



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

Projet de loi no. 28

« Loi modifiant la Loi sur les services de santé
et les services sociaux et modifiant diverses
dispositions législatives »

Présenté à la
Commission parlementaire des affaires sociales
Québec, le 6 juin 2001

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. LES POUVOIRS CONFÉRÉS À LA RÉGIE RÉGIONALE PAR LE PROJET DE LOI NO. 28.....	2
Mise au point préalable	3
1. L'approbation par les régies de l'ensemble des demandes de privilèges des médecins.....	6
2. Le pouvoir d'enquête et l'immunité des commissaires.....	7
3. Le pouvoir d'aviser la RAMQ de cesser la rémunération d'un médecin.....	9
3.1 <i>La nécessité de responsabiliser davantage le directeur général et le conseil d'administration.....</i>	9
3.2 <i>Le rôle des parties négociantes.....</i>	10
3.3 <i>L'incongruité d'accorder un tel pouvoir aux régies régionales.....</i>	10
a) <i>Le conflit d'intérêt évident.....</i>	10
b) <i>La contradiction avec l'exercice actuel d'élaboration des plans d'effectifs médicaux.....</i>	11
RECOMMANDATIONS.....	12
II. L'ARTICLE 112 DU PROJET DE LOI NO. 28.....	14
RECOMMANDATION	15
III. LA NOMINATION DES MEMBRES DE LA RÉGIE RÉGIONALE ET DES ÉTABLISSEMENTS.....	16
<i>C.A. de la régie régionale.....</i>	16
<i>C.A. d'un établissement.....</i>	17
RECOMMANDATIONS.....	17
IV. LES ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	19
V. LE PLAN STRATÉGIQUE TRIENNAL D'ORGANISATION DE SERVICES	20
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	21

Annexe

INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec remercie les membres de la Commission de la recevoir aujourd'hui afin de lui soumettre ses commentaires découlant de l'étude du Projet de loi no. 28.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 34 associations de médecins spécialistes représentant toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire exercées au Québec, soit un total d'environ 7 500 médecins spécialistes.

La Fédération a le mandat de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres. Au-delà de cette vocation, la Fédération est aussi fermement convaincue que son rôle social et politique contribue activement au maintien d'une accessibilité aux soins pour tous les Québécois.

Devant les tensions qui ébranlent notre système de santé, la Fédération des médecins spécialistes du Québec se sent directement interpellée à participer à tout effort qui contribuera à l'amélioration du modèle québécois en matière de santé. Intervenante privilégiée du milieu, la Fédération se fait l'écho de ceux et celles qui sont au cœur du réseau de la santé en proposant une vision éclairée et des moyens d'action qui reflètent une pratique moderne de la médecine spécialisée.

I. LES POUVOIRS CONFÉRÉS À LA RÉGIE RÉGIONALE PAR LE PROJET DE LOI NO. 28

Il s'agit là du point principal qu'entend aborder la Fédération devant vous aujourd'hui afin d'exprimer son profond désaccord avec la teneur des modifications apportées par les articles 43 et 101 du projet de loi no. 28 concernant les articles 240, 240.1 et 240.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que l'article 25.1 de la Loi sur l'assurance maladie. Rappelons que ces articles confèrent à la Régie régionale les pouvoirs suivants :

1. Approuver toutes les demandes de privilèges des médecins en établissement ;
2. Faire enquête lorsque des privilèges sont accordés par un établissement sans son approbation ;
3. Aviser la Régie de l'assurance maladie du Québec de mettre fin à la rémunération d'un médecin.

Mise au point préalable

Avant d'aborder les raisons justifiant notre profond désaccord avec ces mesures, il importe d'abord de rappeler certains faits.

La Fédération souhaite et favorise une répartition adéquate des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire québécois afin que la population de chacune des régions ait accès aux services médicaux auxquels elle a droit.

La Fédération collabore d'ailleurs de façon continue avec le ministre et ses représentants afin d'atteindre cet objectif.

L'an passé encore, la Fédération et le Ministère ont convenu de la mise en place de mesures incitatives additionnelles qui ont permis à plusieurs médecins d'aller s'établir récemment dans les régions plus éloignées.

Un constat demeure toutefois : **les besoins en effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire québécois excèdent l'offre de service actuellement disponible.** Cette réalité est la malheureuse conséquence de nombreuses failles dans l'organisation des soins et la planification des effectifs médicaux au Québec. Mentionnons notamment la décision que le ministère a prise, il y a quelques années, de réduire le nombre d'entrées en médecine et dans les programmes de résidence et les interventions répétées de la Fédération à la Table de concertation permanente sur les effectifs médicaux afin de renverser cette tendance.

