

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

CONCERNANT LE PROJET DE LOI N° 10 :

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance
du réseau de la santé et des services sociaux
notamment par l'abolition des agences
régionales

OCTOBRE 2014





TABLE DES MATIÈRES

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	3
Résumé du mémoire	4
Introduction.....	5
La taille des Centres intégrés de santé et de services sociaux.....	6
La fonctionnalité médicoadministrative.....	7
La fonctionnalité des activités cliniques.....	9
La place des médecins omnipraticiens au sein du conseil d'administration	10
Les pouvoirs dévolus au ministre	11
Recommandations	13



La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Constituée en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels*, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec regroupe 19 associations affiliées et représente l'ensemble des 8800 médecins omnipraticiens exerçant leur profession dans toutes les régions du Québec.

Forte de ses 50 ans d'existence, la FMOQ propose, entreprend et poursuit, seule ou en partenariat avec les principaux acteurs issus du monde de la santé, de nombreux travaux liés à l'exercice de la médecine, à la participation des médecins omnipraticiens au régime public d'assurance maladie du Québec, à l'organisation des soins de santé et à la place que doivent occuper ses membres sur l'échiquier des services de santé au Québec. Elle contribue sans relâche à faire du système de santé québécois, un réseau certes toujours plus fiable, efficace et performant, mais un réseau d'abord et avant tout centré sur la personne.

La FMOQ remercie les membres de la Commission de lui permettre de prendre part à l'étude du projet de loi n° 10.

Résumé du mémoire

Comme elle l'a déjà mentionné, la FMOQ est d'accord avec l'abolition des agences régionales de la santé. Elles constituent des intermédiaires de trop si on veut tendre à l'efficacité du réseau.

La FMOQ entretient d'importantes réserves quant au contenu du projet de loi n° 10.

La FMOQ craint notamment que l'ampleur des fusions et la taille des nouveaux établissements puissent affecter les services directs à la population, dont les services de première ligne. Selon la Fédération, la fonctionnalité des nouveaux établissements sera mise à rude épreuve et il pourrait, compte tenu de leur dimension, en découler une perte de contrôle et une incapacité à remplir les obligations dont la population est en droit de s'attendre pour la bonne marche du réseau.

La fonctionnalité des instances médicoadministratives risque d'être également problématique. Il s'avèrera sans doute très difficile, voire impossible, de gérer efficacement les ressources médicales de ces mégaétablissements. Dans cette foulée, la Fédération dénonce la mise à l'écart des médecins omnipraticiens exerçant leur profession au sein de l'établissement, du conseil d'administration de celui-ci. Aucune logique ne peut justifier pareille mesure discriminatoire.

La FMOQ croit finalement que les nouveaux pouvoirs dévolus au ministre confinent à la politisation du réseau et qu'ils pourraient conduire à une perte de confiance dans la bonne gouvernance des services publics de santé et de services sociaux. Dans cette mesure, il apparaît impératif de revoir le processus de nomination envisagé par le gouvernement pour la constitution des conseils d'administration.



Introduction

D'entrée de jeu, la FMOQ désire dénoncer le peu de temps qu'elle a eu pour réagir suite au dépôt du projet de loi. Elle tient en conséquence à informer les parlementaires qu'elle se réserve le droit d'ajouter à ses commentaires dans les semaines à venir. Compte tenu de l'ampleur de la réforme proposée, la Fédération considère inapproprié la précipitation du gouvernement et des parlementaires.

À la suite de la présentation du projet de loi n° 10 le 25 septembre dernier, le gouvernement du Québec précisait que son objectif principal était de réduire la bureaucratie afin de réinvestir dans les services directs aux patients. Tel qu'elle l'a déjà récemment avancé, la FMOQ partage cette vision pour notre réseau. Elle pense que l'élimination des agences de la santé et des services sociaux, palier intermédiaire entre le ministère et les instances locales, peut effectivement se traduire par une réduction bénéfique de la bureaucratie et par la production d'importants gains d'efficience. La Fédération estime que la population a tout à gagner d'une clarification des rapports entre le pouvoir central et les autorités locales chargées de voir au bon fonctionnement du réseau.

