



Mémoire de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec concernant le projet de loi 15

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

Déposé à la Commission de la Santé et des services sociaux

Le 19 mai 2023

Introduction

L'ASMUQ compte 203 membres œuvrant dans les 30 plus grandes urgences du Québec. Nous avons près de 30 membres œuvrant comme chefs, DSP ou autres hautes fonctions administratives. Dans notre mission nous mentionnons vouloir contribuer au maintien et au développement des plus hauts standards en médecine d'urgence et dans ses domaines connexes, tant au niveau de la pratique clinique que de la gestion. Nous défendons une gestion provinciale efficace et pertinente des soins d'urgence, centrée sur les besoins populationnels.

Commentaires et recommandations sur le PL15

Le projet de loi est beaucoup plus large que la simple création de l'Agence Santé Québec. Il revoit en profondeur la LSSS. Nous saluons le désir du ministre et son équipe de vouloir améliorer la situation et supportons le besoin de changements.

Nous voulons mettre en lumière l'importance de conserver la cogestion, non seulement au niveau clinique/terrain, mais également au niveau des hauts gestionnaires, afin que les patients bénéficient des meilleurs soins et d'un accès à ceux-ci.

Les salles d'urgence du Québec sont le reflet de la gestion du réseau et, malheureusement, la situation actuelle démontre bien la congestion chronique du réseau. Nos membres sont impliqués à plusieurs niveaux et sont à même de voir les différentes interactions et décisions prises pour améliorer les offres de services aux patients.

Le PL15 exclura les médecins de plusieurs niveaux décisionnels importants et nous ne croyons pas que cela soit dans le meilleur intérêt des patients. Ironiquement, dans les derniers mois, les médecins d'urgence espéraient que les orientations futures amenèrent plus de cogestion, et ce, non seulement au niveau clinique, mais également dans les plus hautes sphères des processus décisionnels. Nous aimerions mentionner que les chefs ont rarement leurs mots à dire sur les budgets de leur département, mais que ce sont ces mêmes budgets qui permettent ou non de faire les changements nécessaires pour mieux traiter les patients.

Il existe présentement un certain équilibre entre les différents grands décideurs du réseau. Le PL15 veut briser cet équilibre et remettre la totalité des décisions entre les mains des PDG et gestionnaires. Bien que certains PDG soient hors pair, plusieurs d'entre eux nous ont démontré dans le passé des connaissances des soins des patients insuffisantes. Sans l'apport de médecins et autres soignants, les décisions prises auraient pu compromettre les services aux patients. Bien que nos urgences soient très congestionnées, il est bon de se rappeler qu'elles servent, bon an, mal an, plus de 3 millions de patients avec de hauts standards de soins; il ne faut donc pas rejeter l'apport du corps médical à des décisions bénéficiant aux patients.

Nous reconnaissons que certaines règles d'organisation clinique devraient être mieux renforcées, mais nous laisserons au MSSS et à notre Fédération le soin d'établir les bases des différentes mesures du PL20 d'il y a quelques années. Par contre, il est faux de croire que tous les fonctionnaires prendront de meilleures décisions par eux-mêmes sans l'apport médical. L'apport des médecins fut essentiel pour identifier les lacunes de manque d'équipement de protection lors de la crise de la COVID et pour déclencher une prise de conscience de la mauvaise qualité des soins (pour ne pas dire dangerosité) donnés aux patients lors de la crise des urgences en octobre dernier. Le recours au temps supplémentaire obligatoire dans nos urgences par les gestionnaires alors que d'autres solutions existaient a probablement contribué aux malheureux départs de nombreux de nos collègues compétents et dédiés au cours des 2 dernières années. C'est à eux, ces mêmes gestionnaires, que le PL15 remettra probablement la très grande majorité du pouvoir, et ce, dans le futur, sans bénéficier de la contrepartie médicale. Les médecins impliqués dans la gestion ne sont pas parfaits, mais il est faux de croire que les gestionnaires purs du réseau (ou les médecins ne pratiquant plus) sont ceux qui possèdent toutes les bonnes réponses pour les soins aux patients. C'est en travaillant ensemble que nous pouvons trouver les meilleures solutions.

La cellule de crise des urgences mise en place fin octobre 2022 nous a clairement démontré l'utilité et la nécessité d'avoir une cogestion solide, et ce à tous les niveaux. Les travaux du personnel du MSSS, des PDG, des différents gestionnaires et des représentants des médecins et infirmiers/infirmières ont démontré que les interactions étaient capitales pour améliorer les soins des patients. Plus haut nous sommes dans les comités directeurs et plus la présence de soignants est nécessaire pour que les bonnes décisions soient prises.