En juillet 2000, la Fédération a agi de façon proactive en demandant la création d'un comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés, composé de représentants de la Fédération et du ministère, et ayant pour mandat de voir de façon générale à une meilleure organisation des soins spécialisés au Québec. Le ministère a acquiescé à cette offre de collaboration de la Fédération par la signature de la lettre d'entente #129 et ce comité s'est implanté et structuré très rapidement.

Les premières réalisations du comité furent d'apporter des pistes de solutions aux différentes crises qui sont survenues de façon ponctuelle dans diverses régions du Québec. Il importait toutefois pour le comité d'œuvrer de façon active à une meilleure organisation des soins afin d'éviter à l'avenir la survenance de crises semblables.

À l'automne dernier, la Fédération a rencontré à deux reprises la ministre de la Santé de l'époque, Madame Pauline Marois, afin d'exposer les failles actuelles dans l'organisation des soins et les solutions à mettre de l'avant. Il est important de rappeler ici certaines de ces failles. En effet, contrairement aux stipulations de la loi actuelle :

- Plusieurs régies régionales n'élaborent pas de plan d'organisation des services ;
- Certaines régies n'ont pas de plans régionaux d'effectifs médicaux adoptés par le Ministre ;
- Plusieurs établissements hospitaliers ne disposent pas de plans d'effectifs médicaux approuvés par la régie régionale ;
- Les critères utilisés pour déterminer le nombre d'effectifs médicaux requis ne sont pas uniformes pour chaque régie régionale ;
- Certains établissements accordent des privilèges à des médecins malgré l'atteinte de leur plan d'effectifs médicaux et ce, sans obtenir l'approbation préalable de la régie régionale ;
- Les régies régionales accordent des dérogations aux plans d'effectifs des établissements selon divers mécanismes non uniformes et sans obtenir toujours l'approbation du ministre.

La Fédération a alors proposé la mise en place de différentes mesures afin de favoriser une meilleure organisation des soins spécialisés.

Dans un premier temps, il importait d'abord d'assurer une application plus rigoureuse des dispositions actuelles de la Loi plutôt que de remettre en question les mécanismes qui y sont prévus. Ensuite, différentes autres mesures devaient être envisagées.

La solution principale mise de l'avant consiste en l'élaboration de plans d'effectifs médicaux, pour chaque établissement, pour chaque région du Québec, sans exception. Par le biais du comité de gestion, la Fédération a alors mis à contribution l'ensemble de ses associations affiliées de médecins spécialistes afin de fournir au ministère l'expertise nécessaire pour définir la répartition optimale des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire québécois.

Les effectifs médicaux disponibles étant inférieurs aux besoins exprimés, la Fédération et ses associations affiliées ont ainsi, tour à tour, procédé à l'identification de lieux de recrutement prioritaires en médecine spécialisée. Ceci en tenant compte qu'il faut éviter le saupoudrage de médecins spécialistes à l'unité; la constitution d'équipes est essentielle pour assurer sur une base durable des soins de qualité aux patients d'une part et une qualité de vie acceptable pour les médecins d'autre part.

Comme vous pouvez le constater en examinant le calendrier de rencontres produit en annexe, vingt-deux associations de médecins spécialistes ont participé à ce jour à cet exercice. Au cours des six derniers mois, les différents comités mis sur pied en vertu de la lettre d'entente #129 ont tenu près de 40 rencontres. Près de 15 autres rencontres sont prévues au cours du prochain mois.

Cet exercice important joue actuellement un rôle majeur dans l'élaboration des prochains plans triennaux d'effectifs médicaux.

L'ensemble de ces travaux a permis de démontrer la nécessité d'avoir une vision nationale afin de s'assurer d'une répartition optimale des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire québécois.

C'est au ministre que revient la responsabilité de déterminer les objectifs de croissance ou de décroissance pour chaque région du Québec et pour chaque spécialité médicale. Pour la première fois, cet exercice ne se fera pas seulement de façon régionale mais également, dans certains cas, sur une base locale, soit par établissement. Alors que cette responsabilité incombe de façon générale aux régies régionales, il importait de centraliser davantage cette prise de décision. Ainsi, dans certains cas, l'exercice actuel n'aura pas seulement pour effet de déterminer l'objectif de croissance en anesthésie pour une région mais également dans quels centres hospitaliers de cette région doit se traduire cet objectif.

Pour la Fédération, il importe également de centraliser la prise de décision quant à la possibilité de déroger aux plans d'effectifs qui auront ainsi été définis et quant aux autres mesures ayant un impact sur la répartition des effectifs médicaux, soit notamment les règles concernant l'octroi de permis restrictifs d'exercice de la médecine, les retours de régions et les retours de fellowship.

Cette importante mise au point étant faite, abordons maintenant les raisons motivant notre profond désaccord avec les pouvoirs qui seraient dévolus aux régies régionales.

