



Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

*Projet de loi n° 15– Loi visant à rendre le
système de santé et de services sociaux plus
efficace*

8 mai 2023

Table des matières

INTRODUCTION ET SOMMAIRE EXÉCUTIF	3
HISTORIQUE	6
STRUCTURE DE GOUVERNANCE.....	8
Santé Québec et décentralisation.....	8
Dilution de la représentativité médicale.....	10
Cogestion médicale	12
Structures de concertation	15
PRIVILÈGES EN ÉTABLISSEMENT ET CONDITIONS DE PRATIQUE.....	16
Atteinte au droit à la négociation	16
Portrait des privilèges en établissement et des obligations y étant rattachées.....	18
Une nécessaire réciprocité et un manque de ressources	20
Activités médicales particulières	24
Entente de principe sur le PL 20.....	27
Pouvoir réglementaire non balisé.....	28
CONCLUSION	29

Introduction et sommaire exécutif

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (la « **Fédération** ») remercie la Commission de la santé et des services sociaux pour cette opportunité de s'exprimer sur le projet de loi n° 15 : *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (le « **PL 15** » ou le « **Projet de loi** »).

La Fédération regroupe 35 associations médicales affiliées et 59 spécialités médicales représentant plus de 10 000 médecins spécialistes québécois de toutes les disciplines médicales, chirurgicales, d'imagerie et de laboratoire. Sa mission consiste à défendre et soutenir les médecins spécialistes de ses associations affiliées œuvrant dans le système public de santé, tout en favorisant des soins et des services de qualité pour la population québécoise. Les médecins spécialistes soignent chaque année près de 5 millions de patients québécois à travers plus de près de 30 millions de consultations médicales.

Nos membres sont les premiers à constater les limites du système actuel et à se battre tous les jours pour prodiguer, malgré plusieurs contraintes, les meilleurs soins à leurs patients.

Véritable partenaire du MSSS dans l'orchestration des soins en médecine spécialisée, la Fédération, tout comme ses associations et ses membres, demeure donc très impliquée et intéressée par toute mesure visant à favoriser l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux (le « **RSSS** »).

Bien qu'heureuse de pouvoir s'exprimer devant la Commission, la Fédération déplore le court délai qui lui a été imposé pour ce faire. Avec ses 305 pages, ses 1180 articles et les 37 lois qu'elle modifie, une proposition législative d'une telle envergure et de cette portée mérite une analyse méticuleuse et exhaustive afin d'en étudier tous les impacts qu'elle engendrerait au sein du RSSS. À cet égard, la Fédération se réserve le droit de déposer un mémoire bonifié contenant des suggestions constructives au cours des prochaines semaines.

Le Projet de loi propose de revoir l'organisation du RSSS afin de le rendre plus efficace et ainsi améliorer l'accès aux soins. Il s'agit là d'objectifs tout à fait légitimes auxquels la Fédération ne peut que souscrire.

Nous le reconnaissons: le système de santé souffre de plusieurs lacunes et requiert une transformation à la hauteur des besoins des patients.

La Fédération s'est toujours montrée favorable à toute mesure visant une meilleure efficacité et accès aux soins. Cela demeure pour nous un enjeu crucial, *a fortiori* à l'ère où nous devons tous ensemble lutter contre des enjeux de pénurie de main-d'œuvre, de

délais d'attente et de difficultés d'accès aux soins et services. Ce sont là des freins qui nuisent à l'efficacité du RSSS.

Tel qu'elle l'a toujours fait à travers l'ensemble des réformes qui ont défilé depuis les 30 dernières années, la Fédération est prête à collaborer à toute nouvelle approche du MSSS qui viserait à améliorer l'efficacité du RSSS.

Certes, les objectifs du Projet de loi sont louables. Or, au-delà des mots, il importe de s'assurer que ces objectifs se matérialisent de façon conforme, et ce, au bénéfice de la population québécoise.

Nous jugeons que la réalisation de ces objectifs passe par deux considérations fondamentales que sont la cogestion médicale et la négociation des conditions de pratique de nos membres.

À ce titre, nous n'avons pu cacher notre grand étonnement quant à la méthode utilisée par le MSSS consistant à se passer du concours des principaux groupes concernés, dont notamment les deux fédérations médicales, dans l'élaboration du Projet de loi.

Tel que réitéré à maintes reprises, le MSSS ne peut « renouveler l'encadrement du système de santé », comme il le décrit au PL 15 à son préambule, et y insérer des mesures ayant une incidence directe sur les conditions de pratique des médecins spécialistes sans que ne soient entamées des discussions et des négociations avec la Fédération, organisme représentatif des médecins spécialistes.

Nous aborderons les mesures prévues au Projet de loi en fonction de deux principaux axes : (1) la structure de gouvernance et (2) les privilèges en établissement et conditions de pratique des médecins spécialistes.

Nos recommandations sont :

Recommandation 1. *Dans le contexte du tableau figurant en page 9, revoir les articles pertinents du Projet de loi afin d'assurer une véritable décentralisation et donner aux gestionnaires l'autonomie et la marge de manœuvre nécessaires pour réaliser leurs*

Recommandation 2. *Instaurer une culture de cogestion médicale à tous les niveaux de l'entité Santé Qc*

Recommandation 3. *Prévoir la nomination d'au moins un médecin spécialiste au CA de Santé Qc.*

Recommandation 4. *Prévoir au Projet de loi que les membres d'un conseil d'établissement soient nommés par un comité de sélection.*

Recommandation 5. Prévoir les amendements nécessaires afin que le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sage-femmes ne relève pas du CIETOC, mais bien du conseil d'établissement et du PDG.

Recommandation 6. Maintenir les responsabilités du CMDP quant aux volets liés aux plaintes disciplinaires, la qualité, les compétences, la distribution des soins et la nomination et le renouvellement des privilèges des médecins.

Recommandation 7. Maintenir et assurer l'utilisation optimale de la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée.

Recommandation 8. S'assurer que les principes de cogestion médicale existant au niveau local soient mis en pratique à tous les paliers de décisions du MSSS et Santé Qc.

Recommandation 9. Maintenir un lien fonctionnel permettant aux chefs de département et de service de contribuer aux recommandations du CIETOC

Recommandation 10. Maintenir la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec et le Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés, tel que prévu à la Lettre d'entente 129 de l'Accord-cadre.

Recommandation 11. Si cette initiative devait être maintenue, prévoir au Projet de loi que les fédérations médicales doivent obligatoirement prendre part à l'établissement du plan territorial des effectifs médicaux.

Recommandation 12. Les parlementaires doivent rappeler au MSSS l'importance de respecter son obligation de négocier de bonne foi avec les fédérations médicales.

Recommandation 13. Jusqu'à la conclusion d'une entente négociée, prévoir la suspension de l'application de tous les articles du Projet de loi portant sur les conditions de pratique des médecins spécialistes, incluant, mais sans s'y limiter, les obligations inscrites à l'article 201.

Recommandation 14. Ajouter l'obligation corollaire des établissements envers un médecin de fournir les ressources nécessaires raisonnables pour exercer sa profession, satisfaire aux obligations rattachées à ses privilèges en établissement et répondre aux besoins des patients.

Recommandation 15. Retirer les termes « entièrement, correctement et sans retard » et « ou tout autre non-respect des termes apparaissant à son acte de nomination »

apparaissant à l'article 221 et l'imposition d'une sanction administrative prévue par règlement intérieur de l'établissement à l'article 224.

