

**MÉMOIRE
DE LA
FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC**

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**

**DÉPOSÉ À LA
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

LE 15 FÉVRIER 2017

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| L'INTRODUCTION | 3 |
| LES IMPACTS MAJEURS DU PROJET DE LOI N° 130 SUR LA PROFESSION MEDICALE | 4 |
| 1. Une centralisation sans précédent du pouvoir décisionnel | 4 |
| 2. L'atteinte à l'autonomie professionnelle des médecins | 5 |
| 3. Les conditions de pratique des médecins | 6 |
| 4. Un danger d'ouvrir la porte aux clauses « orphelin » discriminant les jeunes médecins | 7 |
| CONCLUSION | 9 |
| ANNEXE | 10 |

Mémoire de la FMRQ

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

L'INTRODUCTION

La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) remercie la Commission de la Santé et des Services sociaux de lui permettre de faire valoir son point de vue relativement au 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*. Nous sommes heureux de partager avec vous les constats de notre analyse du projet de loi et nous soumettons dans ce qui suit des observations, quelques recommandations, et nous exprimons des inquiétudes quant aux impacts de ce projet de loi s'il devait être adopté tel que proposé.

Comme vous le savez, la Fédération des médecins résidents du Québec regroupe les associations de médecins résidents des quatre facultés de médecine du Québec, soit 3 600 médecins en formation postdoctorale qui offrent des services à la population au sein des établissements de santé du Québec. Le quart de ces médecins résidents œuvrent en médecine de famille et les autres dans les autres spécialités médicales, chirurgicales et de laboratoire. Il va de soi que la relève médicale est très préoccupée par l'avenir du réseau de santé et de services sociaux et par l'impact que les changements proposés dans le projet de loi n° 130 auront sur leur pratique future, notamment sur leur autonomie professionnelle et sur l'accessibilité des patients à des soins de qualité.

DES IMPACTS MAJEURS SUR LA PROFESSION MEDICALE

1. Une centralisation sans précédent du pouvoir décisionnel

A l'instar de la majorité des partenaires du milieu de la santé, la FMRQ avait fait dès 2014 des mises en garde devant cette même commission quant aux velléités du Ministre de tout centraliser au sein du réseau de la santé. C'était une de nos principales critiques du projet de loi n° 10¹, c'était présent dans nos critiques du projet de loi n° 20, et ce le sera encore ici devant le projet de loi n° 130. Car, en plus de vouloir limiter l'autonomie professionnelle des médecins, le projet de loi n° 130 centralise encore plus les pouvoirs décisionnels relatifs à la gestion des établissements de santé vers le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le projet de loi n° 130 veut centraliser davantage vers le Ministre non seulement les pouvoirs de décision des grandes orientations, mais également l'allocation des ressources médicales dans chacun des établissements de santé. Par exemple, l'article 36 donnerait le pouvoir au Ministre d'autoriser tout projet de règlement non seulement du conseil d'administration d'un établissement public, mais aussi d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et d'autres conseils et comités au sein des établissements, ce qui veut dire que ces entités n'auront à toutes fins utiles pas d'autonomie décisionnelle sur leur gestion interne. Mais la volonté du Ministre de s'arroger des pouvoirs ne s'arrête pas là. Contrairement aux assurances qu'il a données lors des audiences publiques sur le projet de loi n° 10, les articles 3 et 4 proposent le retrait du droit des conseils d'administration des établissements de nommer un PDG-adjoint. L'article 6 obligerait maintenant les CISSS ou les établissements non fusionnés à transmettre au Ministre leur plan d'organisation et le Ministre pourrait les approuver avec ou sans modification. L'article 19 permettrait de dicter les structures départementales de tous les centres hospitaliers. Nous assistons ici à une centralisation excessive des pouvoirs - du jamais vu ! Et le tout à l'encontre des engagements pris solennellement par le Ministre au soutien de son projet de loi n° 10. Le Ministre a d'ailleurs été régulièrement critiqué pour sa façon de se mêler de la gestion interne des établissements, voilà maintenant qu'il souhaite, par son projet de loi, normaliser et légaliser sa propension à l'ingérence et à la microgestion!