1. L'approbation par les régies de l'ensemble des demandes de privilèges des médecins

L'ensemble du processus d'octroi de privilèges à un médecin, dentiste ou pharmacien s'effectue de façon interne au sein des établissements. L'octroi de privilèges nécessite la prise en compte de diverses considérations dont le plan d'organisation de l'établissement, les ressources disponibles, les exigences propres de l'établissement, les qualifications du médecin, ses compétences, etc. Cela explique pourquoi c'est au conseil d'administration de l'établissement, suite à une recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, de décider de l'octroi ou non de privilèges à un médecin. Là n'est pas le rôle de la régie régionale.

On nous dira que l'on cherche ainsi à s'assurer que la régie régionale soit informée des privilèges qu'accorde un établissement à un médecin et que l'approbation de la régie régionale soit obtenue afin d'éviter que l'établissement octroie des privilèges à un médecin lorsque son plan d'effectifs médicaux est atteint.

Or, les dispositions actuelles de la loi prévoient déjà l'obligation pour un établissement d'informer la régie régionale lorsque des privilèges sont accordés à un médecin.

Article 245. Le Conseil d'administration doit, tous les trois mois, informer la régie régionale de toutes les demandes de nomination ou de renouvellement de nomination qu'il a acceptées.

On prévoit également déjà la nécessité d'obtenir l'approbation préalable de la régie régionale lorsque le plan d'effectifs médicaux est atteint.

Article 240. Le conseil d'administration doit, avant d'accepter la demande de privilèges d'un médecin ou d'un dentiste, obtenir l'approbation de la régie régionale dans les cas suivants :

1° lorsque le nombre de médecins ou de dentistes autorisé au plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement est atteint ;

2° lorsque le plan d'organisation de l'établissement n'a pas été approuvé par la régie régionale.

Pourquoi alors mettre en place un nouveau processus qui ne vise qu'à atteindre le même résultat ?

On nous dira que c'est parce que les mécanismes actuels ne sont pas respectés ! Nous répondrons plutôt que c'est parce que l'on ne fait pas en sorte de s'assurer que ceux-ci le soient.

Précisons d'abord que rares sont les cas répertoriés où un établissement aurait accordé des privilèges en sus de son plan d'effectifs sans obtenir l'approbation de la régie. Sur des centaines de nominations octroyées par les établissements du réseau à chaque année, seulement deux ou trois cas auraient été soumis à notre attention. Soumettre l'ensemble des nominations à l'approbation des régies régionales apparaît alors démesuré face à l'objectif recherché et ne constituera qu'une autre source de lourdeur administrative.

De plus, ces quelques cas peuvent s'expliquer en raison de l'ambiguïté actuelle qui règne au niveau de l'élaboration des plans d'effectifs. En effet, certains établissements n'ont pas de plan d'effectifs médicaux : d'autres établissements ont un plan mais qui n'a pas été approuvé par la régie régionale ; d'une région à l'autre, on détermine de façon différente le nombre de postes disponibles au sein du plan d'effectifs, soit selon des critères reposant sur le nombre de médecins ou sur le nombre qu'ils représentent en équivalent temps plein ; certaines régies conservent une marge de manœuvre régionale plutôt que d'attribuer l'ensemble des postes disponibles au sein des établissements de sa région, etc. Or, nous sommes d'avis que l'exercice actuel d'élaboration des plans d'effectifs pour **chacune** des spécialités, pour **chaque** établissement et pour **chacune** des régions réglera cette ambiguïté et entraînera un plus grand respect à ce niveau.

Enfin, les établissements doivent être responsabilisés davantage quant au respect de leur plan d'effectifs médicaux. Nous y reviendrons d'ailleurs plus loin en proposant diverses mesures.

2. Le pouvoir d'enquête et l'immunité des commissaires

La Fédération s'y oppose également vigoureusement.

D'abord, il s'agit là de pouvoirs exorbitants accordés aux régies régionales et qui risquent de soumettre plusieurs intervenants, dont les professionnels de la santé, à un processus abusif qui n'a aucune mesure avec le but recherché. En effet, dans une société libre et démocratique comme la nôtre, le respect des droits et libertés de la personne est primordial. Or, les pouvoirs et l'immunité accordés aux commissaires en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête sont des plus importants, notamment en ce qui a trait au pouvoir d'assigner une personne pour rendre témoignage. Il importe de ne conférer de tels pouvoirs à d'autres personnes qu'en circonstances exceptionnelles. Nous sommes d'avis que ces circonstances ne trouvent pas application dans le cas présent. Conférer de tels pouvoirs à la régie ne représentera qu'une source de conflit additionnelle.

De plus, l'octroi de tels pouvoirs aux régies régionales fait double emploi avec ceux dont dispose déjà le ministre ou le gouvernement. En vertu de l'article 489 de la loi, le ministre dispose de pouvoirs de surveillance importants. En vertu de ces pouvoirs, il peut autoriser une personne à pénétrer dans tout établissement afin de constater si la loi et les règlements sont respectés. Cette personne peut examiner tout document et exiger tout renseignement relatif à l'application de la loi. Qui plus est, l'article 489.1 prévoit que le ministre peut déléguer ces pouvoirs à chaque régie régionale.

En vertu de l'article 500 de la loi, le gouvernement peut également désigner une personne pour enquêter sur quelque matière concernant l'organisation et le fonctionnement d'un établissement. Cette personne est investie des pouvoirs et de l'immunité des commissaires. Il y a lieu de faire en sorte que de tels pouvoirs ne puissent être octroyés qu'à cette seule personne désignée par le gouvernement.

3. Le pouvoir d'aviser la RAMQ de cesser la rémunération d'un médecin

La Fédération s'y oppose fortement pour les raisons suivantes.

3.1 *La nécessité de responsabiliser davantage le directeur général et le conseil d'administration*

D'abord, il s'agit d'un pouvoir des plus odieux par lequel on fait porter sur les épaules du médecin les conséquences fâcheuses résultant du défaut du directeur général et du conseil d'administration de l'établissement de s'acquitter de leurs responsabilités.

En effet, il importe à ce stade de préciser le processus d'octroi de privilèges. D'abord, tout médecin qui désire obtenir des privilèges dans un établissement doit adresser une demande à cet effet au **directeur général**. La loi exige alors que le **directeur général** informe par écrit le médecin de l'état du plan d'effectifs dans la discipline visée, à savoir, s'il y a ou non un poste disponible. Après avoir obtenu une recommandation du CMDP, c'est également le **directeur général** qui saisit le **conseil d'administration** de la demande de privilèges du médecin. La loi prévoit également que le **conseil d'administration** ne peut accorder de privilèges à un médecin lorsque le plan d'effectifs médicaux dans la spécialité visée est atteint, à moins d'obtenir l'approbation préalable de la régie régionale.

Lorsqu'un médecin, malgré ces dispositions claires de la Loi, se voit accorder des privilèges en sus du plan d'effectifs, il n'est pas difficile de cibler la ou les personnes qui ont alors manqué à leurs responsabilités. Comment peut-on alors faire porter l'odieux de leur incurie au médecin alors que celui-ci a présenté une demande de privilèges en toute bonne foi et la plupart du temps, après avoir été approché par l'établissement pour le faire ? Suite à cette invitation de l'établissement, le médecin aura déjà pris divers engagements, pourrait avoir déménagé sa famille, avoir procédé à l'acquisition d'une nouvelle demeure, etc. Tout cela suite aux promesses faites par l'établissement à l'effet que l'on s'occupait des " détails " afin de pourvoir à sa nomination !

Le médecin ne doit pas être celui qui répond de la faute de l'établissement de s'acquitter de ses obligations.

Les modifications qui doivent être envisagées doivent donc plutôt viser à responsabiliser davantage le directeur général et les membres du conseil d'administration. À titre d'exemple, l'article 182.6 proposé par le Projet de loi no. 28 prévoit que le défaut du directeur général de se conformer à une entente de gestion et d'imputabilité peut entraîner la suspension de son engagement ou sa destitution. Il importe de convenir de sanctions semblables lorsqu'il fait défaut de s'acquitter de ses obligations eu égard à l'octroi de privilèges à un médecin. Il importe également de responsabiliser les membres du conseil d'administration.

Ceci aura pour effet d'assurer le respect de la loi.

3.2 *Le rôle des parties négociantes*

La négociation de la rémunération des médecins québécois est dévolue depuis l'instauration du régime d'assurance maladie au ministre et à l'organisme représentatif de ces médecins. La Loi sur l'assurance maladie prévoit que les régies régionales sont liées par les dispositions des ententes négociées. Il s'agit là du processus nécessaire afin d'assurer des conditions uniformes de rémunération permettant une organisation optimale des services sur l'ensemble du territoire.

Il appartient donc au ministre et à la Fédération de convenir de toutes mesures touchant la rémunération des médecins. Le ministre ne devrait et ne saurait transférer une partie quelconque de ses responsabilités aux régies régionales.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux évite en effet d'interférer avec les dispositions de la Loi sur l'assurance maladie et la responsabilité du ministre lorsqu'il est question de la rémunération des médecins, dentistes et pharmaciens. Nous référons à titre d'exemple à l'article 377.1 de la LSSSS qui confirme que c'est par le biais des ententes conclues en vertu de la Loi sur l'assurance maladie que le ministre peut convenir de mesures pour assurer le respect du plan régional d'effectifs médicaux.

