

MÉMOIRE DE L'AMOLL

PRÉSENTÉ À

La Commission de la santé et des services
sociaux

CONCERNANT LE PROJET DE LOI 15 :

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

TABLE DES MATIÈRES

Présentation et introduction	1
Attractivité de la médecine de famille	2
Collaboration durant la pandémie	3
Entente sur l'accessibilité	4
Concentration du pouvoir entre les mains du directeur médical (DM) et du président-directeur général (PDG)	5
Obligation d'obtention de privilèges en établissement pour tous les médecins : réduction de l'offre en première ligne	7
À saveur locale, pour une gouvernance de proximité	8
Conclusion	9

Présentation et introduction

Association régionale constituante de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), l'Association des médecins omnipraticiens Laurentides-Lanaudière (AMOLL) représente plus de 1000 médecins de famille oeuvrant sur les territoires des Laurentides et de Lanaudière. Elle représente la deuxième association régionale la plus importante en nombre de la FMOQ.

Tout en veillant à un meilleur environnement de travail pour les médecins de famille des Laurentides et de Lanaudière, l'AMOLL défend les droits et intérêts économiques, sociaux, moraux et scientifiques de ses membres dans tous les secteurs de pratique. Elle organise de plus des activités d'information, d'échange et de formation à leur intention, sur une base régulière, et leur offre différents services en matière de conseil, de soutien et de représentation.

De façon complémentaire au mémoire présenté par la FMOQ et à la suite de discussions avec Mme Lucie Lecours, députée de Les Plaines et présidente du caucus de Lanaudière, l'AMOLL vous soumet ce court mémoire, lequel comprend quelques exemples précis des répercussions possibles du projet de *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, ci-après appelé le projet de loi no 15, dans nos régions - un territoire déjà fragilisé par la pénurie de personnel et le manque d'investissement dans ses infrastructures, impactant de façon préoccupante nos patients et concitoyens.

Nous vous remercions de nous permettre de partager nos commentaires quant à ce projet de loi - une épée de Damoclès au-dessus de la tête de nos membres, des médecins de famille dévoués et injustement inquiets, surtout lorsqu'on considère leur grande collaboration durant la pandémie et dans la réussite de l'entente sur l'accessibilité.

Les études ont démontré qu'un système de santé performant repose sur une première ligne forte et la prévention.

Soyons collaboratifs et ensemble, trouvons de réelles solutions pour améliorer le système de santé et de services sociaux, des solutions concrètes et réalistes qui permettront de valoriser la première ligne - les médecins de famille, mais aussi les autres professionnels - et qui ne pénaliseraient pas davantage nos patients, déjà suffisamment brimés par un manque d'accès aux soins.

Attractivité de la médecine de famille

Pour fortifier la première ligne, il importe de générer de l'attractivité pour la médecine de famille. 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*, ci-après appelée le projet de loi no 20, a causé un traumatisme pour la grande majorité de nos membres et des médecins de famille partout dans la province. Ces séquelles se font d'ailleurs toujours ressentir; depuis ce temps, on peine à combler les postes en médecine de famille au Québec.

Rappelons-le : au Québec, 67 postes de résidence en médecine de famille (comparativement à 33 pour tout le reste du Canada) sont restés vacants après le deuxième tour du Canadian Resident Matching Service (CaRMS) encore cette année, pour un total de 536 depuis 2013. Notons par ailleurs qu'aucun poste dans les autres spécialités n'est resté vacant au Québec.

La FMOQ évalue la pénurie sur le terrain à au moins 1 100 médecins de famille - des chiffres inquiétants qui confirment l'urgence d'agir pour contribuer à l'attractivité de la médecine de famille et, ultimement, à un meilleur accès aux soins.

Le projet de loi no 15 et ses trop nombreuses dispositions, nuisant entre autres à l'autonomie professionnelle des médecins de famille, contribuera lui aussi à cette désaffection et pénurie, favorisant malheureusement l'exode de forces vives vers le privé ou vers d'autres provinces canadiennes et le départ précipité à la retraite de nombreux médecins. Rappelons que 26 % des médecins de famille actifs au Québec ont plus de 60 ans et quitteront donc pour la retraite dans les prochaines années ou même avant, selon les conditions de pratique - des ressources qu'il faut tenter de préserver considérant les besoins et le manque d'accès.

Collaboration durant la pandémie

Durant la pandémie, nos départements régionaux de médecine générale (DRMG) ont su mobiliser, avec la collaboration de l'AMOLL, les médecins de famille des Laurentides et de Lanaudière.

Ces chefs, élus par leurs pairs, ont agi en leader et, tous ensemble, les médecins de famille des Laurentides et de Lanaudière, en plus d'augmenter leurs plages de sans rendez-vous dans les groupes de médecine de famille (GMF) et cliniques, ont prêté main-forte partout : hospitalisation COVID et non COVID, urgences, CHSLD, cliniques désignées d'évaluation COVID (CDE), etc. Des médecins de famille sont même allés aider la nuit, sur les étages, pour accomplir des tâches médicales élargies, en plus de leurs tâches médicales régulières. Un rythme de travail impressionnant qui fait foi de l'engagement des médecins dans l'amélioration de l'accès aux soins et le mieux-être de la collectivité.

Évidemment, la pandémie était une situation extraordinaire... et elle demandait une réponse extraordinaire. Dans un climat de solidarité et de confiance, les médecins de famille ont répondu présent.

Il s'agit ici d'un exemple du dévouement des médecins, qui ne sont pas contraints, comme employés, d'accomplir une tâche spécifique, mais qui agissent en professionnels avec une conscience sociale et qui mettent l'épaule à la roue, de leur plein gré et avec leur créativité, pour la population, lorsqu'un besoin est soulevé et que des solutions viennent de la base.

Au contraire, nous avons été à même de constater les limites et dommages du délestage, c'est-à-dire le déplacement, contre son gré, d'un professionnel de son poste habituel vers un autre poste, effectué par les CISSS. Cette méthode contraignante n'a donné qu'autour de 30 % des effets escomptés.

Dans sa forme actuelle, avec toutes ses contraintes, le projet de loi no 15 offre tous les ingrédients à la mise en place d'un environnement de travail inspiré du délestage : une recette gagnante pour démobiliser les troupes en laissant peu de place à l'autonomie et à la créativité. Dans un contexte où les ressources sont insuffisantes pour répondre à la demande et aux besoins, nuire à l'esprit de collaboration n'est pas souhaitable.

Entente sur l'accessibilité

Au printemps 2022, avec la pandémie qui s'étirait, les médecins de famille étaient à bout de souffle et les inscriptions individuelles de patients déclinaient. Le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) continuait de se remplir, mais heureusement, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la FMOQ sont parvenus à une entente qui a permis d'offrir un accès à plus de 600 000 Québécois, dont plus de 50 000 dans les régions des Laurentides et de Lanaudière, via le Guichet d'accès à la première ligne (GAP). L'entente procure également des soins en moins de 36-72 heures pour les situations urgentes des patients inscrits individuellement auprès d'un médecin de famille.

En outre, bien que le pourcentage d'appels au GAP orientés vers le médecin de famille reste à améliorer (+/-50 % actuellement dans les Laurentides et Lanaudière alors que nous visons plutôt 30 %), il est démontré que le médecin de famille, via le GAP, est le professionnel le plus accessible dans notre région. C'est d'autant plus remarquable que nos régions souffrent d'un manque de médecins de famille (et de médecins spécialistes) parmi les plus criants au Québec.

De façon collaborative, c'est donc dire que la négociation de l'entente sur l'accessibilité a porté fruit, sans avoir à recourir à une loi, avec l'adhésion volontaire des médecins de famille. Aujourd'hui, nous pouvons dire que cette entente est une réussite.

C'est dans ce contexte que les médecins de famille des Laurentides et de Lanaudière, mais aussi de partout au Québec, reçoivent le projet de loi no 15. Ils ont fait tout ce qu'on leur avait demandé et ne s'attendaient pas à être autant ciblés par ce projet de loi qui leur rappelle le projet de loi no 20 et ravive des blessures.

Après la stupeur, l'incompréhension et le découragement, les médecins de famille des Laurentides et de Lanaudière souhaitent qu'on leur présente une vision positive de l'avenir du système de santé et des services sociaux. Ils sont prêts à contribuer au développement d'une organisation de soins innovante en collaboration avec la FMOQ, le MSSS et tous les intervenants du milieu de la santé et des services sociaux.

Nous vous invitons à consulter les solutions proposées par l'AMOLL en juin 2022, à la suggestion de M. Louis-Charles Thouin, député de Rousseau. Ce tableau récapitulatif, fruit de la réalité du terrain, présente différentes pistes de solutions pouvant être appliquées localement et partout au Québec pour permettre un meilleur accès aux soins, réduire les irritants et améliorer de façon générale le système de santé et des services sociaux.

Concentration du pouvoir entre les mains du directeur médical (DM) et du président-directeur général (PDG)

Récemment, les médias nous ont appris que l'hôpital de Lachine, à la suite de pressions de son Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), du DRMG et de la communauté pourra heureusement conserver sa vocation communautaire.

Parallèlement, dans notre région, l'hôpital de Lachute vit un peu les mêmes enjeux alors que le CISSS des Laurentides annonçait aux médecins, via un courriel envoyé le 24 avril dernier, un projet pilote de réduction des heures de service de la radiologie entre 20 h et 8 h entrant en vigueur le jour même, et ce, pour une période de 30 jours.

Étonnés et préoccupés pour l'avenir de leur hôpital, ce sont les médecins qui ont appris ce projet pilote à la population et aux élus locaux et qui ont demandé à ce que les services soient rétablis promptement pour éviter de compromettre la qualité des soins prodigués entre 20 h et 8 h.

Ce type de réduction de services remet en question la pratique médicale dans un lieu moins bien pourvu en plateaux techniques, mais où les besoins sont grands, et engendre souvent un exode des médecins, inquiets pour leurs patients. Ultimement, faute de ressources, cet exode entraîne une perte additionnelle de services pour la population locale, ce qui n'est pas souhaitable.

À la suite de pressions des médecins, des élus et des citoyens et après une rencontre avec le CISSS, ce dernier s'est engagé à trouver des solutions pour maintenir les services de radiologie.

Avec le projet de loi no 15, les médecins de Lachute, tout comme ceux de Lachine, n'auraient probablement pas pu décrier cette situation, étant sous l'autorité du DM et du PDG; des sanctions d'insubordination auraient pu leur être imposées et au final, ce sont les patients et la communauté qui auraient été pénalisés.

Rappelons que pour facturer à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), tel que proposé par le projet de loi 15, les médecins devront tous obtenir des privilèges en établissement - une demande de privilège qui devra être adressée au DM puis acceptée par le PDG. Un lien de subordination s'installe donc, car les privilèges ne seront plus accordés par un comité des titres du CMDP, mais directement par un individu, le DM, qui relève du PDG. Cette concentration de pouvoir a de quoi inquiéter.

Dans sa forme actuelle, le CMDP, qui fait office de « mini ordre professionnel », un peu à l'image du Collège des médecins du Québec, au sein de l'établissement, accorde les privilèges, veille à la qualité de l'acte et se charge du comité de pharmacologie. Élu par les pairs, indépendant et répondant au conseil d'administration de l'établissement et au PDG, notamment en raison de son expertise, le CMDP répond adéquatement aux besoins; son rôle est essentiel et pertinent. Pourquoi vouloir le changer? Concentrons-nous plutôt sur la véritable préoccupation : le manque d'accès aux soins.

Pour les mêmes raisons, nous préconisons d'ailleurs le maintien d'un chef de direction territoriale de médecine familiale (DTMF) élu par ses pairs et redevable au PDG, non sous la gouverne du DM : cela lui donne la légitimité d'exercer un leadership rassembleur plutôt que d'instaurer un régime de subordination.

À tout concentrer dans les mains d'un individu, on risque des dérives, même chez les meilleures personnes. Des contre-pouvoirs sont nécessaires.

Obligation d'obtention de privilèges en établissement pour tous les médecins : réduction de l'offre en première ligne

Depuis plus de 30 ans, les nouveaux facturants en médecine de famille doivent effectuer des activités médicales particulières (AMP) et les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) se sont ajoutés avec les années : d'abord par région puis par sous-régions, complexifiant de plus en plus l'entrée en pratique des nouveaux médecins. La durée actuelle des AMP est de 15 ans et le fait de ne pas adhérer aux AMP provoque une perte de 30 % sur le revenu du médecin. Ne serait-il pas temps de revoir ce fonctionnement contraignant et de penser en dehors de la boîte de façon positive et axée sur les réalités du terrain?

Avec le projet de loi no 15, c'est 100 % du revenu qui sera amputé si le médecin refuse d'adhérer aux privilèges en établissements ou si le DM lui refuse les privilèges. L'article 201 décrit les obligations assorties à ces privilèges obligatoires, incluant « les périodes que le médecin ou le dentiste doit chaque année consacrer à l'exercice de sa profession au sein de l'établissement. »

On comprend ici qu'avec le projet de loi no 15, l'hospitalo-centrisme règne toujours et que des médecins n'exerçant qu'en cabinet depuis plus de trois ans pourraient se voir imposer des tâches en établissement contre leur gré, ce qui nécessiterait des formations supplémentaires et contribuerait à la démotivation de ces médecins, tout en réduisant l'offre de services en première ligne aux patients.

Rappelons-nous : un système de santé et de services sociaux performant repose sur une première ligne forte.

Or, réitérons-le, il y a fort à parier qu'avec le projet de loi no 15, plusieurs médecins chercheront à migrer vers d'autres provinces canadiennes, le privé, la retraite ou une réorientation de carrière. Déjà, nous assistons à une hausse des médecins se tournant vers le privé, particulièrement dans les Laurentides, notamment pour pouvoir contrôler leur horaire et trouver l'équilibre.

Nous croyons ainsi que de négocier un programme qui remplacerait plus efficacement les AMP et les PREM - flexible et permettant un certain choix aux médecins - offrirait plus d'accès à la population que d'imposer des tâches à des médecins, lesquels seraient tentés de faire le minimum ou même de quitter le navire.

À saveur locale, pour une gouvernance de proximité

Nous croyons que chaque centre hospitalier dans les régions des Laurentides et de Lanaudière mérite son directeur des services professionnels adjoint (DSP-A), son CMDP, son président-directeur général adjoint (PDG-A) ainsi qu'un conseil d'administration actif où sont inclus des élus municipaux et des patients partenaires - les ingrédients du sentiment d'appartenance à la communauté, celle pour laquelle nous travaillons.

Même son de cloche du côté des fondations des établissements : il est impératif de clarifier l'article 96 du projet de loi no 15. Il faut s'assurer que les sommes recueillies ne peuvent être détournées vers le CISSS, Santé Québec ou autres. Dans la communauté, les fondations sont des leviers importants pour fournir des services et mobiliser les citoyens autour d'une même cause, la santé. Les équipes des fondations et les citoyens, interpellés pour donner et contribuer, doivent continuer d'avoir la certitude que leurs levées de fonds serviront à financer leurs projets locaux.

Conclusion

Pour un système de santé et de services sociaux plus efficace, vraiment?

Dans sa forme actuelle, nous croyons que le projet de loi no 15 ne représente pas une solution réaliste à l'optimisation d'un réseau brisé, bien que nous saluons la volonté du MSSS de vouloir changer les choses.

Mais encore faut-il vouloir changer les bonnes choses.

Il a été dit par le ministre que ce projet de loi était perfectible; c'est ce qui nous a motivé à vous écrire, à vous proposer d'autres solutions.

Des solutions concrètes qui se doivent d'être négociées dans un esprit de collaboration et non de coercition. Pour le mieux-être des patients, pour l'avenir du système de santé et des services sociaux.

Du côté des Laurentides et de Lanaudière, nous sommes convaincus que l'une de ces solutions réside dans l'ouverture : explorer les meilleures pratiques, ici comme ailleurs, et les importer chez nous en les adaptant à notre réalité. Issu du Bas-St-Laurent, le GAP, maintenant répandu partout au Québec, est un exemple de succès.

À l'instar de tous les Québécoises et Québécois, la population des Laurentides et de Lanaudière mérite qu'on la place au cœur d'un tel chantier - c'est pour elle que les médecins de famille se dévouent chaque jour.