Pour la Fédération des médecins résidents du Québec, il est clair qu'à centraliser davantage les responsabilités, on risque de réduire à néant ce qui reste de flexibilité dans le réseau, une flexibilité qui est nécessaire à la gestion d'un établissement au quotidien. Même si la centralisation peut avoir des effets positifs dans la gestion des établissements de santé sur le plan technique, technologique ou matériel, il importe ici de se demander ce qui devrait primer entre des intérêts technocratiques et budgétaires et les soins et services aux patients. L'hypercentralisation vendue par le Ministre dans sa réforme débutée avec son projet de loi n° 10 devait être temporaire, nous assurait-il, il y a de cela plus de deux ans. Voilà maintenant que nos inquiétudes d'alors se matérialisent : il semble y avoir dangereusement pris goût! Avant de sanctionner une telle approche, qui pourrait bien devenir irréversible, et de lancer, encore une fois, un message hautement négatif au corps médical, nous invitons le Ministre, le gouvernement et l'ensemble des parlementaires à s'assurer de faire primer l'intérêt des patients dans le cadre du projet de loi à l'étude.

¹ Dans notre mémoire concernant le projet de loi n° 10, nous écrivions ce qui suit: « qu'il est également à craindre que la menace constante d'une intervention ministérielle directe n'affecte négativement la capacité de recrutement de candidatures de grande qualité pour assumer les directions d'établissements. De plus, l'hypercentralisation de pouvoirs dans les mains du Ministre va clairement à l'encontre des principes de bonne gouvernance dont le projet de loi se réclamait paradoxalement. Nous soumettons qu'au-delà des légitimes intentions d'efficacité et de cohérence, il y a lieu de corriger le tir à ce niveau ».

2. L'atteinte à l'autonomie professionnelle des médecins

Selon nous, le projet de loi n° 130 porte atteinte à l'autonomie professionnelle des médecins œuvrant dans les établissements de santé au Québec. Il ne s'agit pas ici de défendre cette autonomie des médecins sur la base d'une logique corporatiste, mais plutôt de défendre un modèle de dispensation des soins où ceux qui sont les mieux placés pour prendre en compte les besoins des patients peuvent exercer leur jugement clinique, dans le meilleur intérêt de ces derniers.

Sous le couvert de l'amélioration de l'accessibilité aux services (art 16, 17, 21), le projet de loi n° 130 réduit le pouvoir décisionnel des médecins traitants sur l'utilisation des ressources dans les établissements, en fonction des besoins de leurs patients. Par exemple, l'article 23 veut retirer le contrôle des lits accordés aux médecins traitants et laisser au directeur des services professionnels le pouvoir exclusif de décider de l'assignation des lits. Nous ne contestons pas ici la compétence d'un médecin qui agit à titre de DSP de faire des choix cliniques éclairés ; nous disons seulement que ces choix devraient être faits par le médecin qui est le plus près du patient et qui connaît ses besoins spécifiques, en collaboration avec les autres acteurs impliqués dans cette gestion.

La prise de décision clinique est au cœur de la pratique du médecin et l'établissement du plan de traitement et l'identification des soins nécessaires ne doit pas tomber sous la gouverne de gestionnaires hospitaliers qui pourraient avoir à prendre des décisions dictées davantage par des impératifs budgétaires et administratifs qu'en fonction de l'intérêt des patients. Si l'objectif est d'assurer une plus grande accessibilité aux soins et une bonne coordination des besoins au sein des équipes et entre les équipes de soins, nous ne croyons pas que limiter l'autonomie des médecins soit la solution, bien au contraire. Nous sommes d'avis que les dispositions du projet de loi à cet égard devraient être retirées. Le médecin traitant demeure le mieux placé pour évaluer ce dont le patient a besoin. En centralisant les décisions relatives à l'allocation des lits, on risque alors de s'éloigner des besoins particuliers des patients, besoins convenus avec leur médecin dans le cadre de leur relation clinique.