Recommandation 16. Suspendre l'application de tous les articles du PL 15 portant sur les nouvelles obligations prévues à la section sur les activités médicales particulières le temps de convenir du contenu et de modalités d'application négociées.

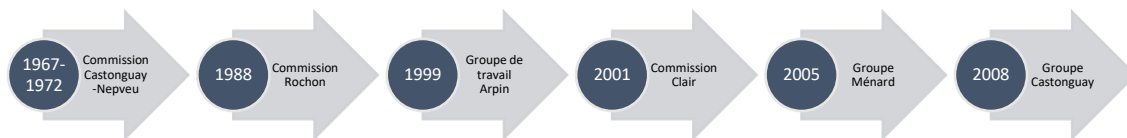
Recommandation 17. Retirer du Projet de loi toute référence à la mise en place de plans régionaux ou territoriaux d'effectifs médicaux (PREM) ou toute solution imposée de même nature.

Recommandation 18. Prévoir que toute entente relative aux AMP ou autre solution comparable soit négociée avec la Fédération en prévoyant que les médecins bénéficient de ressources raisonnables nécessaires à leur pratique.

Recommandation 19. Apporter les modifications nécessaires au Projet de loi afin que la nomination du DMSS soit fondée sur une structure élective, comme elle l'est déjà actuellement pour le chef du département régional de médecine familiale.

Historique

Depuis les années 1980, le MSSS a mis en place plusieurs réformes visant à améliorer le système de santé. La Fédération a toujours tenté de contribuer à ces réformes en travaillant en collaboration avec le MSSS afin de s'assurer qu'elles répondent d'abord aux besoins des patients et des soignants.



Parmi la série de rapports figurant ci-dessus, mentionnons le **rapport Rochon** (1988) ayant recommandé une plus grande décentralisation du système de santé et promu des soins de proximité. Également, le **rapport Clair** (2001) recommandait notamment le recours plus étendu au secteur privé dans la prestation de services.

Pour chacun de ces rapports, la Fédération a exprimé ses préoccupations et a prêté main-forte au MSSS pour mettre en œuvre certaines de leurs recommandations.

En 2003, une vaste réforme de structure s'opère durant de nombreuses années : les Régies régionales deviennent des Agences de développement des réseaux locaux de services (« **ADRLS** »), puis des Agences régionales de santé et de services sociaux (« **ARSSS** »)¹. Des superstructures sont créées par les Centres de santé et des services sociaux (« **CSSS** ») et les Réseaux universitaires intégrés de santé (« **RUIS** »).

En 2015, le MSSS dépose le **projet de loi 10**² (le « **PL 10** ») fusionnant les CSSS et les ARSSS pour créer les Centres intégrés de santé et de services sociaux (« **CISSS** ») et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (« **CIUSSS** »), faisant passer de 182 établissements à 34. La Fédération avait d'ores et déjà dénoncé à cette époque la concentration du pouvoir entre les mains du ministre et, de ce fait, la centralisation de la prise de décisions.

La même année, le MSSS présente, encore une fois unilatéralement, le **projet de loi 20**³ (le « **PL 20** ») ayant provoqué de profonds bouleversements au sein de la communauté médicale. S'en est suivie une **Entente de principe sur le PL 20**⁴ (2015) conclue entre les parties négociantes (Fédération et MSSS) pour surseoir à l'application du PL 20.

Est arrivée ensuite la saga du **projet de Loi 130**⁵ (le « **PL 130** ») et de la **Loi 21**⁶ (2017) qui attaque directement les conditions de pratique des médecins, et ce, sans qu'elles n'aient été négociées au préalable. Sous la menace de poursuites judiciaires prêtes à être déposées par la Fédération, le MSSS et la Fédération ont conclu l'**Entente de principe concernant les conditions de pratique**⁷ (2018) convenant de la création d'un comité conjoint sur les conditions de pratique.

¹ Projet de loi n° 25- *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 1^{re} session, 37^e législature, Québec, 2003.

² 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*, 1^{re} session, 41^e législature, Québec 2014.

³ Projet de loi n° 20, *Loi édictant 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*, 1^{re} session, 41^e législature, Québec, 2015.

⁴ *Entente de principe entre la FMSQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux soins en médecine spécialisée*, 2015.

⁵ 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*, 1^{re} session, 41^e législature, Québec, 2017.

⁶ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2.

⁷ *Entente de principe entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) concernant les conditions de pratique à l'égard de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et des services sociaux (chapitre 21, 2017) (Loi 21)*, 2018.

En suivi du rapport du comité, il a été entendu que les obligations et autres conditions de pratique de la Loi 21 seraient régies par l'**Entente de principe**⁸ (2020). Elles ont ensuite conclu l'**Annexe 47 concernant la détermination de certaines conditions de pratique applicables aux médecins exerçant en établissement** (l'**« Annexe 47 »**) (2021) contenue à l'**Accord-cadre**⁹ qui consigne actuellement les recommandations du comité conjoint ayant fait l'objet d'un consensus entre les représentants du MSSS, du Conseil du Trésor et de la Fédération.

Le passé étant garant de l'avenir, cet historique démontre que c'est en négociant et en s'entendant avec les médecins spécialistes que le MSSS peut assurer un déploiement efficace de ses réformes.

Malgré les défis persistants, les médecins spécialistes continuent de jouer un rôle clé dans l'évolution du système de santé afin d'améliorer la qualité des soins et l'accessibilité des services de santé pour la population.

Structure de gouvernance

Santé Québec et décentralisation

Le Projet de loi a comme élément phare de scinder les fonctions du MSSS en instituant Santé Québec (« **Santé Qc** ») qui se voit confier tout le volet opérationnel du RSSS alors que le MSSS demeure responsable d'en établir les priorités, les objectifs et les orientations.

Comme semble l'indiquer le ministre de la Santé et des Services sociaux (le « **ministre** »), cette nouvelle structure s'inscrirait dans une vision décentralisatrice afin de rapprocher les décisions liées à l'organisation et à la dispensation des services le plus près possible du terrain afin de revenir à une gestion de proximité et favoriser une organisation clinique et médicale locale.

Nous remarquons ainsi un certain retour du balancier vers l'époque où il existait trois paliers de gouvernance et des réseaux locaux de services, soit celle où les établissements

⁸ Entente de principe entre la Fédération des médecins spécialistes (FMSQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) en suivi du rapport du comité conjoint sur les conditions de pratiques des médecins spécialistes, 2020.

⁹ Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie.

de santé (palier local) étaient sous la gouverne d'ARSSS (palier régional) qui, elles, relevaient du MSSS (palier central)¹⁰.

Cette fois, l'histoire semble se répéter d'une manière différente en ce qu'une seule agence de santé sera implantée. En effet, Santé Qc devient le seul employeur dans le RSSS où sont fusionnés les **CISSS** et les **CIUSSS** qui en deviennent des unités administratives.

Bien que nous saluions cette initiative du MSSS de décentraliser la prise de décision opérationnelle, nous craignons qu'elle ne s'apparente davantage à une centralisation des pouvoirs au sein d'un seul palier de gouvernance qu'est Santé Qc.