Le PL15 prévoit de nombreuses diminutions de pouvoirs décisionnels des médecins et nous en sommes inquiets. Les médecins font partie de la solution et ne devraient pas être simplement relégués à des rôles d'aviseurs ou autre rôle secondaire.

Que l'on pense à la pandémie de la COVID-19, à la crise dans les urgences ou aux listes d'attente en chirurgie : ce ne sont pas les hauts gestionnaires qui ont su lever les drapeaux rouges pour que le système puisse trouver des solutions aux différents problèmes. Des centres innovants comme l'Hôpital général juif ont bénéficié du leadership médical dans la très grande majorité de leurs changements, qui servent désormais beaucoup mieux la population. Le PL15 éloignera ces mêmes médecins des cercles de prise de décisions. Les gestionnaires, à eux seuls, n'auraient jamais pu atteindre des niveaux d'efficacité aussi élevés sans une vraie cogestion, et ce, jusqu'au plus haut niveau de l'établissement.

Bien qu'il puisse être bien perçu par le MSSS de ne plus avoir à discuter des différents enjeux avec les médecins, il y a un réel danger à ce que les décisions futures ne tiennent plus compte des patients de manière adéquate. L'équilibre entre la gestion et la clinique a été essentiel dans le passé et doit se poursuivre à travers les différentes structures. Que ce soit au niveau décisionnel de l'Agence Santé Québec qu'au MSSS (et ce qu'il en restera), les médecins doivent pouvoir donner leur opinion sur les soins offerts aux patients. La cogestion, pour être efficace, ne peut pas être effectuée seulement sur le terrain. L'expérience récente de la cellule de crise des urgences du Grand Montréal a bien démontré que les décisions les plus importantes ayant un impact sur les patients se prenaient à un niveau supérieur, au-delà de la salle d'urgence.

Nous trouvons intéressant l'ajout de directeurs médicaux qui viendront chapeauter les présents DRMG et DSP. Nous nous questionnons sur la nécessité de réformer ce système. Sur le terrain, il est bon de rappeler que l'embauche de DSP a toujours été très ardue et que plusieurs remplacements n'ont pas toujours mené à l'embauche des meilleurs candidats, mais bien ceux qui étaient prêts à faire le travail dans les conditions proposées. À travers les années, le travail de DSP s'est alourdi considérablement. La structure actuelle est adéquate, mais nous n'avons souvent pas les bonnes personnes en place. De la même manière que monsieur Dubé dit vouloir recruter des gestionnaires « top guns » dans le monde de l'entreprise privée, il serait probablement beaucoup plus opportun de bonifier grandement la rémunération des DSP pour que les bonnes personnes s'y retrouvent. Les salaires sont beaucoup plus compétitifs en Ontario et la qualité de leurs médecins gestionnaires en est grandement améliorée. Nous appréhendons une structure à trois qui auront tous des salaires non compétitifs avec comme résultat des médecins non performants et moins engagés en poste. À nos yeux, avoir une seule personne, la bonne (comme les PDG), avec des pouvoirs élargis, serait beaucoup plus approprié que de créer une autre pyramide.

La répartition des PEM et la sélection et nomination des médecins devraient continuer d'être influencées par les différents groupes de médecins. La répartition des médecins se doit d'être faite avec comme objectif premier la demande populationnelle. Par contre, il faut reconnaître la mise en place d'équipes qui s'organisent ensemble pour répondre aux demandes. Plusieurs enjeux au sein des équipes locales doivent être pris en compte, ceux-ci échappant la plupart du temps aux hauts gestionnaires. Que l'on parle de compétence particulière, des besoins futurs dus à des départs, des développements à venir dans les prochaines années, de cohésion de groupe, il faut que les médecins puissent avoir un impact sur la répartition et nomination des médecins.

Finalement, nous tenons à mentionner un principe de gestion qui fait qu'en essayant de tout contrôler et décider, les gestionnaires risquent de se retrouver devant des médecins de moins en moins engagés. Ultimement, ce sera fort dommageable pour notre système de santé et les patients. Les médecins sont toujours les mieux placés pour voir ce qui se passe sur terrain et faire valoir les besoins des patients aux hautes instances décisionnelles du système de santé.

Nous recommandons que :

- 1) les médecins soient présents dans la structure décisionnelle des établissements et non pas seulement au niveau consultatif;
- 2) le CA de l'Agence Santé Québec inclue un ou deux médecins;
- 3) les CMDP soient maintenus (avec l'ajout des sages-femmes), répondent aux PDG et qu'ils conservent leurs rôles actuels;
- 4) les positions de DSP soient conservées avec des pouvoirs accrus et des rémunérations compétitives;
- 5) la gestion des PEM incluant la sélection des médecins demeure sous la gouverne des CMDP et que les différentes associations et fédérations puissent continuer d'être entendues.