L'article 18 enlève par ailleurs au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le pouvoir de recommander de quel département ou service les actes médicaux doivent relever, lors de l'élaboration du plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique des établissements; le CMDP ne serait désormais que consultatif à ce sujet. Encore ici, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de jeter par terre les structures existantes qui, bien que certainement perfectibles, permettent à la population du Québec d'avoir quotidiennement accès à des soins de qualité. Le CMDP devrait conserver le pouvoir de recommander le département duquel les actes médicaux doivent relever en sa qualité de gardien de la qualité des actes et de l'excellence des soins dispensés par les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques. À cet égard, nous vous invitons à prendre connaissance, en annexe de notre mémoire, d'un texte signé par les trois fédérations médicales (FMOQ, FMSQ, FMRQ), l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec et l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, qui confirme notre appui au maintien, voire au rehaussement, du rôle des CMDP au sein des établissements de santé.

Pour la FMRQ, c'est une chose de responsabiliser davantage l'ensemble des professionnels de la santé, dont les médecins, mais nous croyons que cela peut se faire tout en préservant l'autonomie professionnelle de ceux qui sont les mieux placés pour défendre les intérêts de leurs patients. Là aussi, comme au point précédent, les propositions qui sont soumises peuvent donner l'impression que le Ministre n'a pas confiance aux principaux acteurs du système de santé, dont les médecins, et ce n'est certainement pas la meilleure façon de mobiliser ces derniers afin qu'ils œuvrent au succès des réformes en cours. D'ailleurs, si c'est l'intention du Ministre de donner plus de responsabilités aux médecins, il devra aussi s'assurer que ceux-ci disposent des ressources nécessaires pour assumer ces responsabilités. Il s'agit ici d'un aspect central complètement absent du projet de loi.

3. Les conditions de pratique des médecins

En plus de centraliser plusieurs pouvoirs décisionnels, le projet de loi n° 130 propose de permettre aux conseils d'administration et au ministre de la Santé et des Services sociaux d'imposer de nouvelles obligations aux privilèges de pratique des médecins œuvrant dans les établissements de santé (art. 7, 8, 26, 27, 28, 29 et 67). De plus, lors d'une demande de nomination, la durée maximale des privilèges de pratique des médecins passerait de trois à un an. Cette mesure nous inquiète particulièrement puisqu'elle fragiliserait les postes qui seraient accordés notamment à nos finissants qui entreraient en pratique autonome.

Le projet de loi n° 130 impose par ailleurs l'obligation de faire une demande formelle auprès de l'établissement pour chaque renouvellement des privilèges de pratique, lequel ne pourra excéder une durée maximale de trois ans (art. 7, 27, 28), ce qui constitue une tracasserie administrative additionnelle. De plus, le Ministre se garderait un droit de regard sur le renouvellement des privilèges de pratique, ce qui vient instaurer une intervention ministérielle qui serait, à notre avis, tout à fait inappropriée.