Nous portons à votre attention certains exemples tirés du PL 15 faisant foi de nos propos :

<ul style="list-style-type: none">• Le contrôle hiérarchique que le ministre semble exercer sur Santé Qc en lui transmettant, par exemple, des directives qui la lient et auxquelles elle est tenue de se conformer (articles 19, 23, 25, 26, 65, 103, 403, 407, etc.);• La fusion de l'ensemble des établissements au sein de Santé Qc entraînant <i>de facto</i> un élément centralisateur et concentrant ainsi tous les pouvoirs des CISSS et des CIUSSS dans les mains d'une seule entité;• La nomination du président et chef de la direction de Santé Qc (le « PCD ») par le ministre;• La nomination du président-directeur général (le « PDG ») de l'établissement par le conseil d'administration (le « CA ») de Santé Qc;	<ul style="list-style-type: none">• La concentration des pouvoirs liés à l'administration et au fonctionnement des établissements au PDG qui veille à l'exécution des décisions du CA de Santé Qc;• La nomination d'un directeur médical (le « DM ») par le PDG exerçant sous son autorité immédiate;• La nomination des chefs de département et chefs de service par le PDG exerçant sous l'autorité du DM; et,• La désignation par le PDG d'un responsable pour chaque installation dont nous ignorons le lien hiérarchique précis et dont les rôles et responsabilités ne sont pas définis par le PL 15.
---	---

Recommandation 1. Dans le contexte du tableau figurant en page 9, revoir les articles pertinents du Projet de loi afin d'assurer une véritable décentralisation et donner aux gestionnaires l'autonomie et la marge de manœuvre nécessaires pour réaliser leurs activités de manière indépendante.

¹⁰ Projet de loi n° 25, *op. cit.*

De ces éléments, nous sommes à même de constater que toutes les décisions découlent de la même chaîne de commandement s'éloignant ainsi des réalités locales des établissements. Par leur fusion à Santé Qc, les établissements voient leur autonomie et la marge de manœuvre dont ils disposent actuellement et qui tiennent compte de leurs réalités, leurs besoins et leurs ressources se dissiper.

Il est également à remarquer que les directeurs de santé publique sont nommés par le ministre, sous recommandation de Santé Qc, et relèvent de cette dernière. Nous nous interrogeons quant à l'autonomie et l'indépendance dont disposeront les directeurs de santé publique dans leurs fonctions et l'interaction que ces directeurs auront avec le directeur national de santé publique.

Le MSSS semble se rabattre sur la création de Santé Qc, le principe de subsidiarité (article 29) et la désignation de responsables d'installation (article 132) pour démontrer que le Projet de loi vient décentraliser le RSSS. À cela, nous répondons qu'il ne suffit pas d'ajouter des cadres et un principe général pour qu'il y ait décentralisation des pouvoirs.

La Fédération insiste sur le fait qu'une véritable décentralisation dépend de l'autonomie, l'indépendance et la marge de manœuvre dont disposeront les décideurs en échange de leur imputabilité.

Nous savons le ministre sensible à cette question. Nous souhaitons donc que les amendements nécessaires soient apportés au Projet de loi.

Recommandation 2. Instaurer une culture de cogestion médicale à tous les niveaux de l'entité Santé Qc

Dilution de la représentativité médicale

La lecture du Projet de loi ne permet pas de voir le rôle fondamental du médecin dans l'organisation et la prestation des soins. La Fédération est surprise de l'exclusion des médecins du processus décisionnel alors que ces professionnels, devons-nous humblement le rappeler, demeurent à la base même de l'offre de soins.

À cet égard, mentionnons d'abord la composition du CA de Santé Québec. Tel que rédigé, aucune disposition du PL 15 ne prévoit d'emblée la présence de médecins pour y siéger, ce que nous trouvons assez particulier, surtout pour une organisation chargée de mettre en œuvre les orientations en santé.

Il serait aussi opportun de considérer la nomination de représentants du milieu de l'innovation, pensons au conseil de l'Innovation du Québec, et du milieu universitaire compte tenu de l'importance de l'enseignement et de la recherche au sein du RSSS.

En outre, la diminution substantielle des fonctions du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (le « **CMDP** ») est extrêmement préoccupante.

À l'heure actuelle, le CMDP est composé de membres élus par le terrain et se rapporte au PDG et au CA de l'établissement. Bien que le CMDP ait un pouvoir de recommandation, le PDG a une certaine reddition de comptes à son égard quant à ses activités.

En vertu des responsabilités que lui consent le PL 15, le « **CMDPSF** » se rapporte désormais au DM et au conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (le « **CIETOC** ») où une faible représentativité médicale est présente (les médecins ont 25 % des sièges).

Le CMDP n'est plus impliqué dans le processus de nomination ou de renouvellement des statuts et privilèges des médecins, ni dans la détermination des obligations qui y sont rattachées ni dans le processus de traitement d'une plainte de nature comportementale ou réglementaire. Les seules responsabilités du CMDP qui subsistent sont celles envers le DM et qui concernent la qualité de l'acte.

À notre avis, il est primordial que le CMDP maintienne ses responsabilités quant aux volets liés aux plaintes disciplinaires et privilèges des médecins afin que le traitement d'une plainte et la recommandation d'obligations rattachées aux privilèges s'évaluent par des pairs aptes à juger du comportement de leur collègue ou des obligations à lui accorder.

Nous rappelons que le CMDP joue un rôle crucial dans la qualité des soins dispensés. Composé d'élus du corps médical représentant les besoins des patients, il agit comme chien de garde et de contrepoids médical auprès du corps administratif.

En réduisant et en limitant les responsabilités des CMDP, le MSSS s'éloigne d'une expertise médicale ayant à cœur les besoins des patients et, par le fait même, s'éloigne d'une gestion de proximité.

Il nous apparaît donc essentiel que le CMDP demeure un acteur de premier plan lors de la prise de décisions relatives aux professionnels qu'ils regroupent.

La représentativité des médecins est également diluée par la création du CIETOC qui ajoute une instance supplémentaire dans l'évaluation des trajectoires, de l'organisation et de la distribution des services cliniques dans une perspective interdisciplinaire. D'autant plus qu'en vertu des dispositions du Projet de loi, il se pourrait très bien qu'aucun médecin ne fasse partie de son comité exécutif.

Nous soulevons également l'abolition de la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée diminuant la présence de médecins dans l'organisation des soins. Bien que cette table eût été mise en place par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (la « **LSSSS** ») de façon à permettre aux chefs de départements de se concerter sur l'organisation des services de santé au sein d'une région, elle a été sous-utilisée jusqu'à ce jour. Le maintien d'une telle structure permettrait de cerner les besoins territoriaux sans créer une nouvelle structure.

Finalement, la transformation des CA des établissements actuels en conseils d'établissement exclut davantage le corps médical des centres de décisions. Les membres de ce conseil sont nommés par le PDG et agissent comme instance consultative pour ce dernier. Il n'y a plus aucune représentation des membres du CMDP sur ce conseil.

Ces modifications législatives démontrent bien la dilution de la représentativité médicale dans la gestion des soins de santé et nous portent à croire que les médecins seraient à la merci de bureaucrates susceptibles de prendre des décisions qui iraient à l'encontre d'une gouvernance clinique optimale pour les patients.

Nous ne pouvons donc souscrire à un tel effacement du corps médical dans le processus décisionnel, alors qu'il est fondamental qu'il y soit pour qu'il s'y reflète les besoins médicaux du terrain.

Recommandation 3. Prévoir la nomination d'au moins un médecin spécialiste au CA de Santé Qc.

Recommandation 4. Prévoir au Projet de loi que les membres d'un conseil d'établissement soient nommés par un comité de sélection.

Recommandation 5. Prévoir les amendements nécessaires afin que le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sage-femmes ne relève pas du CIETOC, mais bien du conseil d'établissement et du PDG.