3.3 *L'incongruité d'accorder un tel pouvoir aux régies régionales*

a) Le conflit d'intérêt évident

L'une des failles importantes dans la répartition actuelle des effectifs médicaux réside dans le fait que les régies régionales œuvrent de façon concurrentielle l'une par rapport à l'autre. En effet, lorsqu'une régie régionale est en mesure d'obtenir les services de médecins spécialistes, jamais ne se questionne-t-elle sur la provenance de ces médecins et sur les problématiques qui peuvent résulter de leur transfert d'une région à une autre.

Parmi les rares cas d'établissements ayant octroyé des privilèges en sus de leur plan d'effectifs, on peut constater que ceci a parfois été accompli avec l'aval de la régie régionale au détriment de l'autre région concernée.

Souvent cette situation survient également au sein d'une même région. Un établissement suffisamment pourvu d'effectifs dans une discipline se voit néanmoins octroyer des effectifs supplémentaires, avec l'aval de la régie régionale et ce, au détriment d'un autre établissement de la même région. On y constate alors le défaut de la régie régionale de faire les arbitrages requis entre les différents établissements de son territoire.

Alors, accomplit-on quoique ce soit en donnant à la régie le pouvoir de mettre fin à la rémunération d'un médecin nommé en sus du plan d'effectifs alors que ceci survient souvent avec son aval et malgré les récriminations d'une autre régie régionale ou de l'autre établissement concerné ? Non. Il s'agit d'un pouvoir que les régies n'auront pas intérêt à utiliser et qui n'aura aucunement pour effet de favoriser une meilleure répartition des effectifs médicaux.

b) La contradiction avec l'exercice actuel d'élaboration des plans d'effectifs médicaux

Rappelons que dans le cadre de l'exercice actuel, le ministre est appelé à fixer des objectifs de croissance ou de décroissance dans certaines disciplines non pas strictement de façon régionale mais également au niveau des établissements et ce, souvent de façon contraire aux besoins exprimés par les régies régionales. La nécessité d'opérer de la sorte résulte du défaut de la régie régionale de procéder aux arbitrages qui s'imposent entre les divers établissements de sa région. Alors qu'on lui dicte ainsi une partie de la répartition des effectifs dans son territoire, comment peut-on lui donner le pouvoir de mettre de côté ces décisions en lui permettant de déroger au plan d'un établissement ?

RECOMMANDATIONS

Il importe de s'assurer que les divers intervenants impliqués s'acquittent de leurs responsabilités actuelles. En agissant de la sorte on assurera le respect des plans d'effectifs médicaux sans conférer aux régies régionales de nouveaux pouvoirs exorbitants qui ne contribueront aucunement à une meilleure répartition des effectifs disponibles. On se doit donc de mettre de côté les dispositions législatives proposées et d'y substituer plutôt les mesures qui auront pour effet :

- De mieux définir le processus d'octroi de privilèges à un médecin de façon à assurer qu'autant le médecin que la régie régionale soient adéquatement informés de l'état du plan d'effectifs ;
- De sanctionner le directeur général et les membres du conseil d'administration qui défient leurs obligations en octroyant des privilèges à un médecin en contravention des dispositions de la loi, soit sans obtenir l'approbation de la régie régionale ;
- De prévoir l'obligation pour la régie régionale d'obtenir l'approbation préalable du ministre pour toute dérogation au plan d'effectifs d'un établissement ou à son plan régional d'effectifs médicaux ;
- De prévoir l'obligation pour la régie d'informer le ministre lorsqu'elle constate qu'un établissement a octroyé des privilèges à un médecin en contravention de la loi ;
- D'enchâsser dans la loi le rôle du comité de gestion des effectifs médicaux.

En ce qui a trait à la première mesure, la Fédération propose l'adoption d'un nouveau règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Nous y reviendrons d'ailleurs de façon plus exhaustive au point suivant.

En ce qui a trait aux autres mesures, la Fédération propose de modifier les articles de la LSSSS de la façon suivante :

“ 240. Le conseil d'administration doit, avant d'accepter la demande de privilèges d'un médecin ou d'un dentiste, obtenir l'approbation de la régie régionale lorsque le nombre de médecins ou de dentistes autorisé au plan d'effectifs médicaux et dentaires de l'établissement est atteint.

Lorsque la régie régionale se propose d'approuver la demande de privilèges, elle doit en référer de façon préalable au ministre afin d'obtenir son autorisation.

240.1 Aux fins de l'application des articles 490 et 491, constituent un manquement grave aux obligations qui lui sont imposées :

1° L'acceptation par le conseil d'administration d'un établissement de la demande de privilèges d'un médecin ou d'un dentiste, sans l'obtention de l'approbation préalable de la Régie régionale, lorsque le nombre de médecins ou de dentistes autorisé au plan d'effectifs médicaux et dentaires de l'établissement est atteint ;

2° L'approbation par la Régie régionale de la demande de privilèges d'un médecin ou d'un dentiste, sans l'obtention de l'autorisation préalable du ministre, lorsque le nombre de médecins ou de dentistes autorisé au plan d'effectifs médicaux et dentaires de l'établissement est atteint.

245. Le directeur général doit, tous les trois mois, informer la Régie régionale de toutes les demandes de nomination ou de renouvellement de nomination que le conseil d'administration a acceptées. Il en fait parvenir également copie au ministre.

Lorsque la Régie régionale constate que des privilèges ont été octroyés à un médecin en contravention de l'article 240, elle doit en informer sans délai le ministre.

245.1 Lorsque le directeur général manque aux obligations qui lui sont dévolues en vertu des articles 237 et 245, le conseil d'administration doit prendre des mesures tels la suspension de son engagement pour une période déterminé, la réduction de la durée de son engagement ou sa destitution et son remplacement. ”

De plus, Il y a lieu de modifier les deuxième et quatrième paragraphes de l'article **377** afin que ceux-ci se lisent comme suit :

“ (...) Dans l'élaboration de son plan régional, la Régie régionale doit tenir compte des objectifs de croissance ou de décroissance que lui signifie le ministre, **suite à la consultation de l'organisme représentatif avec lequel le ministre a conclu une entente en vertu l'article 19 ou 19.1 de la Loi sur l'assurance maladie**, des activités médicales des médecins qui pratiquent dans la région et qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et du nombre de postes fixé par le ministre qui doivent être réservés pour des médecins ayant pratiqué dans d'autres régions.

*(...) Ce plan régional, accompagné des parties des plans d'organisation des établissements qui ont servi à son élaboration, doit être soumis au ministre qui l'approuve avec ou sans modification, **suite à la consultation de l'organisme représentatif avec lequel le ministre a conclu une entente en vertu de l'article 19 ou 19.1 de la Loi sur l'assurance maladie.***

II) L'ARTICLE 112 DU PROJET DE LOI NO. 28

Cet article vise à assurer l'application des articles 237 à 248 de la loi et fait suite aux interventions de la Fédération à l'effet que malgré l'adoption de ces articles en 1991, le processus d'octroi de privilèges continue à se faire selon les règles applicables antérieurement. Cette réalité s'explique en raison de l'article 619.17 de la loi et du décret 417-93 qui reportent la mise en application de ces articles jusqu'au moment de l'adoption d'un nouveau règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

Au faite du dixième anniversaire prochain de la loi, il est aberrant de constater qu'un tel règlement n'a toujours pas été adopté. On ne peut donc que déplorer la voie facile empruntée par le gouvernement pour la mise en application de ces articles, alors que ceci aurait plutôt exigé l'adoption d'un nouveau règlement.

Qui plus est, l'adoption de ce règlement est d'une importance primordiale afin de mieux définir le processus d'octroi de privilèges à un médecin. C'est par le biais de ce règlement que l'on pourra prévoir les modalités visant à assurer l'information du médecin et de la régie régionale en ce qui a trait à l'état du plan d'effectifs médicaux. On pourra ainsi prévoir à ce règlement des dispositions concernant :

- Le formulaire type qui doit être complété par le médecin qui désire présenter une demande de privilèges ;
- Les modalités selon lesquelles le directeur général doit informer le médecin de l'état du plan ;
- Les conditions devant être réunies par le directeur général avant de saisir le conseil d'administration d'un établissement de la demande de privilèges d'un médecin ;
- Les modalités d'information de la régie régionale ;

- Les modalités visant l'obtention de l'approbation préalable de la régie régionale, dans les cas où le plan d'effectifs est atteint ;
- Les délais afférents qui doivent être respectés ;
- Le statut pouvant être accordé à un médecin et les obligations rattachées à la jouissance des privilèges qui lui sont octroyés ;

RECOMMANDATION

La Fédération recommande que le gouvernement œuvre à la rédaction d'un projet de règlement sur l'organisation et l'administration des établissements en consultation avec les organismes représentatifs des médecins, dentistes et pharmaciens.

III) LA NOMINATION DES MEMBRES DE LA RÉGIE RÉGIONALE ET DES ÉTABLISSEMENTS

Au départ, la Fédération se doit d'insister à nouveau sur la nécessité de faire une place plus grande à la présence de médecins au sein de ces conseils d'administration.

Les grandes entreprises nomment à leur conseil d'administration les personnes qui sont les plus aptes, de par leurs connaissances, leur expertise et leur expérience, à contribuer à relever les défis qui se présentent dans le domaine d'activités de l'entreprise. Dans le réseau de la santé, les médecins représentent cette force vive qui est la plus à même de contribuer à la fois à l'organisation des soins et d'assurer leur qualité et leur accessibilité pour la population.

Qui plus est, la modification récemment proposée du mode traditionnel de budgétisation des hôpitaux et autres établissements afin de tenir compte des caractéristiques démographiques et sociosanitaires de la population desservie, de la nature, de la complexité des services offerts et de la qualité des résultats obtenus en fonction d'indicateurs de performance, suppose une gestion avisée et bien au fait de la complexité du monde médical. La Fédération est persuadée qu'une participation plus grande des médecins est souhaitable dans la planification, la gestion et l'évaluation des soins donnés; elle est convaincue de la rentabilité d'un investissement dans le financement du médico-administratif.

On nous répondra que l'on renforce la présence médicale en diminuant de façon globale le nombre de membres des conseils d'administration. Il s'agit toutefois d'un effort insuffisant. Il importe d'augmenter davantage le nombre de médecins sur ces conseils.

C.A. de la régie régionale

La Fédération est en accord avec la diminution du nombre des membres du C.A. de la Régie régionale. La Fédération n'a aucun commentaire à formuler sur la nomination par le gouvernement du PDG ou des autres membres du conseil. En effet, la Fédération est d'avis que les régies régionales sont des instances bureaucratiques des plus lourdes qui engendrent des coûts importants qui devraient plutôt être orientés vers la prestation de soins aux patients. La Fédération a d'ailleurs, à maintes reprises, milité en faveur d'une diminution du nombre de régies régionales.

Puisque le vœu du gouvernement est de maintenir ces instances, il importe à tout le moins de renforcer la présence médicale sur le conseil d'administration par la nomination minimale de deux médecins, soit un spécialiste et un omnipraticien.

Ce résultat peut être atteint de deux façons : soit en prévoyant la désignation du président et du vice-président de la Commission médicale régionale ou soit en prévoyant la désignation du chef du DRMG et d'un médecin spécialiste agissant, selon le cas, comme président ou vice-président de la CMR.

C.A. d'un établissement

La Fédération est également en accord avec la diminution du nombre de membres. Toutefois, nous ne pouvons souscrire à la remise en question du mode électif qui prévaut actuellement. Le conseil d'administration d'un établissement doit demeurer représentatif de son milieu, de sa communauté. Il y a toutefois lieu de s'assurer que ne s'immiscent plus par ce biais des personnes qui se veulent plutôt représentatives de certains groupes de pression, syndicaux ou autres.

En ce qui a trait à la représentativité médicale, la Fédération est d'avis que celle-ci doit être augmentée afin que siège sur le conseil d'administration un minimum de deux médecins. De plus, nous dénonçons le fait que ce ou ces médecins soient désignés par la régie régionale sur recommandation de la commission médicale régionale et qu'il puisse s'agir de médecins n'exerçant pas dans l'établissement visé. Il importe en effet que ce ou ces médecins soient désignés par et parmi les médecins qui exercent leur profession dans l'établissement. Il en est de même pour la désignation de l'infirmier ou de l'infirmière siégeant sur le conseil.

De plus, il importe d'assurer la présence d'un résident en médecine sur le conseil d'administration de tous les établissements à vocation universitaire et non seulement d'un centre hospitalier désigné centre affilié universitaire, comme le prévoit le projet de loi 28.

RECOMMANDATIONS

La Fédération propose que le paragraphe 4^o des articles 11, 14, 15 et 19 ainsi que le paragraphe 3^o des articles 16 et 17 soient remplacés afin qu'on y réfère plutôt à :

“ Deux médecins désignés par et parmi les médecins qui exercent leur profession dans tout centre exploité par l'établissement. ”

La Fédération propose également que le paragraphe 4^o des articles 16 et 17 de même que le paragraphe 5^o de l'article 19 soient remplacés afin qu'on y réfère plutôt à :

“ Un infirmier ou une infirmière désigné(e) par et parmi les infirmiers ou les infirmières qui travaillent pour l'établissement. ”

La Fédération propose également de remplacer le paragraphe 9^o de l'article 19 par le suivant :

“ Une personne désignée par et parmi les résidents en médecine qui exercent dans le centre hospitalier. ”

La Fédération propose finalement de remplacer le paragraphe 6° de l'article 397 par l'un ou l'autre des suivants :

« 6° Le président et le vice-président de la Commission médicale régionale. »

ou

« 6° Le chef du département régional de médecine générale et le médecin spécialiste agissant selon le cas à titre de président ou de vice-président de la Commission médicale régionale. »

IV) ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

La Fédération est en accord avec la définition de plans d'action définissant les objectifs à atteindre et la nécessité de rendre compte des résultats. Il est toutefois inconcevable ne pas préciser davantage la nature des objectifs visés. En effet, ces ententes de gestion et d'imputabilité ne doivent pas avoir pour objet prioritaire l'atteinte d'objectifs financiers mais plutôt viser à assurer la qualité des soins et leur accessibilité pour la population. Il importe donc de modifier les textes pertinents à cet effet.