Nous insistons sur le fait qu'il faut s'inquiéter de l'ajout d'obligations liées aux privilèges de pratique aux médecins dans les établissements pour plusieurs raisons. Nous ne connaissons ni la nature, ni les implications des obligations qui seraient imposées, comment et à qui elles seraient imposées, où elles s'appliqueraient, et, advenant que ces obligations s'étendent à l'extérieur des établissements de santé, sur quelle base et par qui ces obligations hors établissements seraient déterminées et réévaluées. En fait, nous trouvons que, notamment les articles 7 et 27 du projet de loi méritent clarification à cet égard. On parle de quoi ? On vise quoi ? Le projet de loi est peu bavard sur la question et c'est la responsabilité du Ministre de nous éclairer. On a d'ailleurs trop vu lors des travaux parlementaires sur les projets de loi n° 10 et n° 20 des amendements surgir après les consultations publiques qui intégraient de nouveaux enjeux absents des projets initialement déposés. Nous souhaitons que le Ministre cette fois puisse clarifier les enjeux dès le stade des consultations, afin que tous les acteurs puissent s'exprimer avant l'adoption du projet de loi. À défaut, ces articles de loi vagues et à la portée ambiguë devraient être retirés.

4. Un danger d'ouvrir la porte aux clauses « orphelin » discriminant les jeunes médecins

Limitation des privilèges aux nouveaux médecins

Mais ce qui est plus inquiétant encore pour la relève médicale, c'est la discrimination à laquelle ils pourraient faire face lorsqu'ils débiteront leur pratique autonome. Si les parlementaires décidaient d'aller de l'avant avec l'imposition de nouvelles obligations aux médecins, ils devraient s'assurer que les médecins qui entreront en pratique dans les prochaines années ne fassent pas l'objet de traitements discriminatoires par rapport à leurs collègues déjà en place, notamment par l'imposition d'obligations particulières qui pourraient devenir *de facto* des clauses dites « orphelin », en créant deux classes de médecins de même formation, en fonction uniquement de leur date d'entrée en pratique. Nous souhaitons obtenir des assurances de la part du Ministre à cet égard, comme il l'avait fait, à notre satisfaction, lors de l'adoption du projet de loi n° 10, en acceptant de collectiviser certaines obligations de services par les médecins dans des situations particulières (voir l'article 61 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau notamment par l'abolition des agences régionales*), plutôt qu'en laissant la possibilité qu'on impose aux jeunes médecins ces nouvelles obligations.

Des obligations imposées aux jeunes médecins pourraient mener à la déqualification de ces derniers très tôt dans leur carrière, en les empêchant de pratiquer l'éventail des actes pour lesquels ils et elles sont formés. Par exemple, des conseils d'administration, ou des services/départements pourraient imposer une limitation des actes qu'un médecin pourrait poser dans un service donné, en raison du manque de plateaux techniques ou d'une décision de garder certains cas pour ceux déjà en place (ex : pas de prothèses pour de nouveaux orthopédistes dans un service). De même façon, un médecin pourrait se voir refuser de pratiquer la ou les techniques dans lesquelles il excelle, simplement en raison d'une orientation qui valoriserait les généralistes dans une installation donnée. La polyvalence est un actif pour notre système de santé, mais elle ne doit pas être un frein à l'excellence. L'imposition d'obligations trop restrictives quant aux actes pratiqués pourrait affecter négativement l'offre de services à la population. De plus, en limitant les privilèges d'un médecin par rapport à ses collègues, on pourrait affecter sa rémunération. On imagine la possibilité qu'un CMDP d'un établissement impose une pratique moins payante aux nouveaux médecins, en raison d'un manque d'équipement ou de personnel. Cette discrimination systémique ne devrait pas être facilitée par l'ajout d'obligations restrictives qui pourraient limiter la pratique des nouveaux médecins.

Absence de règles pour établir les obligations

Le projet de loi n° 130 ne mentionne pas la nature des obligations qui seraient ajoutées aux privilèges. Advenant son adoption, les conseils d'administration, dont la majorité des membres ont été nommés par le Ministre après l'adoption du projet de loi n° 10, auraient la responsabilité de déterminer les obligations associées aux privilèges de pratique (art. 8 et 28). Ils auraient trois mois suivant l'entrée en vigueur de l'article 28 de la loi pour déterminer les obligations rattachées à la jouissance des privilèges dont bénéficie chaque nouveau médecin (art. 67). Le texte proposé au projet de loi n° 130 pourrait être interprété comme si les obligations des médecins en place ne seraient confirmées qu'au moment du renouvellement de leurs privilèges hospitaliers. Bien que nous ne soyons pas favorables à cette disposition du projet de loi, si elle devait malgré tout être adoptée, elle devrait s'appliquer à tous les médecins également et non pas qu'aux jeunes médecins.