Recommandation 6. Maintenir les responsabilités du CMDP quant aux volets liés aux plaintes disciplinaires, la qualité, les compétences, la distribution des soins et la nomination et le renouvellement des privilèges des médecins.

Recommandation 7. Maintenir et assurer l'utilisation optimale de la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée.

Cogestion médicale

Véritables ambassadeurs des patients, nous ne pouvons qu'insister sur l'importance d'impliquer les médecins dans la prise de décisions relatives aux soins médicaux.

Les médecins spécialistes, à l'instar des autres professionnels et travailleurs du RSSS, se dévouent tous les jours pour essayer de contrer les failles de notre système de santé et prodiguer les meilleurs soins à leurs patients.

Une organisation des soins parfaitement alignée sur les besoins des patients requiert la contribution des médecins spécialistes. Ce sont eux qui, avec l'ensemble des professionnels de la santé, connaissent le mieux les besoins actuels et futurs des patients,

Les médecins doivent être mis à contribution afin de rendre le système de santé plus efficace. Pour ce faire, ils demeurent partie prenante des décisions qui affectent les soins qu'ils prodiguent à leurs patients.

Dans ce contexte, si le Projet de loi devait réformer la gouvernance clinique, ce devrait être pour intégrer cette nécessaire et importante cogestion médicale. À notre lecture, ce n'est pourtant pas ce qui ressort du PL 15.

Diverses études ont démontré que la participation des médecins dans la gouvernance et la gestion clinique produit des résultats hautement bénéfiques¹¹.

La cogestion médicale signifie que les décisions se prennent conjointement entre les corps médical et administratif afin que la notion de valeur au patient soit au cœur de la gestion du RSSS. À ne pas s'y méprendre, il ne s'agit pas du tout pour les médecins de s'immiscer dans les orientations ministérielles ni de subordonner la gestion clinique.

La cogestion est alignée sur la valeur ajoutée au patient.

Cette combinaison d'expertises médicale et administrative permet de recadrer les orientations en santé et leur mise en œuvre dans une perspective orientée vers les besoins et expériences patients à des niveaux stratégiques de l'organisation¹².

Il importe de rappeler que la dernière décennie a été marquée par l'engagement des médecins spécialistes et leur collaboration avec le MSSS et le gouvernement du Québec afin de mettre en place diverses mesures permettant d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins pour les patients. Prenons pour exemple :

¹¹ FORTIN, A-H., « La cogestion médico-administrative au Québec: définitions et enjeux de mise en œuvre », HEC Montréal, 2020.; ANGOOD, P., BIRK, S. « The Value of Physician Leadership », Physician Exec., 2014.

¹² FORTIN, A-H., *op cit.*

- L'hospitalisation à domicile;
- Le rattrapage des listes d'attente en chirurgie;
- La mobilisation des médecins spécialistes et les ententes intervenues durant la pandémie de la COVID-19;
- La procréation médicale assistée (PMA);
- Le Programme Agir tôt;
- La continuité des services dans divers établissements en pénurie d'effectifs grâce à des mesures de support et remplacement, dont notamment les plans de couverture de spécialités en régions éloignées (Lettres d'entente 233, 234, Annexe 45 de l'Accord-cadre);
- L'amélioration de l'accessibilité aux soins par le biais de la télémédecine et du conseil numérique;
- La télédermatologie.

Ce sont là de parfaits exemples d'une cogestion nationale ayant porté fruit. Ils démontrent la mobilisation des médecins spécialistes et leur volonté de travailler de concert avec le MSSS afin de faire fonctionner le RSSS au bénéfice de la population québécoise.

À cet égard, certains établissements en ont compris l'utilité aux niveaux régional et local. Une correspondance reçue par nos membres provenant du CUSM et signée par Dre Lucie Opatrny, PDG de l'établissement, et par la directrice des services professionnels de cet établissement, Dre Claudine Lamarre, répondant à une de leur requête mentionne :

« [...] Nous sommes convaincues qu'en maintenant une participation active aux décisions de l'organisation, basée sur le modèle de cogestion médico-administrative du CUSM, les médecins pourront jouer un rôle déterminant dans la priorisation des différents projets et dans l'allocation des ressources qui soutiennent les activités cliniques de leur secteur. »

[Nos soulignements]

À la lumière de ces considérations, la Fédération prône une plus grande implication des médecins dans la structure de gouvernance préconisée par le Projet de loi. Nous sommes pleinement convaincus qu'un système de santé souhaitant atteindre ses objectifs en matière d'efficacité, de gestion de proximité, d'accessibilité, de qualité des services et d'optimisation des ressources ne peut se faire sans une réelle cogestion médicale¹³.

¹³ FORTIN, A.-H., *op. cit.*

Gestion de proximité signifie soins de proximité. Plus les décisions se prennent loin du terrain moins elles risquent d'être pertinentes à la qualité et à l'efficacité des soins.

C'est en travaillant ensemble et en mettant à profit l'expertise de chacun que des résultats tangibles pourront être atteints. Le Projet de loi se doit donc d'accorder au corps médical la place qu'il mérite afin qu'il agisse comme figure de proue dans les décisions entourant l'organisation des soins.

Recommandation 8. S'assurer que les principes de cogestion médicale existant au niveau local soient mis en pratique à tous les paliers de décisions du MSSS et Santé Qc.

Recommandation 9. Maintenir un lien fonctionnel permettant aux chefs de département et de service de contribuer aux recommandations du CIETOC

Structures de concertation

Il nous apparaît important de préciser que l'allègement ou l'élimination de différentes structures administratives au sein du Projet de loi ne doit pas se traduire par l'élimination de structures fonctionnelles de concertation visant une meilleure organisation des services de santé.

Depuis sa création, il y a plus de 55 ans, la Fédération participe activement à la planification des effectifs médicaux sur le territoire du Québec afin de desservir adéquatement le territoire québécois et les besoins de la population en fonction de l'évolution de certains paramètres comme la gestion des naissances, la prise en charge oncologique ou de maladies chroniques.

La Fédération souhaite ainsi s'assurer du maintien de la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec* ainsi que du *Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés*¹⁴ au sein desquels elle siège avec des représentants du MSSS.

Recommandation 10. Maintenir la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec* et le *Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés*, tel que prévu à la Lettre d'entente 129 de l'Accord-cadre.

¹⁴ Lettre d'entente 129 concernant la mise en place d'un comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés.

Recommandation 11. Si cette initiative devait être maintenue, prévoir au Projet de loi que les fédérations médicales doivent obligatoirement prendre part à l'établissement du plan territorial des effectifs médicaux.

Privilèges en établissement et conditions de pratique

Nous sommes d'avis que c'est par une collaboration étroite et continue entre le MSSS et les organismes représentatifs et des médecins voués à la recherche de solutions concertées que nous continuerons de maintenir la qualité et améliorer l'efficacité et l'accès aux soins dans l'ensemble du RSSS.

Un commentaire préliminaire apparaît important. Dans plusieurs articles du PL 15 souhaitant favoriser l'accès aux services de santé, il est étonnant de constater que le législateur souhaite voir le Collège des médecins du Québec (CMQ) jouer un rôle allant bien au-delà de sa mission première.

Nous déplorons aussi que plusieurs des éléments qui y sont contenus affectent de façon significative les conditions de pratique de nos membres, et ce, sans qu'aucune discussion ni négociation au préalable ne se soit déroulée avec la Fédération, ni quant au contenu ni quant aux modalités d'application de ces nouvelles dispositions.