Dans cette perspective et de manière à bien étayer ses observations relativement au contenu du projet de loi n° 10, la Fédération a procédé à une vaste consultation auprès de ses associations affiliées et des membres de la FMOQ. Les commentaires que contient le présent mémoire se veulent le reflet des opinions qui lui ont été transmises. Ainsi, la Fédération est-elle en mesure d'affirmer que de sérieuses réserves doivent être entretenues à l'égard des moyens mis de l'avant par le gouvernement pour atteindre ses objectifs. Qui plus est, elle qualifiera certains d'entre eux d'inacceptables pour la communauté médicale qu'elle représente.

Le présent mémoire s'attardera plus particulièrement aux questions que soulèvent la taille et la fonctionnalité des centres intégrés de santé et de services sociaux, la place des médecins omnipraticiens dans la composition du conseil d'administration et les nouveaux pouvoirs dévolus au ministre. La FMOQ conclura par la présentation de sa liste de recommandations.

La taille des Centres intégrés de santé et de services sociaux

Le projet de loi propose l'abolition des agences, des instances locales et des réseaux locaux de services. Il institue en lieu et place, à l'échelle d'un réseau régional correspondant aux limites d'une région sociosanitaire, de nouveaux établissements régionaux, les CISSS. Des 182 établissements publics que compte actuellement le Québec, leur nombre passerait à 28.

Comme elle l'a mentionné en introduction, la FMOQ est d'accord avec la disparition des agences régionales de la santé. Elles constituent des intermédiaires de trop. Cela dit, on peut par ailleurs d'ores et déjà avancer que la fusion de tous les CSSS n'est cependant pas une avenue à privilégier. Une telle fusion constitue une erreur et la Fédération invite le gouvernement à bien y réfléchir avant de procéder comme il pense le faire à cet égard.

Les tendances observées en Occident en matière d'organisation de services ont évolué ces dernières années. Plusieurs gouvernements tâchent de trouver la bonne solution. Actuellement, les systèmes paraissent vouloir se décentraliser dans l'objectif ultime de se rapprocher des patients. Conséquemment, la FMOQ suggère au gouvernement de bien soupeser l'orientation vers laquelle il semble se diriger, et ce, afin de s'assurer de bien cibler cet objectif.

Selon la Fédération, le renforcement du pouvoir central par l'élimination d'un palier administratif peut favoriser la résolution de certains problèmes de coordination et d'efficience, mais elle croit aussi que la population, localement, serait mieux servie par des structures mieux adaptées que les CISSS proposés par le gouvernement. Des structures capables d'offrir des services médicaux de proximité, proches des populations à desservir au niveau communautaire et sensibles à leurs besoins.

En effet, les territoires des différents CISSS sont immenses et la coordination des services risque de s'avérer impossible compte tenu des distances et des besoins particuliers des diverses communautés. Le projet de loi précise que les CISSS héritent des responsabilités actuellement confiées aux Centres de santé et de services sociaux en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre des projets cliniques et organisationnels. On voit mal comment ils pourront accomplir efficacement une telle tâche à l'échelle de toute une région tout en tenant compte des particularités de la population de chacun des sous-territoires. À ce sujet, en matière de santé publique, plusieurs médecins entretiennent des inquiétudes légitimes relativement à la mise au rancart des responsabilités jusqu'ici dévolues aux CSSS exploitant une mission de Centre local de services communautaires en matière d'élaboration, de mise en œuvre, d'évaluation et de mise à jour des plans locaux d'action.

Par ailleurs, à un autre niveau, la FMOQ voudra aussi s'assurer que le rôle et les responsabilités des départements régionaux de médecine générale demeureront entiers, et ce, bien que le projet de loi en maintienne l'existence.

Selon la Fédération, la fonctionnalité des nouveaux établissements sera mise à rude épreuve et il pourrait, compte tenu de leur dimension, en découler une perte de contrôle et une incapacité à remplir les obligations dont on est en droit de s'attendre pour la bonne marche du réseau.