Selon la proposition contenue au projet de loi n° 130, il serait possible que, dans un même établissement, deux médecins ayant la même spécialité et la même expertise et détenant les mêmes privilèges se retrouvent avec des obligations différentes. Ici encore des questions d'équité se posent. Des obligations particulières pourraient même être imposées afin d'éviter de recruter certains candidats pourtant qualifiés pour les postes et en favoriser d'autres. Cela ouvre à l'arbitraire et à l'ingérence politique.

La FMRQ a rendu publique en 2016 une étude qui démontre que près du tiers des résidentes candidates à des postes dans le système de santé québécois se font illégalement demander en entrevue de sélection si elles ont des enfants ou si elles désirent en avoir. Dans ce contexte, il y a de quoi craindre le pire devant les nouveaux pouvoirs qui seraient accordés aux établissements dans le projet de loi n° 130. Il serait également à craindre que des établissements imposent des obligations liées aux privilèges de pratique pour ne pas combler des postes, comme, par exemple, l'exigence de réaliser une formation complémentaire / fellowship, même si la mission de l'installation concernée ne l'exige pas, notamment, dans certains cas, pour maintenir le niveau de rémunération des médecins en place. Il n'y a aucune garantie dans le projet de loi n° 130 permettant de prévenir l'imposition abusive d'obligations envers des médecins pour des motifs autres que ceux recherchés par le projet de loi. Qui serait chargé de s'assurer que de telles situations ne se produisent pas ? Vers qui les jeunes médecins qui se retrouveraient dans de telles situations devraient-ils se tourner ? À défaut d'intégrer au projet de loi une claire collectivisation des responsabilités que souhaite imposer le Ministre aux médecins, s'il allait de l'avant en ce sens, c'est malheureusement vers une judiciarisation que risquent de nous mener les propositions actuelles du projet de loi.

Ainsi, si les parlementaires maintiennent cette idée d'ajouter des obligations liées aux privilèges de pratique, ils doivent s'assurer que ces mesures soient imposées à l'ensemble du corps médical et non pas de façon particulière aux jeunes médecins. Le Ministre doit s'assurer dès maintenant que la relève médicale ne fera pas encore les frais des mesures liées à ses réformes.

5. En conclusion

Les dangers soulevés par pratiquement tous les intervenants lors des audiences sur le projet de loi n° 10 en 2014 se concrétisent dans le projet de loi présentement à l'étude. Toutes les mesures concentrant les pouvoirs dans les seules mains du Ministre devaient être transitoires et favoriser une meilleure accessibilité aux soins dans le réseau. Mais depuis, l'hypercentralisation ministérielle n'a cessé de prendre de l'ampleur.

Les médecins ont déjà de nombreuses obligations imposées par la profession et par les règles déontologiques auxquelles ils sont assujettis. Ajouter des obligations particulières rattachées aux privilèges pourrait engendrer, selon nous, plus d'effets négatifs que les bénéfiques escomptés. Mais si les parlementaires décidaient tout de même d'intégrer au projet de loi la possibilité d'ajouter des obligations aux privilèges de pratique des médecins, ces obligations devraient s'appliquer également à tous les médecins concernés et pas seulement à la relève médicale.