Les conditions de pratique des médecins spécialistes constituent l'ensemble des encadrements, supports et moyens matériels, organisationnels et psychosociaux qui leur sont offerts afin de leur permettre d'assurer des soins de qualité aux patients du RSSS.

À noter que le PL 15 s'inscrit dans la continuité de la fâcheuse tendance du MSSS de ne pas consulter ni négocier avec la Fédération sur des aspects touchant directement les conditions d'exercice de ses membres.

Tel que précédemment mentionné, la Fédération ainsi que ses membres sont favorables à l'idée d'optimiser le RSSS pour le bien de la population québécoise. Nous reconnaissons également que la contribution de tous les soignants du RSSS pourrait être optimisée, incluant celle des médecins spécialistes.

Toutefois, le MSSS ne peut penser renouveler le système de santé en imposant unilatéralement sa vision et faisant fi des considérations des médecins spécialistes, partenaires incontournables dans l'organisation des soins.

Sans la tenue de réelles discussions et de négociations avec les médecins spécialistes, le PL 15 et la réforme qu'il propose sont voués à l'échec.

Atteinte au droit à la négociation

D'emblée, il importe de rappeler que les conditions de pratique des médecins spécialistes doivent dûment faire l'objet d'une négociation entre les parties négociantes.

Le droit à la négociation collective de leurs conditions de pratique est protégé par la liberté d'association garantie par les Chartes québécoise¹⁵ et canadienne¹⁶.

La *Loi sur l'assurance maladie*¹⁷ (la « **LAM** ») le reconnaît d'ailleurs explicitement à son article 19 en permettant à la Fédération de négocier la rémunération et les conditions d'exercice de ses membres avec le MSSS, sans oublier l'Entente de principe sur les conditions de pratique qui en fait foi également.

Ces dispositions garantissent un droit à un processus véritable de négociation collective dans le cadre d'un forum constitué à cette fin. Selon nous et s'il est maintenu dans sa forme actuelle, le PL 15 porte indubitablement atteinte à ce droit. Par le dépôt du Projet de loi, le MSSS a décidé unilatéralement de questions importantes relevant des conditions de pratique des médecins, le tout, en violation de leur droit à la négociation.

Cette façon de procéder du MSSS fait carrément fi du cadre dans lequel la Fédération négocie les conditions d'exercice des médecins spécialistes et est le reflet d'un déséquilibre fondamental dans le droit à la négociation de la Fédération et de ses membres.

¹⁵ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ c. C-12, art. 3.

¹⁶ art. 2d) de la *Charte canadienne des droits et libertés*, art 2d), partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R-U), 1982, c11.

¹⁷ *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29.

Portrait des privilèges en établissement et des obligations y étant rattachées

Le Projet de loi propose des modifications substantielles au cadre actuel relatif à l'octroi et au renouvellement de privilèges en établissement et aux obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges.

En ce qui a trait à l'offre additionnelle, le Projet de loi ne fournit aucune précision sur sa teneur. S'ouvre alors une véritable boîte de Pandore quant aux obligations auxquelles les médecins pourraient dorénavant être assujettis. Cette offre pourrait se traduire par les exigences les plus démesurées, pouvant remettre en question la liberté professionnelle des médecins déjà encadrée par le *Code de déontologie des médecins*¹⁸ ainsi que par l'article 5 de l'Accord-cadre, la qualité de l'acte médical et la sécurité des soins dispensés aux patients.

Ces obligations doivent notamment concerner les éléments suivants (art. 201 PL 15):

- 1) Les périodes que le médecin ou le dentiste doit chaque année consacrer à l'exercice de sa profession au sein de l'établissement;
- 2) L'exercice de la médecine ou de la médecine dentaire en interdisciplinarité;
- 3) L'offre additionnelle de services afin de répondre aux besoins excédentaires ponctuels;
- 4) La prestation de services aux usagers dont le suivi médical n'est assuré par aucun médecin.

L'ajout de ces obligations spécifiques nous porte à poser les questions suivantes :

- Un médecin sera-t-il empêché d'assurer adéquatement le suivi de ses patients, au motif que le PDG exige qu'il offre une couverture de services dans l'ensemble des installations d'un territoire?
- Pourrait-on demander à un médecin spécialiste de prendre à sa charge un patient ayant une condition médicale qui ne relève pas de sa spécialité première ou qu'il n'a pas traitée depuis longtemps compte tenu de son expertise de pointe?
- Considérant la charge de travail excessivement lourde qui pèse sur leurs épaules, comment les membres pourront-ils concilier le suivi de leurs propres patients et l'ajout de nouveaux patients référés par les systèmes de référencement du MSSS (le centre de répartition des demandes de service (le « **CRDS** ») avec une nouvelle obligation d'assurer une prestation de services aux usagers dont le suivi n'est assuré par aucun médecin?

¹⁸ *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r.17.

- Comment conciliera-t-on les activités d'enseignement ou de recherche du médecin avec de nouvelles obligations de couverture qui pourraient s'effectuer souvent à l'extérieur des murs de l'établissement?

Ce ne sont là que des exemples qui font état de dérapages qui pourraient survenir advenant l'ajout de nouvelles obligations. En effet, la Fédération craint les dérives et l'imposition d'exigences inappropriées sur les conditions de pratique médicales et de la liberté thérapeutique, ce qui serait hautement néfaste pour le patient.

Certes, la LSSSS prévoyait que des obligations devaient être rattachées aux privilèges en établissement du médecin, mais elle n'en faisait nullement l'énumération, laissant le soin au médecin et son établissement d'échanger et de convenir ensemble d'obligations à l'aide de la lettre d'engagement prévue à l'Annexe 47 selon les besoins propres du milieu, de l'établissement, de sa localisation, de sa mission et de la spécialité du médecin.

Ces changements apportés par le Projet de loi nous sont révélateurs : ils viennent directement affecter les conditions de pratique des médecins spécialistes, voire nuire à leurs obligations déontologiques, ce que nous jugeons inacceptable.

En effet, certaines dispositions du PL 15 viennent écartier des garanties dûment négociées dans plusieurs de nos ententes convenues avec le MSSS.

Tel que précédemment mentionné, l'Annexe 47 et les Règles de gestion, soit les orientations ministérielles qui la complètent, reflètent l'entente convenue entre les parties négociantes en ce qui concerne plusieurs des conditions de pratique des médecins spécialistes.

Diverses annexes et lettres d'entente ont aussi été conclues afin de prévoir la mise en place de plans de remplacement couvrant le Québec pour assurer la prestation continue de soins dans certaines spécialités, tels que l'Annexe 45 et les lettres d'ententes n° 233 et 234 de l'Accord-cadre. Il est à remarquer d'ailleurs que ces ententes ont fait en sorte qu'il n'y ait aucune rupture ni bris de services dans les spécialités concernées au Québec.

De plus, les parties négociantes ont convenu de modalités pour favoriser le maintien de la prestation de soins et des services lors de ruptures pour les installations en besoins importants d'effectifs médicaux (EBI), soit les lettres d'entente n° 102, 112, 122 et 128 de l'Accord-cadre.

Toutes ces ententes qui fonctionnent et qui ont fait leur preuve sont les fruits d'un processus véritable de négociation avec le MSSS conformément au droit de la Fédération de négocier les conditions de pratique de ses membres.

Nous nous interrogeons ainsi quant à l'effet qu'aura le PL 15 sur nos ententes convenues avec le MSSS. Les conditions d'exercice contenues au sein de ces ententes ont été négociées dans l'optique qu'elles répondent aux besoins de la population.