La fonctionnalité médicoadministrative

Plusieurs membres de la FMOQ ont souligné que les instances médicales des CISSS ne pourront tout simplement pas accomplir les différentes fonctions administratives qu'elles doivent assumer. La FMOQ est également de cet avis.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) surdimensionnés, comités surchargés de travail, départements cliniques écartelés tous azimuts, comment être efficace et près des médecins dans un univers où tout aurait été dépersonnalisé ? Comment les CMDP et les départements cliniques pourront-ils concrètement respecter les responsabilités et les obligations qui leur appartiennent conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de ses règlements ?



Par exemple :

- Comment les CMDP pourront-ils contrôler et apprécier la qualité, y compris la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le CISSS ?
- Comment les CMDP pourront-ils évaluer et s'assurer de la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le CISSS ?
- Comment leurs comités d'examen des titres et leurs comités d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique pourront-ils gérer les centaines de dossiers qu'ils devront obligatoirement analyser ?
- Comment un chef d'un département pourra-t-il coordonner les activités professionnelles des médecins et s'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux ?
- Comment un chef de département parviendra-t-il à surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans son département ?

Comment le comité exécutif du CMDP réussira-t-il à organiser des assemblées délibérantes pouvant réunir d'un coup des centaines de médecins en provenance de tous les sous-territoires d'une région et des différents sites de prestation de services ? Comment gèrera-t-il les forces en présence et les propositions émanant de l'assemblée ? Comment pourra-t-il faire adopter des résolutions ? Comment un médecin pourra-t-il concrètement et utilement participer aux comités professionnels, scientifiques ou administratifs du CISSS ? En définitive, comment pourra-t-on créer un esprit de corps et d'appartenance au sein de la communauté médicale des CISSS compte tenu de leur ampleur ? Malheureusement, la taille des futurs établissements risque de rendre impossible l'implication des médecins au sein de ceux-ci.

La Fédération est d'avis que l'implication des médecins au sein des établissements est un prérequis à une efficience accrue et à l'amélioration des soins. Par ailleurs, les médecins gestionnaires peuvent jouer un rôle clé dans la mobilisation de la profession médicale. Il est donc essentiel de permettre un tel dynamisme au sein des établissements. Il en va de la qualité et de l'efficacité des soins auxquels les patients sont en droit de s'attendre.



La fonctionnalité des activités cliniques

Dans le communiqué de presse qui accompagnait la présentation du projet de loi, le gouvernement avançait que sa proposition constituait un pas de plus pour placer les patients au cœur de ses décisions et qu'il en découlerait des avantages importants pour ceux-ci. La Fédération ne partage pas cette lecture.

Dans la foulée des paragraphes précédents, la FMOQ tient à souligner que le dysfonctionnement médicoadministratif qu'elle vient d'évoquer pourrait avoir des conséquences négatives sur la fonctionnalité des activités cliniques à l'intérieur des installations du centre. Dans cette mesure et contrairement à ce que prévoit le gouvernement, on voit mal comment les patients pourraient en tirer des avantages. Au contraire, les risques de ratées seront sans doute élevés et les patients risquent d'en faire les frais. 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 sites et le manque de coordination qui les caractérisa ne pourront, d'après la FMOQ, que poser problème. Une telle formule organisationnelle nuira à la bonne prestation des services aux usagers.

Mais l'inquiétude ne provient pas que de l'intérieur des murs. Pour beaucoup de médecins, l'inquiétude à l'égard du projet de loi n° 10 provient également de l'appréhension de voir les services hors établissement et ceux offerts en CLSC devenir des laissés-pour-compte pour, éventuellement, s'amenuiser sous l'influence qu'exerceront les grands hôpitaux d'une région sur la gestion du CISSS et sur son gigantesque budget. Plusieurs doutent avec raison de la capacité de la nouvelle équipe de direction centralisée et du nouveau conseil d'administration de comprendre et de tenir compte de la réalité d'un sous-territoire qui bénéficiait jusqu'à tout récemment de son propre CSSS. On peut comprendre que des médecins soient inquiets tant pour eux-mêmes que pour leurs patients.