V) PLAN STRATÉGIQUE TRIENNAL D'ORGANISATION DE SERVICES

La Fédération a eu l'occasion d'insister à plusieurs reprises sur la nécessité d'adopter des plans régionaux d'organisation de services avant de définir les plans d'effectifs médicaux requis. On ne peut ainsi que saluer l'ajout de l'article 346.1 obligeant la Régie à soumettre un tel plan au Ministre. Il importe toutefois de s'assurer du respect de cette obligation.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La répartition des effectifs médicaux spécialisés au Québec requiert une vision globale, une vue d'ensemble de l'organisation des services afin d'assurer que la population de chacune des régions ait accès aux services médicaux auxquels elle a droit.

Il faut se rappeler que l'on ne parle pas de la répartition de 7 500 médecins spécialistes mais tantôt de 800 psychiatres, 500 anesthésistes, 350 obstétriciens-gynécologues, 270 internistes, 230 orthopédistes, 160 pneumologues, 65 rhumatologues, 38 radio-oncologues, 19 généticiens, etc.

C'est donc au niveau national, et non régional, qu'il importe de faire les choix qui s'imposent, de prendre les décisions qui permettront d'assurer une répartition optimale des effectifs médicaux. Ceci est particulièrement vrai lorsque les besoins exprimés par les régies régionales excèdent de beaucoup l'offre de services disponibles et qu'il importe d'identifier des lieux de recrutement prioritaires.

Il s'agit d'une tâche imposante que ne saurait accomplir seul le ministre. C'est pourquoi les parties négociantes ont convenu de la lettre d'entente #129 et de la mise en place du comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés. Par le biais de ce comité, la Fédération collabore activement avec le ministre en mettant à profit son expertise et celle de ses associations affiliées de médecins spécialistes. C'est également par le biais de ce comité national que les régies régionales participent à la répartition des effectifs médicaux.

Il importe donc de continuer à privilégier cette approche.

Or, celle-ci ne requiert pas le type de modifications législatives proposées par le gouvernement aux articles 240 et suivants. Nous devons plutôt débiter en assurant une application plus rigoureuse des dispositions actuelles de la loi. La Fédération propose également certaines modifications législatives qui s'inscrivent dans le cadre d'une vision globale d'organisation des services.

Annexe

CALENDRIER DES COMITÉS TECHNIQUES EN SPÉCIALITÉ
Effectifs médicaux

23-24 novembre 2000	Anesthésiologie
29 novembre 2000	Chirurgie générale
18-19 décembre 2000	Radiologie diagnostique
18-19 jan. 2001	Obstétrique-gynécologie
22-23 jan. 2001	Anatomo-pathologie
29-30 jan. 2001	Psychiatrie
06-07 fév. 2001	Médecine interne
12 mars 2001	Neurologie
13 mars 2001	Néphrologie
14 mars 2001	Neurochirurgie
20 mars 2001	Rhumatologie
26 mars 2001	Physiatrie
30 avril 2001	Gériatrie
01 mai 2001	Cardiologie
02 mai 2001	Urologie
07 mai 2001	Ophtalmologie
08 mai 2001	Gastro-entérologie
15 mai 2001	Orthopédie
22 mai 2001	Microbiologie
23 mai 2001	Biochimie médicale
28 mai 2001	Endocrinologie
29 mai 2001	Pneumologie
04 juin 2001	Hématologie-oncologie
05 juin 2001	Chirurgie plastique
11 juin 2001	Pédiatrie
12 juin 2001	Oto-rhino-laryngologie
18 juin 2001	Allergie et immunologie
18 juin 2001	Médecine nucléaire
26 juin 2001	Génétique médicale
26 juin 2001	Dermatologie
03 juillet 2001	Santé communautaire
04 juillet 2001	Chirurgie cardiaque
04 juillet 2001	Radio-oncologie

EFFECTIFS MÉDICAUX

Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés

2000-09-01
2000-10-27
2001-02-02
2001-02-20
2001-06-08

Comité de coordination des effectifs médicaux spécialisés

2000-09-13
2000-09-27
2000-10-25
2000-12-06
2001-02-02
2001-02-12
2001-03-14
2001-03-27
2001-03-28
2001-05-02
2001-05-09

Table de concertation

2000-10-18
2001-05-03

Comité du suivi

2000-08-23
2000-11-22
2001-03-09
2001-03-19
2001-04-09
2001-05-23 (formation complémentaire)