Nous sommes consternés par le fait que le Projet de loi, dans sa forme actuelle, attaque de plein fouet l'Annexe 47 et les ententes négociées:

- Comment nos membres pourront-ils composer avec la portée géographique de leurs privilèges en établissement (art. 9 Annexe 47) et les plans de remplacement qui leur sont applicables avec la nouvelle obligation d'offre additionnelle, telle que décrite au PL 15 à son article 201?
- Qu'advient-il de la lettre d'engagement entre le médecin et l'établissement permettant d'établir entre eux les obligations générales, spécifiques et mutuelles rattachées aux privilèges en établissement (art. 3 Annexe 47)?
- Qu'en est-il des statuts accordés à un médecin dont les modalités ont été convenues entre les parties négociantes au sein de l'Annexe 47?

À lumière de ces questions laissées en suspens, nous dénotons que le PL 15 comporte des divergences irréconciliables avec les conditions de pratique de nos membres, ce que nous déplorons.

Si le MSSS souhaite apporter des modifications aux conditions de pratique, il ne peut le faire par le biais du Projet de loi. Ces modifications doivent être convenues dans un forum approprié de négociation.

Recommandation 12. Les parlementaires doivent rappeler au MSSS l'importance de respecter son obligation de négocier de bonne foi avec les fédérations médicales.

Recommandation 13. Jusqu'à la conclusion d'une entente négociée, prévoir la suspension de l'application de tous les articles du Projet de loi portant sur les conditions de pratique des médecins spécialistes, incluant, mais sans s'y limiter, les obligations inscrites à l'article 201.

Une nécessaire réciprocité et un manque de ressources

Si le projet de loi prévoit des mesures qui exigent que des obligations soient rattachées à la jouissance des privilèges en établissement accordés à un médecin, il ne prévoit toutefois aucune obligation corollaire aux établissements. Or, qui dit obligation dit pourtant réciprocité. Le médecin ne saurait être le seul tenu à des obligations.

À cet égard, en réponse à une demande de médecins spécialistes pratiquant dans son établissement, le PDG par intérim du CISSS de l'Outaouais, Monsieur Yves St-Onge, mentionnait que :

« Vous évoquez les devoirs du CISSS de l'Outaouais qui sont rattachés à l'octroi de statuts et privilèges, notamment celui de fournir les ressources nécessaires à l'exercice de vos obligations. Nous sommes conscients des nombreux défis qui touchent votre service, tant au chapitre des équipements, du personnel, des installations matérielles et nous partageons vos préoccupations. Nous avons effectivement une responsabilité à cet égard tout comme celles à l'égard de la population. Celles-ci s'exercent toutefois considérant les limites des ressources matérielles, humaines et financières disponibles conformément à la loi sur les services de santé et les services sociaux. »

[Nos soulignements].

L'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux ne repose donc pas que sur le seul bon vouloir des médecins. Si un médecin doit répondre à des obligations, en contrepartie, l'établissement doit avoir l'obligation de lui fournir les ressources raisonnables nécessaires pour exercer sa profession, satisfaire aux obligations rattachées à ses privilèges en établissement et répondre aux besoins des patients.

À noter que la lettre d'engagement de l'Annexe 47 prévoit expressément cette obligation de réciprocité pour l'établissement.

Le manque de ressources est criant dans le RSSS. Quotidiennement, dans les centres hospitaliers de tout le Québec, les temps opératoires sont amputés, les services sont rationnés, les lits fermés, les plateaux techniques sous-utilisés et l'ouverture ou non des cliniques externes est paradoxalement conditionnée par la présence ou non du personnel.

Certes, le Projet de loi reprend l'article de la LSSSS¹⁹ obligeant le PDG à créer des conditions favorables à l'accès aux services spécialisés, en portant notamment une attention particulière à l'accessibilité à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins et à l'information clinique comprenant, entre autres, le résultat d'examen diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers (art. 347 PL 15).

Or, nous savons pertinemment que cette obligation est loin d'être respectée au sein de plusieurs établissements.

¹⁹ Loi sur les services de santé et les services sociaux, *op. cit.*, art. 99.7.

Le récent exercice mené par nos membres sur le terrain en est la preuve réelle. Au cours des derniers mois, de nombreux médecins spécialistes nous ont témoigné leur incapacité à prodiguer des soins convenablement en raison d'une détérioration sans précédent de l'accès autant à des ressources qu'à des plateaux techniques. Cet état du système de santé compromet évidemment l'accès aux soins pour les patients, en plus de placer les médecins dans une situation souvent intenable relativement à leurs obligations déontologiques.

La Fédération a souhaité répondre à l'appel de ses membres et de ses associations en soutenant la démarche « Objectif soigner ».

Cette initiative vise à mettre en lumière les besoins prioritaires des équipes médicales et de les porter à l'attention des établissements afin qu'ils puissent présenter des plans d'action et de redressement au MSSS.

« Objectif soigner » s'inscrit ainsi dans l'esprit du *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé, plus humain et plus performant* du ministre et dans la volonté de nos membres d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour ainsi mieux soigner les patients.

Nous vous présentons ci-dessous certaines demandes ayant été formulées par nos membres, comme celle de nos membres de l'Outaouais ci-haut mentionnée, auprès de leur établissement, toutes spécialités confondues :

- Des psychiatres du CISSS de la Gaspésie ont proposé, afin d'éviter de nombreuses hospitalisations ou relocalisations dans des ressources d'hébergement, l'embauche d'infirmières pour faire des préévaluations en psychiatrie et des visites à domicile avec supervision de la prise de médicament (système « Med-drop »);
- Des pédiatres du CISSS de la Côte-Nord ont sensibilisé leurs instances à l'importance de renforcer les services de réadaptation afin de répondre aux besoins de leur clientèle pédiatrique;
- Des psychiatres pratiquant à l'Institut Albert-Prévost ont proposé que des « patients partenaires » accompagnent des patients pendant le séjour à l'urgence permettant de diminuer la stigmatisation et d'apaiser le patient concerné et ses proches;

- Des chirurgiens du CISSS de Lanaudière ont proposé l'ajout de ressources au service de pathologie afin de permettre une analyse et une production plus rapide des rapports pour les pathologies cancéreuses et le déploiement de salles de chirurgie mineure permettant de donner de la sédation afin de faire les cas ne nécessitant pas d'anesthésistes en dehors du bloc opératoire;
- Des obstétriciens-gynécologues du CISSS du Bas-Saint-Laurent ont demandé de rendre disponible l'appareil de « Myosure Manuel » pour permettre de faire des hystéroscopies en clinique externe au lieu du bloc opératoire améliorant ainsi la qualité des soins et diminuant les listes d'attente au bloc opératoire;
- Des néphrologues du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont soulevé, qu'actuellement, plusieurs patients sont orphelins et sans médecin de famille; ils se voient donc obligés de suivre des patients stables qui ne nécessitent plus de suivi dans leur spécialité ou encore des patients souffrant de problèmes qui ne relèvent pas de leur spécialité.

Il n'y a personne de plus motivé à améliorer le RSSS que les médecins qui y œuvrent tous les jours; Objectif soigner en est une preuve concrète. Cependant, en médecine spécialisée, la capacité d'exercer la pratique est directement conditionnée et proportionnelle aux ressources qui sont mises à la disposition des médecins. Ces ressources relèvent de la responsabilité des établissements et du MSSS.