La création des CISSS risque fort d'avoir, au surplus, des effets sur le degré d'implication des professionnels de la santé et sur celui de la population locale dans la vie courante d'une institution au sein de laquelle ils ne se sentiraient plus représentés. Une institution à laquelle ils pourraient difficilement s'identifier. Les bénéfices tangibles tirés du sentiment d'appartenance à un établissement ne sont pas une vue de l'esprit. Ils sont réels.

Dans une région où pouvaient jusqu'à maintenant coexister plusieurs CSSS, la crainte des médecins face aux fusions semble bien fondée. La peur d'être sous-représentés dans le CISSS et d'être dilués dans un ensemble impersonnel réunissant grands centres et petites localités doit être considérée par le gouvernement dans l'analyse qu'il fait du projet de loi n° 10.

Réunir en un seul établissement tous les établissements d'une même région apparaît donc être, tant d'un point de vue géographique qu'organisationnel, potentiellement un mauvais choix dans bien des cas.

La FMOQ est donc d'avis que le gouvernement devrait revoir la liste des CISSS qu'il entend créer afin de la rendre beaucoup plus compatible avec les limites des sous-territoires auxquels s'identifient les Québécois. Selon elle, une minorité d'établissements devrait faire l'objet d'une fusion.

La place des médecins omnipraticiens au sein du conseil d'administration

C'est avec stupéfaction que la FMOQ a constaté qu'un médecin omnipraticien exerçant en tout ou en partie sa profession au sein d'un CISSS ne pourrait être nommé au conseil d'administration de celui-ci. Il est choquant de voir le gouvernement nier la présence et l'apport de milliers de médecins omnipraticiens dans les affaires des établissements. Aucune raison ne justifie une telle mesure. Pour de nombreux médecins qui se sont manifestés auprès de la Fédération, cet aspect du projet de loi confine au mépris.

Un très grand nombre de médecins omnipraticiens québécois ont une pratique polyvalente. Des milliers d'entre eux ont à la fois des activités de prise en charge en première ligne et des activités en établissement. Pourquoi le conseil d'administration d'un CISSS se priverait-il de cette expérience et du profil diversifié de ces médecins, alors même qu'il tente de mieux arrimer les services de toute une région ? Que dire des établissements, particulièrement en région, où les équipes médicales sont composées majoritairement de médecins omnipraticiens ? Que dire des centaines de médecins de famille exerçant exclusivement en CLSC et qui seraient de facto inaptes à siéger au conseil d'administration du CISSS ? La FMOQ est d'avis que le même raisonnement devrait s'appliquer aux établissements suprarégionaux.

Compte tenu de ce qui précède, la Fédération demande qu'un médecin omnipraticien puisse être choisi pour représenter le CMDP et que les mots : « autre qu'un médecin omnipraticien » soient retirés du 2^e paragraphe de l'article 8 du projet de loi.

En ce qui concerne le 5^e paragraphe de ce même article, la Fédération considère que le DRMG devrait avoir la latitude voulue pour établir une liste de noms comprenant les meilleurs médecins intéressés : des médecins omnipraticiens capables de bien saisir à la fois les enjeux liés aux activités intraétablissement, mais également ceux plus globaux liés au bon fonctionnement des réseaux régionaux de services de santé et de services sociaux. Elle demande donc que le 5^e paragraphe de l'article 8 soit modifié afin que les mots « *exerçant sa profession hors d'une installation maintenue par un établissement* » soient retirés du texte. Elle demande également d'enlever « 5^e à 7^e » dans la première phrase du 3^e alinéa de l'article 10 et de la remplacer par ce qui suit : « 6^e et 7^e ».

Les pouvoirs dévolus au ministre

Outre le fait que le ministre nomme lui-même tous les membres des conseils d'administration des établissements, de même que les présidents-directeurs généraux et PDG adjoints des nouveaux établissements, le projet de loi n^o 10 nous apprend au surplus que le ministre pourra exercer un contrôle quasi absolu sur la destinée de ces derniers.

En effet, pour ne donner qu'un seul exemple, la lecture combinée des articles 130, 132, 161, 147 et 134 du projet de loi permet de conclure que le ministre pourrait :

- prescrire les règlements qu'il veut relativement à l'organisation et à la gestion d'un CISSS ;
- émettre des directives qui, une fois approuvées par le gouvernement, lieraient automatiquement les établissements ;
- passer outre les règles usuelles de publication des règlements dans la *Gazette officielle* pour voir à la réalisation efficace de son projet législatif ;

- obliger tout établissement à procéder à une réorganisation administrative établie par règlement au plus tard six mois après l'entrée en vigueur de celui-ci ;
- remplacer le président-directeur général ou suspendre le conseil d'administration sans formalité lorsqu'il estimerait que ceux-ci dérogent aux règles de gestion applicables à un établissement.

Pour la FMOQ, le projet de loi est excessif à l'égard des pouvoirs consentis au ministre et il mène à une politisation du système de santé.

Il lui semblerait beaucoup plus sage de tendre à dépolitiser la gestion du réseau de la santé. À l'égard des nominations par exemple, les risques pour le ministre de se placer en situation de conflit d'intérêts réel ou apparent sont élevés. On peut imaginer la perte de confiance et la suspicion qui pourrait résulter de l'exercice de ces pouvoirs au sein de la population et auprès de tous ceux qui travailleront dans les nouveaux établissements. Par ailleurs, les personnes nommées se sentiront-elles elles-mêmes indépendantes, capables de s'exprimer et, lorsqu'elles le croient nécessaire, en mesure de contredire le ministre ?

En conséquence de ce qui précède, la Fédération croit que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil des infirmières, le conseil multidisciplinaire et le comité des usagers devraient désigner eux-mêmes les membres qui les représenteront au conseil d'administration. Les PDG et PDG adjoint devraient, quant à eux, être directement nommés par le conseil d'administration de l'établissement. Cette façon de procéder assurerait beaucoup plus de transparence et de légitimité au conseil d'administration.

Conclusion

Comme elle l'a mentionné dans son introduction, la FMOQ est favorable à ce que le gouvernement procède à une révision des structures et des paliers de gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Elle invite cependant celui-ci à la plus grande prudence en lui suggérant de revoir le découpage géographique et la taille des nouveaux établissements qu'il projette de créer. Les objectifs louables qui l'animent en matière de services à la population ne commandent rien de moins. Si le gouvernement persiste sans changements dans la voie initialement tracée par ce projet de loi, la Fédération pense que la réalité du terrain le rattrapera de toute manière. À court terme, il n'aura d'autres choix que de procéder à plusieurs ajustements d'importance. Elle formule les mêmes commentaires à l'égard de la participation des médecins aux activités des conseils d'administration et des risques liés à la politisation du réseau.

Recommandations

1. Éviter un virage excessif et revoir l'ampleur des fusions afin de maintenir un nombre adéquat d'établissements à l'intérieur de limites territoriales qui favorisent l'efficacité dans la prestation des services dont, particulièrement, les services médicaux de proximité.
2. Décentraliser les instances médicoadministratives, telles que les CMDP et les départements cliniques, de manière à les rendre fonctionnelles.
3. La Fédération demande que les mots : « autre qu'un médecin omnipraticien » soient retirés du 2^e paragraphe de l'article 8 du projet de loi.
4. La Fédération demande également que le 5^e paragraphe de l'article 8 soit modifié afin que les mots « *exerçant sa profession hors d'une installation maintenue par un établissement* » soient retirés du texte. Elle demande également d'enlever « 5^e à 7^e » dans la première phrase du 3^e alinéa de l'article 10 et de la remplacer par « 6^e et 7^e ».
5. Éviter la politisation du réseau et du processus de nomination des membres des conseils d'administration.