec nous pour ce qui concerne la médecine de famille (art. 408).

À la lecture, nous retrouvons donc dans le projet de loi n° 15 la même mécanique, pour ainsi dire, que celle qu'établit actuellement la LSSSS.

Puisque le projet de loi n° 15 maintient un mécanisme consensuel de respect des plans régionaux, nous profitons de l'occasion pour souligner au ministre que toute entente à revoir à cet égard devrait être fondée sur des principes qui encouragent, motivent ou stimulent un médecin à s'installer en région éloignée ou dans un milieu rural.

Les mesures coercitives du passé n'ont donné aucun résultat probant. Au contraire, comme nous l'avons souvent relevé, ces moyens auront nuit plus qu'ils n'auront aidé.

Par ailleurs, nous notons que l'article 411 du projet de loi prévoit l'élaboration annuelle, au-delà de ce que mentionne déjà l'article 405, d'un plan de répartition spécifique des médecins de famille en première ligne.

Nous comprenons mal l'introduction de cette disposition particulière pour les médecins de famille. Nous voyons encore d'un plus mauvais œil la capacité qu'aurait le ministre, en vertu de cet article, de déroger au plan territorial d'effectifs. Ce pouvoir nous paraît être exagéré et peut donner lieu à des décisions questionnables, voire à des dérives. Nous l'avons déjà vécu récemment. Pourquoi encore une fois les médecins de famille doivent-ils faire l'objet d'un traitement particulier?

Nous demandons que l'élaboration des plans territoriaux d'effectifs médicaux demeure sous la supervision consultative du comité bipartite apolitique composée de représentants de notre fédération et de représentants des autorités gouvernementales.

Pour sa part, la question de la bonne répartition des effectifs dans chacune des régions québécoises, doit demeurer dans le strict giron de la négociation. Cette distribution devant, à l'avenir, être fondée sur de nouvelles mesures convenues par les parties.

CONCLUSION

Il y a place à amélioration au sein de notre système de santé, tous en conviennent.

Comme nous le mentionnions d'entrée de jeu, nous ne sommes nullement réfractaires au changement. Celui-ci n'est toutefois possible que dans la collaboration.

À cet égard, plusieurs axes collaboratifs FMOQ-MSSS ont fait leurs preuves au cours des dernières années, tout particulièrement depuis la terrible pandémie qui nous a tous frappés en mars 2020.

Dans ce contexte, pourquoi démanteler une cogestion éprouvée entre la médecine de famille et le système de santé par une loi expulsant les médecins de paliers décisionnels qui leur permet de contribuer à l'amélioration des soins offerts? Cette intention du législateur, exprimée dans plusieurs articles du projet de loi 15, nous apparaît illogique et doit être remise en question.

L'autonomie professionnelle des médecins, leur capacité à s'impliquer localement et à faire entendre leur voix, le respect de l'esprit des ententes convenues de bonne foi et le respect du droit à l'association, sont des principes qui nous sont chers. Malheureusement, le projet de loi, tel qu'actuellement rédigé, utilise à l'endroit des médecins de famille, de manière inutile, une approche coercitive qui s'oppose à une gestion efficace et responsable du réseau. Une façon de faire empreinte d'un regrettable manque de vision.

Tel qu'exprimé plus tôt dans ce mémoire, notre réseau de la santé peine non pas parce qu'il manque de coercition, mais plutôt parce qu'il manque de planification et de collaboration. Nous avons fait dans un passé récent de grandes avancées ensemble, notamment en première ligne de soins. Le gouvernement doit continuer à privilégier cette voie. Malgré la pénurie de ressources médicales, nous cherchons toujours à aller de l'avant. Nous espérons que les élus auront cette idée en tête tout au long de leurs travaux en commission parlementaire.

Le ministre ne doit jamais perdre de vue l'importance de la notion du quadruple objectif qui vise à optimiser l'efficacité du système de santé par :

1. L'amélioration de la santé de la population
2. L'amélioration de l'expérience des patients
3. La réduction des coûts
4. Le bien-être des ressources humaines

Ce dernier est un indicateur de qualité important chez tous les professionnels, incluant les médecins. Le projet de loi n° 15 occulte ce facteur à l'égard des médecins. S'il reste tel

quel, il ne fera qu'éloigner les médecins du sens de leur travail. Travail basé sur les soins de proximité, l'autonomie professionnelle, la gestion participative et la collaboration. Ce qui inclut la nécessaire collaboration avec les autres professionnels au sein de notre réseau public.

En terminant, nous tenons à souligner que le projet de loi ne parle que de médecine familiale et de médecine spécialisée. De fait, surtout au niveau législatif et réglementaire, on devrait toujours parler de « médecine de famille ». La nuance est importante car la réglementation du Collège des médecins prévoit que la médecine de famille (et non la « médecine familiale »), est une spécialité médicale parmi les autres.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons au ministre :

1. De délaissier la coercition et de choisir la collaboration;
2. Valoriser la médecine de famille;
3. D'abroger les projets de loi n° 20 et n° 11;
4. De corriger les articles 379 et 380 du projet de loi pour en effacer toute obligation d'obtenir un statut et des privilèges en établissement pour les médecins qui pratiquent exclusivement en cabinet.
5. De modifier son projet de loi de façon à ce que la seule condition d'adhésion qui doive se rattacher à l'appartenance à un DTMF soit le fait de facturer le régime public d'assurance maladie dans le territoire du département;
6. D'avoir des discussions préalables particulières avec la FMOQ au sujet des articles 195 à 217 du projet de loi et, plus largement, au sujet des conditions d'exercice de nos membres en milieu institutionnel, comme, du reste, tout projet de règlement qui pourrait éventuellement s'y associer;
7. De redonner au CMDP ses responsabilités entières à l'égard de la nomination, du renouvellement des privilèges et des obligations qui doivent se rattacher à ces derniers;
8. De revoir sa position à l'égard de la gouvernance des DTMF qu'il souhaite implanter et de laisser le processus électoral décider du sort de la chefferie de ce département;
9. De s'assurer que les vues législatives ou réglementaires qu'il pourrait avoir à l'égard de la disponibilité des médecins de famille dans le cadre d'un mécanisme d'accès aux services médicaux généraux, aient d'abord été circonscrites par les parties négociantes;
10. De modifier l'article 195 du projet de loi afin que le chef du département clinique de médecine générale soit également consulté sur le plan des effectifs de son département;

11. De faire en sorte que les plans territoriaux d'effectifs médicaux demeurent sous la supervision de l'actuel comité de gestion bipartite et apolitique;
12. De faire en sorte que la question du respect des plans territoriaux d'effectifs médicaux demeure dans le strict giron de la négociation;
13. De nommer au conseil d'administration de Santé Québec et des conseils d'établissement, des représentants des organismes représentatifs des médecins;
14. De changer les mots « médecine familiale » par les mots « médecine de famille » partout dans le projet de loi.