Le Projet de loi apporte des modifications au processus disciplinaire des médecins. Parmi celles-ci, figure une nouveauté où un médecin serait susceptible de recevoir une mesure disciplinaire au motif qu'il serait en défaut d'exécuter « entièrement, correctement et sans retard les obligations rattachées à ses privilèges ou tout autre non-respect des termes apparaissant à son acte de nomination ». Une telle application nous paraît hautement discrétionnaire et à risque de dérapage.

La mesure qui s'appliquerait en cas de défaut pourrait aller de la réprimande à la révocation ou la suspension du statut et des privilèges et même jusqu'à l'imposition d'une sanction administrative prévue par règlement intérieur de l'établissement, ce qui est également une nouveauté.

Rappelons que nous peinons à voir une présence de cogestion médicale au PL 15 et, tel que nous l'avons amplement décrit à la section précédente, les médecins sont exclus des centres de décisions qui les concernent.

Par conséquent, comment peut-on rendre des médecins imputables s'ils n'exécutent pas leurs obligations entièrement, correctement et sans retard alors qu'ils ne sont pas partis prenantes des décisions et qu'on les empêche de dispenser leurs services en leur offrant moins de temps de clinique externe, de temps opératoire ou en leur limitant l'accès à d'autres ressources essentielles à l'exercice de leur profession? Comment ces médecins peuvent-ils être en défaut face à des situations pour lesquelles ils n'ont aucun contrôle ?

Le volet des sanctions amène ainsi une imputabilité à sens unique à laquelle nous nous opposons fermement. Il n'y a aucune sanction pour les gestionnaires ou les établissements qui ne respecteraient pas leurs obligations minimales prévues au PL15.

Les médecins spécialistes sont les premiers à vouloir rendre le RSSS plus efficace et offrir aux patients davantage d'accès à leurs soins. Pour ce faire, il leur faut du personnel formé et disponible, des équipements spécialisés fonctionnels, des blocs opératoires ouverts, des fournitures appropriées, des lits en quantité suffisante pour accueillir les patients et des cabinets médicaux qui fonctionnent avec le financement adéquat. Bref, il faut que l'environnement dans lequel les médecins évoluent au quotidien leur offre les conditions propices à exercer. Cet environnement et sa mise en place relèvent du MSSS, non des médecins spécialistes.

Recommandation 14. Ajouter l'obligation corollaire des établissements envers un médecin de fournir les ressources nécessaires raisonnables pour exercer sa profession, satisfaire aux obligations rattachées à ses privilèges en établissement et répondre aux besoins des patients.

Recommandation 15. Retirer les termes « entièrement, correctement et sans retard » et « ou tout autre non-respect des termes apparaissant à son acte de nomination » apparaissant à l'article 221 et l'imposition d'une sanction administrative prévue par règlement intérieur de l'établissement à l'article 224.

Activités médicales particulières

Par son Projet de loi, le MSSS souhaite imposer des activités médicales particulières (« **AMP** ») aux médecins spécialistes afin d'améliorer l'accès aux soins spécialisés. Il est notamment prévu que Santé Qc établisse pour le territoire de chaque département territorial de médecine spécialisée (« **DTMS** »), à partir de recommandations émises par celui-ci, une liste d'AMP soumise à l'approbation du ministre.

Des dispositions similaires étaient déjà présentes à la LSSSS, mais n'étaient pas appliquées puisqu'aucune entente n'a été conclue à cet effet entre les parties négociantes.

Nous prenons soin de réitérer que nous sommes ouverts à une plus grande responsabilité populationnelle de nos membres afin de favoriser une meilleure accessibilité aux soins. Toutefois, et nous insistons sur cet aspect, la participation des médecins spécialistes à la réponse aux besoins dits populationnels ne peut s'accomplir sans qu'elle soit dûment négociée avec la Fédération et sans que les médecins bénéficient de ressources raisonnables nécessaires à leur pratique.

Rappelons d'abord qu'il n'y a que 5,6% des médecins spécialistes participant au régime d'assurance maladie du Québec qui pratiquent exclusivement en cabinet médical, et que de ce nombre 47,6% ont plus de 60 ans²⁰. Parmi ceux-ci, plusieurs sont contraints de pratiquer dans des locaux à l'extérieur de l'hôpital, selon les plans de réaménagement approuvés par le MSSS, faute d'espace en centre hospitalier. Par son initiative, le MSSS veut imposer une camisole de force à tous les praticiens, alors qu'on parle d'une minorité.

Ces médecins, communément appelés « **médecins hors PEM** », œuvrent ainsi au sein de cabinets médicaux où les soins qui y sont prodigués sont couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (la « **RAMQ** »). La Fédération reconnaît que certains d'entre eux pourraient participer à la garde en établissement et aux efforts consentis par leurs collègues en tenant compte des besoins de la population et de leur expertise.

Avant toute chose, nous désirons soulever aux parlementaires une incohérence fort importante contenue au PL 15. D'un côté, le Projet de loi prévoit l'obligation d'effectuer des AMP pour tous les médecins spécialistes n'ayant pas de privilèges en établissement et dont la spécialité est visée par une entente (art. 402).

De l'autre, il incombe à tout médecin, pratiquant sur le territoire d'un département territorial, d'être titulaire d'un statut et de privilèges en établissement s'il désire être rémunéré par la RAMQ, et ce, malgré toute disposition contraire (art. 379 et 386).

Une réconciliation de ces dispositions apparaît nécessaire.

Avec cette obligation et l'amalgame de conditions susceptibles d'être rattachées aux privilèges en établissement en raison de l'article 201 du PL15, nous y voyons une culture de coercition et une invitation à quitter le système public. C'est une réalité qui risque d'être

²⁰ Analyse provenant de la Fédération basée sur les données de la RAMQ.

observée chez les médecins en fin de carrière qui pourraient prendre une retraite prématurée ou pour des résidents qui choisiraient volontairement d'exercer au privé. Il ne s'agit pas ici d'agiter un épouvantail, mais plutôt d'attirer l'attention des parlementaires sur un risque potentiel.

Le MSSS doit faire en sorte que les médecins participent au changement, s'y sentent intégrés.

La Fédération ne peut souscrire à une atteinte non balisée à la liberté de pratique de ses membres. L'encadrement des activités des médecins, incluant les médecins hors PEM, doit être fait avec discernement en fonction des besoins du département territorial et de l'expertise médicale.

Sur cette question, et en résumé, la Fédération, comme elle l'a affirmé publiquement, reste ouverte à la discussion et à trouver de solutions. Elle a déjà reconnu, tout comme certaines associations médicales, qu'il faut agir de manière ciblée. Son équipe de négociation est prête à s'asseoir rapidement avec ses vis-à-vis.

Nous recommandons également que la nomination du directeur médical de médecine spécialisée (le « **DMMS** ») soit fondée sur une structure élective ou un comité de sélection, comme elle l'est déjà actuellement pour le chef du département régional de médecine familiale.

Recommandation 16. Suspendre l'application de tous les articles du PL 15 portant sur les nouvelles obligations prévues à la présente sous-section le temps de convenir du contenu et de modalités d'application négociées.

Recommandation 17. Retirer du Projet de loi toute référence à la mise en place de plans régionaux ou territoriaux d'effectifs médicaux (PREM) ou toute solution imposée de même nature.

Recommandation 18. Prévoir que toute entente relative aux AMP ou autre solution comparable soit négociée avec la Fédération en prévoyant que les médecins bénéficient de ressources raisonnables nécessaires à leur pratique.

Recommandation 19. Apporter les modifications nécessaires au Projet de loi afin que la nomination du DMSS soit fondée sur une structure élective, comme elle l'est déjà actuellement pour le chef du département régional de médecine familiale.