Le processus proposé de détermination des obligations liées aux privilèges laisse place à beaucoup de subjectivité. La seule balise présente dans le projet de loi n° 130 prévoit que ces obligations doivent avoir pour but d'augmenter l'accessibilité aux soins, un concept très large. Bien que nous ne soyons pas d'avis que cet exercice soit nécessaire, si le Ministre poursuit dans cette direction, il doit clarifier la nature et la portée des obligations qu'il veut lier aux privilèges. Le législateur a une responsabilité envers les jeunes médecins du Québec de ne pas mettre en place des mesures qui pourraient avoir des effets discriminatoires ou, à tout le moins, qui auraient pour effet d'imposer aux jeunes médecins l'essentiel du fardeau des réformes en santé.

Depuis l'an dernier, en médecine de famille par exemple, les nombreuses directives du bureau du Ministre ont créé la très dommageable impression chez nos finissants que leurs aspirations professionnelles ont été sacrifiées à cause de l'incapacité du Ministre de s'entendre avec les partenaires du réseau sur des mesures équitables et mobilisatrices. Ne pensons qu'à l'obligation d'inscrire 500 patients pour les nouveaux médecins de famille, la limitation géographique de pratique à des réseaux locaux de service (RLS), la limitation de l'accès au travail en milieu hospitalier pour les médecins de famille, etc. D'ailleurs, en ce moment même, nous avons un bel exemple de cette façon de procéder alors que le Ministre a annoncé dans les médias l'ajout de 35 nouveaux postes en médecine de famille, auxquels il a apparemment décidé d'imposer l'obligation pour des finissants de travailler dans une super-clinique et ce, à des heures défavorables. Il s'agit là, pour nous, de nouvelles obligations illégales mises en place, sans préavis et sans explication, et ce, au mépris même des accords existants ou des règlements et lois en vigueur. Mais de plus, n'est-ce pas là une application du projet de loi avant même son adoption ? La question se pose.

Mais si on a pu manquer, au cours des dernières années, de belles occasions de mobiliser la relève médicale autour des objectifs, par ailleurs partagés, d'améliorer l'accès et la qualité des soins et services de santé à la population du Québec, il n'est peut-être pas trop tard pour mieux faire. La première étape serait peut-être ici de s'assurer, dans le projet de loi n° 130, de ne pas mettre en place ou d'ouvrir la porte à toute mesure qui aurait pour effet de mettre le fardeau d'atteindre ces objectifs sur les seules épaules de la relève médicale.

Nous espérons que le Ministre, son équipe, le gouvernement et l'ensemble des parlementaires entendront nos messages.

ANNEXE



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Dans chaque établissement de santé, le Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) joue un rôle majeur et unique qui lui est conféré par la Loi. Québec contrôle la qualité des actes et l'excellence des soins dispensés par les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques. L'expertise et les compétences des professionnels qui y siègent permettent d'intégrer l'ensemble des situations cliniques constituant l'essence même de l'offre de service en santé.



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

Les CMDP doivent demeurer un acteur de premier plan lors de la prise de décisions relatives aux professionnels qu'ils regroupent. Ainsi, leur pouvoir de recommandation au conseil d'administration des établissements ne saurait être réduit, modifié, voire annihilé.



FÉDÉRATION DES
MÉDECINS RÉSIDENTS
DU QUÉBEC

Le rôle des CMDP doit être non seulement maintenu, mais rehaussé afin que soit reconnu et confirmé leur champ d'intervention, garantissant ainsi l'intégrité et la qualité des actes posés par leurs membres. Cette reconnaissance accrue confirmera que les CMDP sont une composante incontournable du système public de santé, et ce, au bénéfice des patients et de la population en général.



APES
Association des pharmaciens
des établissements de santé du Québec

Dre Diane Francoeur, présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec



ASSOCIATION DES
CHIRURGIENS DENTISTES
DU QUÉBEC

Dr Louis Godin, président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Christopher Lemieux, M.D., président
Fédération des médecins résidents du Québec



Association des conseils
des médecins, dentistes
et pharmaciens du Québec

M. François Paradis, président
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

Dr Serge Langlois, président
Association des chirurgiens dentistes du Québec

Dr Martin Arata, président
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec