

Mémoire de l'Association des pédiatres du Québec

Projet de loi no 15- Loi visant à rendre le
système de santé et de service sociaux plus
efficace

22 mai 2023



ASSOCIATION DES PÉDIATRES DU QUÉBEC

ASSOCIATION OF PEDIATRICIANS OF QUEBEC

C.P. 216, Succ. Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8

Tel.: 514 350-5127 – Téléc.: 514 350-5177 – Courriel : pediatrie@fmsq.org – Internet : www.pediatres.ca

PROJET DE LOI 15 – Mémoire présenté par l'Association des Pédiatres du Québec

Introduction et sommaire exécutif

Cette restructuration majeure du réseau de la santé, nécessaire et attendue, doit absolument être l'aboutissement d'une consultation approfondie des différents acteurs du réseau, dont les réalités sont aussi complexes que variables.

Les préoccupations de l'Association des pédiatres du Québec rejoignent assurément celles présentées le 9 mai dernier par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Toutefois, l'univers et les besoins uniques des enfants au sein du système de santé méritent que nous apportions de nouveaux angles de réflexion aux travaux en cours pour la bonification de ce projet de loi.

L'Association des pédiatres du Québec a pour mission de promouvoir et optimiser la pratique des spécialistes en pédiatrie pour leur permettre d'offrir des soins d'excellences aux enfants du Québec.

Nous comptons au Québec autour de 750 médecins spécialistes en pédiatrie, dont la plupart travaillent en pédiatrie générale. La majorité travaille en hôpital (87%), et le quart d'entre eux doivent faire le suivi de leurs patients en cabinets, malgré leur participation active à la garde en établissement. 13% des pédiatres travaillent en cabinet exclusivement (médecins hors PEM). Près de 22% des membres ont plus de 60 ans, et 45% ont plus de 50 ans. Une quarantaine de PEM sont actuellement non comblés dans les hôpitaux des 4 coins du Québec, ce qui signifie que les pédiatres en place maintiennent les services de 2^e et 3^e ligne à bout de bras.

Il est primordial de distinguer les notions de « médecine spécialisée en pédiatrie » et de « soins de santé donnés aux enfants ». L'expertise des pédiatres va bien au-delà, et la



complexité des cas s'est grandement majorée dans les deux dernières décennies (amélioration du pronostic et de la durée de vie de nombreuses conditions chroniques/complexes, ce qui entraîne des besoins plus lourds; augmentation de la charge en santé mentale...). Le nombre de pédiatres ne suffit pas à la tâche; les prises de retraites anticipées dans les prochaines années ne feront qu'amplifier le problème. Ces ressources limitées doivent être concentrées autour des soins de 2^e et de 3^e ligne, et nous ne pouvons nous permettre de perdre l'expertise des différents professionnels partenaires au profit de structures privées dont la mission diffère de la nôtre.

Voici, dans ce contexte, nos principales réflexions concernant le projet de loi 15, qui rejoignent assurément celles de la FMSQ, mais qui peuvent avoir un impact spécifique sur la pratique pédiatrique.

Nos recommandations sont les suivantes :

1. **Gouvernance** : La pédiatrie étant déjà fortement diluée au sein des hôpitaux adultes, il faut prévoir une voix plus forte des médecins au sein de la structure : encourager la cogestion médicale sur tous les paliers, maintenir les rôles et responsabilités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et assurer une communication fonctionnelle entre les chefs de service/ de département et le conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIETOC);
2. L'obligation de privilèges devrait venir avec l'obligation des établissements d'offrir aux médecins des lieux efficaces pour pratiquer, ou une subvention pour les cabinets que les médecins subventionnent présentement à même leur revenu;
3. Les plateaux techniques diagnostiques en pédiatrie sont composés de professionnels. L'accès à ces professionnels devrait donc faire partie des obligations de l'établissement envers les pédiatres;



4. Activité médicale particulière (AMP): la première ligne ne peut pas être envisagée comme AMP en pédiatrie. L'expertise des trop peu nombreux pédiatres est requise en hôpital et auprès de la clientèle lourde, complexe et évidemment moins lucrative. L'établissement des AMP devrait donc se faire après consultation des spécialistes concernés, dans une négociation de bonne foi avec la fédération;
5. Interdisciplinarité : L'intégration des autres professionnels, tels que les infirmières praticiennes spécialisées en soins pédiatriques (IPS-SP) doit se faire en collaboration et après consultation des spécialistes et professionnels au bénéfice de tous. Les balises des rôles de chacun doivent être mieux définies. Une attention doit être portée à l'aspect médico-légal;
6. Retirer les termes «entièrement, correctement et sans retard » de l'article 221 et l'imposition d'une sanction administrative à l'article 224, qui constituent une pression indue et inacceptable qui dénature la médecine et déshumanise les soins. Soulignons que les retards sont souvent imputables à l'environnement et aux ressources insuffisantes;
7. Le département territorial de médecine spécialisée (DTMS) ne peut représenter efficacement les 35 spécialités, mais encore moins la pédiatrie au sein d'un hôpital adulte. Il faut prévoir une représentation des différents profils de spécialités (pédiatrie; psychiatrie; de laboratoire, chirurgicales, médicales).



Gouvernance du réseau

La réalité des soins pédiatriques au Québec est méconnue et incomprise. La nouvelle organisation en conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sage-femmes (CMDPSF), conseil d'établissement, CIETOC et le rôle mal défini du responsable d'installation diluent considérablement l'influence des médecins, et plus spécifiquement ceux qui pratiquent la pédiatrie au sein de l'établissement. Ceci constitue une menace directe à la qualité et à l'offre de soins pédiatriques offerts au Québec.

En effet, **la réalité des soins pédiatriques et la voix des médecins qui pratiquent en pédiatrie, déjà fortement diluées au sein d'hôpitaux adultes**, ne sauront être entendues adéquatement dans cette nouvelle structure. **Il faudrait insister pour que la réalité des clientèles vulnérables telles que la clientèle pédiatrique soit non seulement prise en compte mais protégée et défendue au sein de ces nouvelles structures. Il faudrait que le CMDPSF soit davantage consulté et que la proportion de médecins au sein du CIETOC soit majorée. De plus, le DTMS doit pouvoir consulter efficacement des représentants des différentes spécialités pour que la réalité de chacune soit bien comprise.**

Par ailleurs, la réalité très particulière de la pratique en région et ses défis bien spécifiques sont déjà sous considérés et mal compris. Encore une fois, si les grandes orientations sont déterminées par Santé Québec, sans autonomie des professionnels sur le terrain, sans stimulation des initiatives locales, sans latitude décisionnelle des différents soignants, l'objectif de décentralisation ne sera qu'un vœu pieux. Nous ne pouvons qu'approuver le principe de subsidiarité visé par le projet de loi, mais sa concrétisation est mal définie dans la mouture actuelle.



Privilèges et conditions de pratique

Au cours des dernières décennies, de nombreux pédiatres, faute de place dans les hôpitaux, ont été contraints de travailler en cabinet privé afin d'effectuer le suivi de leurs patients. Tel que mentionné précédemment, 13 % des pédiatres œuvrent exclusivement en cabinet. Les frais associés à la gestion d'un bureau privé, subvention directe des services publics à même les revenus des médecins, ont explosé depuis la pandémie. De plus, avant février dernier, les tarifs en cabinets pour la pédiatrie étaient inférieurs à ceux de l'hôpital, et ce déséquilibre volontaire visait à limiter l'exode des pédiatres de l'hôpital vers le bureau privé. Les modifications de tarif ne compensent absolument pas les frais associés au travail en cabinet cependant, et **nous avons vu de nombreuses cliniques pédiatriques fermer leurs portes en périphérie de la région métropolitaine au cours des derniers mois**. Forcer l'obtention de privilèges en établissement pour l'ensemble des pédiatres risque de mettre davantage en péril cette offre de service, qui est nécessaire pour assurer un suivi spécialisé aux trop nombreux enfants aux prises avec des problèmes de santé chroniques et complexes, qui ne relèvent pas des centres tertiaires pédiatriques, mais qui ne peuvent non plus être confiés aux médecins omnipraticiens.

Dans le contexte où tous les médecins auront l'obligation de détenir des privilèges en établissement, qu'ils seront assujettis à de nouvelles obligations en lien avec ces privilèges, **les établissements doivent avoir l'obligation de fournir à ces médecins les conditions permettant une pratique efficace et accessible, soit une possibilité de travailler en établissement, ou un soutien financier pour assurer le maintien des cabinets privés.**

De plus, en lien avec l'obligation de créer des conditions favorables à l'accessibilité à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins, nous devons souligner que **les «plateaux techniques» pédiatriques sont souvent constitués de psychologues, psychoéducateurs, neuropsychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, nutritionnistes et travailleurs sociaux**. De la même façon que le neurochirurgien ne peut bien effectuer son



travail sans IRM et personnel dans son bloc opératoire, le pédiatre n'offre pas des services adéquats aux patients sans ces professionnels. Ainsi, les nouvelles obligations imposées unilatéralement aux médecins doivent s'accompagner de l'engagement sans équivoque de Santé Québec et des établissements à fournir les environnements, plateaux et support nécessaires à la réalisation de ces obligations.

Activités médicales particulières

Tel qu'expliqué précédemment, il y a souvent confusion entre « soins médicaux prodigués aux enfants » et « médecine spécialisée pédiatrique ». Or, face aux lacunes évidentes des services de première ligne offerts à la population, mis en lumière l'automne dernier pendant la crise qu'ont connue les urgences, **le MSSS pourrait être tenté d'imposer comme AMP aux pédiatres la couverture de services de première ligne**. Actuellement, avec le nombre élevé de PEM non couverts, les besoins grandissant de couverture de garde hospitalière, et les listes d'attente qui explosent en ambulatoire, l'expertise pédiatrique doit être concentrée dans l'exercice de la deuxième et troisième ligne pédiatrique. Nous ne devons pas utiliser cette expertise pour des AMP de première ligne qui peuvent être réalisés par d'autres professionnels, tels les omnipraticiens et les infirmières praticiennes. Les listes d'attentes pédiatriques regorgent d'anciens prématurés chroniquement malades, d'enfants obèses, hypertendus, épileptiques, cardiopathes, diabétiques, encéphalopathes, avec trouble neurodéveloppemental, retard de croissance, déficit immunitaire, trouble anxieux, anorexie... Les besoins sont trop criants pour que l'expertise des pédiatres soit reléguée à la première ligne. Les pédiatres sont les seuls professionnels qui peuvent assurer cette deuxième et troisième ligne pour les enfants du Québec : cette activité doit être protégée et priorisée.

De plus, nous envisageons plusieurs risques avec la façon dont les AMP sont présentées dans le projet de loi, notamment la nature aléatoire de leur détermination, et la possibilité qu'elles



ASSOCIATION DES PÉDIATRES DU QUÉBEC

ASSOCIATION OF PEDIATRICIANS OF QUEBEC

C.P. 216, Succ. Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8

Tel.: 514 350-5127 – Téléc.: 514 350-5177 – Courriel : pediatrie@fmsq.org – Internet : www.pediatres.ca

ne soient imposées qu'à certaines spécialités, créant par le fait même une dichotomie inéquitable au sein des différentes spécialités.

Pour déterminer les AMP, il faudra absolument avoir une compréhension juste et globale de la patientèle et de la spécialité. **L'«offre additionnelle de services pour besoins excédentaires ponctuels » ne peut être définie sur la base des courants éphémères de l'opinion publique.**

Exercice en interdisciplinarité

Au cours des dernières années, le décloisonnement des professions a fortement progressé. En ce qui concerne les infirmières praticiennes spécialisées en soins pédiatriques (IPS-SP), les histoires de succès sont celles où les rôles et responsabilités ont été discutés et déterminés en saine collaboration entre les différents professionnels impliqués. Des histoires d'échecs existent aussi. Ainsi, **il est essentiel que l'intégration des nouveaux profils de professionnels au sein du réseau se fasse en concertation avec les parties impliquées, dont les médecins. Il serait aberrant d'ajouter des IPS-SP pour couvrir la 2^e ligne pédiatrique tout en exigeant des pédiatres qu'ils contribuent à la première ligne. C'est pourtant ce qui nous a été demandé par le ministère au cours des derniers mois.**

Il faudra par ailleurs être vigilants concernant les enjeux médico-légaux et la responsabilité à l'égard du patient. Les balises déterminant les rôles et responsabilités des IPS-SP sont encore floues actuellement, et les impacts lors d'événements indésirables sont encore difficiles à prédire.

Demande de renouvellement

Nous sommes inquiets du motif de refus de renouvellement suivant : « Défaut d'exécuter entièrement, correctement et sans retard les obligations rattachées aux privilèges. » Ce motif



ASSOCIATION DES PÉDIATRES DU QUÉBEC

ASSOCIATION OF PEDIATRICIANS OF QUEBEC

C.P. 216, Succ. Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8

Tel.: 514 350-5127 – Téléc.: 514 350-5177 – Courriel : pediatrie@fmsq.org – Internet : www.pediatres.ca

est *subjectif et mal défini*, et ne dépend souvent pas de la seule volonté du médecin, dont le travail et son efficacité sont souvent tributaires des ressources et de l'environnement qui lui sont fournis. C'est d'autant plus vrai pour les soins pédiatriques, qui se font très souvent en multidisciplinarité, et qui souffrent du manque de support en ressources humaines. **Cette pression supplémentaire déshumanise la médecine pour en faire une série d'actes qui doivent être accomplis au bénéfice de statistiques, sans recherche de sens.**

Gestion de l'accès

La détermination par règlement de la mesure dans laquelle un professionnel doit se rendre disponible au moyen de « tout système mis en place » est encore une fois inacceptable, dans la mesure où ledit règlement ne tiendra pas compte de la complexité des réalités vécues par les différentes spécialités dans des milieux tout aussi variés.

Le département territorial de médecine spécialisée (DTMS) ne pourra jamais représenter de façon efficace les spécificités des 35 spécialités, **mais nous sommes encore plus inquiets pour la représentativité des intérêts de la clientèle pédiatrique**, déjà noyée dans les besoins adultes de l'ensemble des hôpitaux généraux.

Sanctions

Nous nous questionnons sur la réflexion ayant mené à la proposition de retirer la possibilité au CMDPSF de donner son avis sur les mesures disciplinaires à être imposées. Encore une fois, il semble s'agir davantage d'une tentative de placer les médecins « au pas », sans égard à ce qu'ils peuvent apporter de positif au sein de ces structures. **Afin de garder motivés l'ensemble des professionnels face aux défis de restructuration qui nous attend, il est primordial que le message et les actions soient proactifs et positifs, et non répressifs et coercitifs.**



Conclusion

La restructuration du réseau de la santé, bien qu'essentielle, ne peut se faire dans la précipitation. Les solutions proposées doivent répondre à des lacunes démontrées, et non à des intuitions souvent erronées.

Une véritable décentralisation, une restructuration fondée sur la cogestion médicale doivent être les pierres d'assise de cette réforme. La voix de la médecine pédiatrique, au sein d'un système de santé et d'hôpitaux majoritairement dédiés aux soins adultes, doit être protégée et entendue.

Au cours des dernières décennies, le portrait des problématiques de santé pédiatriques s'est grandement modifié et les pédiatres sont des partenaires de premier plan pour partager leur expertise et favoriser une meilleure compréhension de l'organisation des soins de première, deuxième et troisième ligne offerts aux enfants. Nous souhaitons ardemment une ouverture à la négociation en ce qui concerne les moyens à mettre en place pour favoriser une offre de service efficace et de qualité pour les enfants du Québec.