Entente de principe sur le PL 20

La Fédération a été surprise de constater que le MSSS propose d'abroger dans le PL 20 les articles 394 à 404 du PL 15 concernant les AMP, mais que cette abrogation n'entrera en vigueur qu'à la date fixée par le MSSS.

Nous nous interrogeons sur les raisons pour lesquelles le MSSS se donne les leviers nécessaires pour abroger de telles dispositions alors qu'il vient tout juste de les introduire au sein du Projet de loi.

Qu'est-ce que le législateur cherche à accomplir? Il y a là une question que les parlementaires doivent se poser.

Mais il y a plus. Nous n'avons pu nous empêcher d'être déconcertés par l'intention ministérielle de réintroduire dans le PL 15 des dispositions importantes du PL 20 alors que celles-ci ne sont pas en vigueur. En effet, ces dispositions sont suspendues par une entente conclue entre les parties négociantes, soit l'**Entente de principe sur le PL 20**. Cette entente ne peut être on ne peut plus claire : la participation d'un médecin spécialiste au CRDS, soit le mécanisme d'accès, est volontaire. La Lettre d'entente 221 de l'Accord-cadre prévoit également l'implication des médecins spécialistes au CRDS à titre de médecins répondants et médecins coordonnateurs.

PL 20 (art. 13)	PL 15 (art. 62-63)
<p>Pouvoirs du MSSS</p> <ul style="list-style-type: none">• Obliger, par règlement, les médecins spécialistes à participer à un mécanisme d'accès• Réglementer notamment les périodes et les fréquences de participation au mécanisme, les exigences relatives à l'utilisation du mécanisme et les renseignements que le médecin doit fournir	<p>Pouvoirs de Santé Qc</p> <ul style="list-style-type: none">• Mettre en place un mécanisme d'accès qui détermine les modalités encadrant la priorité d'accès• Mettre en place des systèmes de répartition et de référencement des usagers• Obliger, par règlement, tout médecin à utiliser tout système mis en place• Déterminer par règlement la mesure dans laquelle un professionnel doit se rendre disponible au moyen d'un tel système

	<ul style="list-style-type: none">• Prévoir les renseignements nécessaires au fonctionnement d'un tel système• Prévoir toute autre exigence relative à l'utilisation d'un tel système
--	--

Cette comparaison est frappante. Les dispositions du PL 15 sont rédigées comme si l'**Entente de principe sur le PL 20** n'avait jamais été négociée.

Le MSSS semble utiliser l'arsenal législatif afin de débalancer indûment les forces en présence pour favoriser ses intérêts et ses objectifs, ce à quoi la Fédération ne peut souscrire.

Le MSSS ne peut modifier unilatéralement une entente convenue avec la Fédération sans porter atteinte à son droit constitutionnel et celui des médecins spécialistes à la négociation « de bonne foi ».

La Fédération ainsi que ses membres reconnaissent les problèmes d'accès présents dans le RSSS. Toutefois, la gestion et les modalités d'accès, telles que contenues à l'Entente de principe sur le PL 20, doivent être négociées.

Dans ce contexte, la Fédération s'interroge sur la tentative d'imposer les dispositions 62 et 63 du PL 15. Il n'est que légitime, de notre avis, de faire les choses dans les règles de l'art en consultant et en négociant adéquatement avec la Fédération les cas et conditions selon lesquels les médecins spécialistes participeraient audit mécanisme d'accès et système de répartition, tout en faisant preuve de célérité et de diligence pour le bien des soignés.

Pouvoir réglementaire non balisé

Nous constatons que le Projet de loi contient une disposition conférant au MSSS un immense pouvoir discrétionnaire en ce qu'il peut adopter des règlements sur toute mesure qu'il estime nécessaire ou utile à l'application de la loi ou à la réalisation efficace de son objet. Pour couronner le tout, le Projet de loi prévoit que ces règlements adoptés par le MSSS pourront être édictés à l'expiration d'un délai de 15 jours et non de 45 jours, tel que le prévoit la *Loi sur les règlements*²¹.

²¹ *Loi sur les règlements*, c. R-18.1, art. 11.

Nous ne pouvons adhérer à cette orientation ministérielle risquant de présenter des abus et incongruités et contraire au fonctionnement de notre État, sans compter que ce pouvoir que se réserve le MSSS va complètement à l'encontre de la décentralisation qu'il souhaite implanter puisqu'il conserve un contrôle absolu sur le RSSS.

Nous invitons l'Assemblée nationale à se pencher sérieusement sur cette question. Les parlementaires sont-ils prêts à laisser aller ainsi une partie importante de leurs prérogatives?

Conclusion

Les médecins spécialistes demeurent des acteurs incontournables dans la mise en place d'un réseau de la santé et des services sociaux plus efficace. Ils saluent l'initiative de réforme du RSSS et l'idée maîtresse de séparer les orientations et les opérations. Ils veulent participer de bonne foi à la réforme en autant que le rôle des soignants y soit reconnu. Ces derniers connaissent les besoins cliniques, les maladies et leur évolution. C'est leur travail et leur devoir de s'assurer que l'organisation des soins tienne compte de l'état et des besoins des patients. Il est alors impensable de ne pas les impliquer.

Une cogestion médicale est donc primordiale. La synergie médecin-gestionnaire permet de travailler de concert afin que les exigences administratives et médicales soient orientées vers le patient. Sans une telle participation active des médecins, la restructuration globale du RSSS s'éloigne de la réalité terrain et risque d'entraîner de très hauts dérapages pour la qualité et la sécurité des soins dispensés.

La Fédération ainsi que ses membres sont en faveur d'une plus grande responsabilité populationnelle à l'égard de la population qu'ils desservent. L'actualisation de ce principe doit toutefois se faire d'abord et avant tout par la concertation et dans le cadre de négociations avec les principaux groupes concernés dont fait partie la Fédération.

Cette responsabilité ne peut non plus être assumée sans que les médecins disposent des ressources raisonnables et nécessaires à leur travail. Nous sommes prêts à mettre en place les leviers nécessaires, mais le MSSS doit prendre le temps de s'asseoir et de discuter avec nous des voies à emprunter pour véritablement favoriser l'accessibilité des soins.

La Fédération ne prétend pas que les médecins ne doivent pas être tenus de respecter des obligations. Ces derniers en ont déjà et les assument avec fierté et dignité. Cependant, en aucun cas la Fédération ne donnera son accord à des obligations

imposées de manière unilatérale et surtout qui incombent uniquement aux médecins. Elles doivent être négociées et s'appliquer, en tenant compte de leur portée, à la fois sur les médecins, les établissements, Santé Qc et le MSSS.

À la lumière de ces considérations, la Fédération encourage ainsi fortement le MSSS à utiliser la voie de la collaboration et à négocier les conditions de pratique de nos membres et toute entente relative à l'offre de service plutôt que d'imposer une vision unilatérale qui serait, à notre avis, un obstacle à la recherche de solutions efficaces et pérennes pour notre système de santé. L'atmosphère de loi spéciale ou de possible utilisation du « bâillon procédural » ne permet pas des échanges constructifs et porteurs.

De notre côté et tel que nous l'avons démontré, les parlementaires peuvent compter sur toute notre collaboration.

En terminant, la Fédération constate que l'ensemble des parties prenantes, du patient partenaire au Ministre qui y consacre énormément d'énergie, veulent améliorer le système de santé québécois. Pourquoi alors ne pas le faire de la bonne manière : ENSEMBLE.